

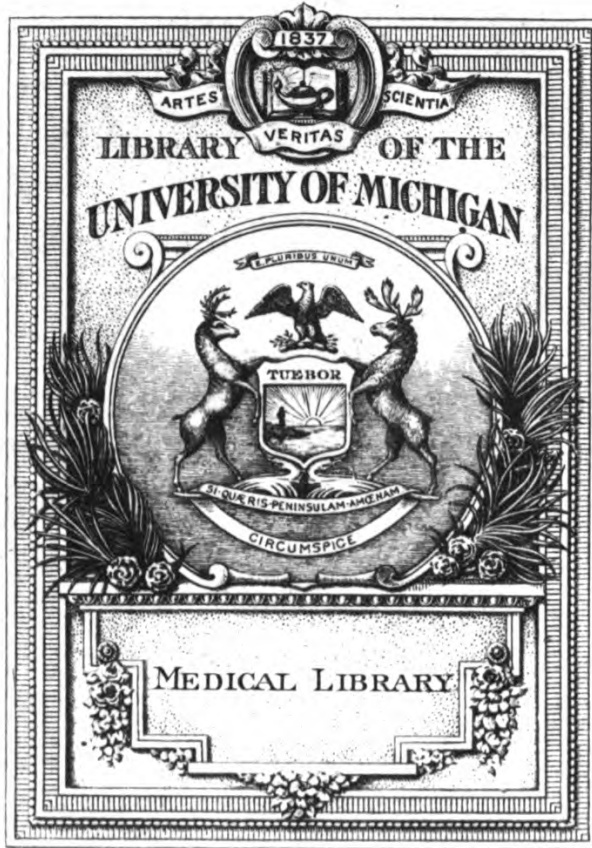
A 3 9015 00380 215 7
University of Michigan - BUHR

Escerpta medica

1921 / 1922.



Generated on 2019-11-09 17:13 GMT / <http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015059769300>
Public Domain in the United States; Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



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.

Einunddreißigster Jahrgang
1921|1922.



Verlag von Leopold Voss in Leipzig 1922.

1



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.**

31. Jahrgang

Nr. 1.

Oktober 1921

Aetiologisches.

Bröse: Hysterie und Frauenkrankheiten. Die zurzeit am besten begründete Auffassung von Hysterie ist die, den Sitz des Leidens in die Hirnrinde zu verlegen und als Grundlage eine gesteigerte Suggestibilität der Kranken, sowohl für Auto- wie für Fremdsuggestion anzunehmen. **W. A. Freund** hat 1902 die Hysterie als „Reflexneurose“ aufgefaßt, indem er wenigstens in sehr vielen Fällen eine Parametritis posterior atrophicans als Ursache der Hysterie hinstellte. Ebenso hat **Oppenheim** für die traumatische Neurose eine pathologisch-anatomische Grundlage in einer „molekularen zerebralen Erschütterung“ angenommen. Beide Einwände werden durch den Erfolg der Hypnosebehandlung widerlegt. Höchstens eine auslösende Bedeutung kann diesen Leiden zugesprochen werden. Einen ursächlichen Zusammenhang, wenn auch nur psychischer Art, mit dem Geschlechtsleben nimmt **Freund** mit seiner Komplextheorie an. Schließlich wollen die neusten Neurologen den Begriff „Hysterie“ überhaupt fallen lassen und sprechen nur noch von „hysterischen Reaktionen“. **Böttcher** und **Babinsky** erklären sogar die Stigmata nur für das Produkt ärztlicher Suggestion, während **Bröse** sie für objektiv gegeben ansieht. Von den Symptomen der Hysterie bewertet **Bröse** am höchsten die Stigmata, namentlich Hyper- und Anästhesien, vor allem halbseitige oder inselförmige; ferner Fehlen des Kornealreflexes, Druckpunkte und den Paraumbilikalischmerz. Als Aetiology ist eine ererbte neuropathische Konstitution anzusehen. Lokale Erkrankungen und Traumen aller Art sind nur „auslösende Momente“. Wichtig ist, daß im Gegensatz dazu die Neurasthenie als Erschöpfungskrankheit auch ein von Hause aus völlig gesundes Nervensystem befallen kann. Verhängnisvoll ist, wenn beide Krankheiten kombiniert auftreten. Für die gynäkologische Praxis

ist es von Wichtigkeit, daß häufig die hysterischen Hyperästhesien der Bauchdecken bei der bimanuellen Untersuchung akut entzündliche Erkrankungen vortäuschen können. Die Druckpunkte, namentlich der Iliakaldruckpunkt, haben mit dem Ovarium nichts zu tun. Sie dürfen auch nicht im Sinne der Headschen Zonen als Zeichen für die Projektion eines von den inneren Genitalien ausgehenden Reizes in die peripherischen Nervenbahnen aufgefaßt werden, da ein gesetzmäßiges Verhalten bisher nicht festgestellt werden konnte. Auch der häufige Paraumbilikalschmerz ist hysterischen Ursprungs. Die letztere Erkrankung, die Druckpunkte und die Hyperästhesien der Bauchdecken, ist einer Behandlung mit Hypnose äußerst zugänglich, wobei 2—3 Sitzungen oft einen Dauererfolg geben. (Berlin, Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. 26. 4. 21.)

Ein Fall von Paralysis agitans nach plötzlichem Schreck.
 Von Dr. A. Hebestreit, Nervenarzt (Leipzig). Patientin hat am 30. September 1919 dadurch einen Unfall erlitten, daß sie bei der Dreschmaschine infolge eines gellenden Schreies einer Mitarbeiterin, die in die Maschine geraten war, so sehr erschrak, daß sie ganz blaß wurde und am ganzen Körper zitterte. Sie war nicht imstande weiterzuarbeiten, mußte sofort nach Hause gehen und das Bett aufsuchen, das sie mehrere Tage infolge großer Schwäche nicht verlassen konnte. Später ließ sie sich, da sie spannende Schmerzen am Rumpf, an den Armen und Beinen verspürte, von der Gemeindeschwester einreiben und begab sich auch in die Behandlung ihres Kassenarztes. Ihr Zustand ist jedoch nicht besser, sondern schlechter geworden. — Daß in diesem Falle der plötzliche Schreck die Schüttellähmung ausgelöst hat, ist zweifellos; eine gewisse Disposition zu dieser Erkrankung muß jedoch schon bestanden haben. Die Patientin ist, wie sie selbst angibt, schon immer nervenschwach gewesen, hatte 14 Kinder geboren, ist blutarm und steht im Klimakterium (50 Jahre alt). Daß eine solche Erkrankung bei vollständig gesunden Körper- und Nervenverhältnissen eintreten kann, hält Verf. für sehr unwahrscheinlich. (Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1921 Nr. 12.)

Ueber das Oedem im Säuglingsalter schreibt Dr. Kurt Ochs en ius, Facharzt für Kinderkrankheiten, (Chemnitz): „In Nr. 19 d. J. der M. m. W. veröffentlicht Ham burger (Graz) einen Fall von Hungerödem bei einem Säugling. Er schreibt dabei Folgendes: „Es ist ganz klar, daß man aus diesem einen Fall noch nicht den bindenden Schluß ziehen kann, daß alle Fälle von Säuglingsödem kurzweg als Hungerödeme bezeichnet werden dürfen. Immerhin möchte ich diesen Schluß als einen Wahrscheinlichkeitsschluß hin-

stellen.' Daß dieser Wahrscheinlichkeitsschluß ein Trugschluß ist, geht m. E. besser als aus aller Literatur aus folgender Beobachtung in meiner Privatpraxis hervor: Zwillinge, 2 Knaben, Mutter 24 Stunden nach der Geburt gestorben, daher Ernährung ohne Frauenmilch. Geburt am 5. 4. 21. Gewicht des Peter 2950 g, des Fritz 2100 g. Nachdem vom 2. Tage ab Milch mit Wasser + Milchsucker gegeben worden war, wurde auf meine Anordnung hin vom 8. 4. ab 3 mal eine Drittmilch + Schleim und 2 mal eine Drittmilch + zwei Drittel Buttermehlnahrung gereicht. Am 14. 4. Gewicht von Peter 2800 g, von Fritz 2120 g. Die Kinder erhalten nunmehr 3 mal Buttermehlnahrung und 2 mal halb Milch + halb Schleim; Peter trinkt durchschnittlich 120 g, Fritz 80—90 g bei einem Angebot von 100 g. Am 21. 4. tritt bei Fritz allgemeines Oedem auf, das Gewicht ist von 2370 g am 18. auf 2600 gestiegen. Weglassen des Kochsalzes aus dem Schleim für Fritz. Gewicht am 24.: 2210 g. Völliges Verschwinden der Oedeme. Das Gewicht von 2600 g wird am 6. 5. zum erstenmal wieder erreicht; am gleichen Tag wiegt Peter 3560 g. Es folgte dann bei Fritz eine leichte Störung — Abnahme, 5 dünne Stühle täglich —, die nach Aussetzen der Nahrung (Reisschleim), Weglassen des Zuckers in einer Woche wieder behoben wurde. Heute am 25. 5. wiegt Fritz 3020 g, Peter 4140 g. Fritz verträgt wieder den gleichen Kochsalzgehalt der Nahrung wie Peter; er trinkt im Durchschnitt 120 g, während Peter 140 g zu sich nimmt. Die Pflegerin gibt allerdings an, daß sie oftmals mit 5 Mahlzeiten nicht ausgekommen wäre und 6 hätte reichen müssen. Ist es an sich schon eine Seltenheit, daß 2 gleichaltrige Kinder (Zwillinge), die vom ersten Tage an künstlich genährt wurden, bei der auf gleiche Weise zubereiteten Kost dem Salzgehalt der Nahrung gegenüber sich so verschieden verhalten — aus diesem Grunde hätte sich eine Publikation schon verlohnt —, so interessiert die Beobachtung gegenwärtig ganz besonders, weil mit der Sicherheit eines Experimentes durch vorübergehendes Weglassen des Kochsalzes innerhalb 24 Stunden die Oedeme bei dem sonst nicht ernährungsgestörten Kinde zum Verschwinden gebracht werden konnten. Daß bei 2 mal halb Milch + Schleim und 3 maliger Gabe von Buttermehlnahrung nicht von Unterernährung die Rede sein kann, wird wohl jeder zugeben. Die kurz danach auftretende Störung ist, wie der Verlauf zeigte, sogar auf ein Zuviel an Nahrung zurückzuführen gewesen. Daß bei Buttermehlnahrung auftretende Störungen stets besonders schwer zu bekämpfen seien, diese von einigen Autoren aufgestellte These besteht, wie der Verlauf bei diesem überaus empfindlichen Kinde zeigt, sicher nicht zu Recht. Wenn auch die Richtigkeit und Bedeutung der Beobachtung Hamburgers na-

türlich durchaus anerkannt werden soll — seine Hypothese wird in vieler Hinsicht befruchtend wirken —, der verallgemeinernde Schluß, den er aus dem einen Falle zieht, ist sicher unberechtigt, und wir werden, wie meine oben angeführte Beobachtung lehrt, einstweilen noch für die Mehrzahl der Fälle an unserer alten Ansicht festhalten müssen.“ (M. m. W. 1921 Nr. 26.)

Diagnostisches.

Ueber Untersuchung im Stehen schreibt San.-Rat Dr. Krieg (Düsseldorf): „Im Felde, wo man oft reihenweise Hunderte von Soldaten schnell untersuchen mußte und man gar nicht die Zeit hatte, jeden einzelnen hinzulegen, habe ich mich daran gewöhnt, Patienten im Stehen zu untersuchen. Erst widerstrebend, habe ich doch bald die Vorteile dieser Untersuchungsmethode kennen gelernt und möchte sie auch in der Friedens-Praxis nun nicht mehr entbehren. Besonders in zwei Punkten ist diese Art der Untersuchung der „im Liegen“ überlegen; in der Betastung des Abdomens und bei der Untersuchung des Herzens. Bei der Betastung des Abdomens muß man darauf achten, daß der Patient sich leicht nach vorn beugt (etwa bis zu einem Winkel von 35°) mit schlaff herabhängenden Armen und, was zur Entspannung der Bauchdecken wesentlich ist, mit auf die Brust gesenktem Kinn. Dringt man in dieser Stellung mit der nach oben geöffneten Hand sanft, aber energisch in die Bauchdecken ein, so gelingt es leicht, sie tief einzudrücken. Besonders bei Frauen, die geboren haben, gelangt man oft spielend bis zur Wirbelsäule, ja seitlich bis darüber hinaus. Die Unterfläche der Leber mit der Gallenblase läßt sich in größter Ausdehnung und Deutlichkeit abtasten. Ja, bei schlaffen Bauchdecken, besonders wenn sie mit etwas Enteroptose kombiniert sind, hat man die Leber förmlich auf seiner Hand liegen und ist fast versucht, so ihr Gewicht zu taxieren. Auch der Pylorus ist gut auf Schmerzhaftigkeit, Konsistenz, Geschwulstbildung zu untersuchen, während die Palpation und Perkussion des Magens selbst besser im Liegen vorzunehmen ist, weil da die Leber nach hinten sinkt und den Magen nach vorn drückt. In einzelnen Fällen, besonders bei der Untersuchung auf umschriebene Druckempfindlichkeit bei Ulkus, ist es dagegen am besten, den Patienten sich aufrichten und nach hintenüber beugen zu lassen; dann spannt sich die vordere Magenwand (vorausgesetzt, daß der Magen nicht leer ist) und drängt sich dem darüberstreichenden oder klopfenden Finger förmlich entgegen. — Daß man eine vergrößerte Milz in der Beugstellung wieder gut fühlen kann, erscheint selbstverständlich. — Die bisherige Unter-

suchung ist am besten so vorzunehmen, daß man seitlich von dem Patienten sitzt oder steht. Setzt man sich nun gerade vor den Patienten, und zwar möglichst tief, oder noch besser, kauert man sich vor ihn hin und dreht die untersuchende Hand um, sodaß die Volarfläche nach unten sieht, und drückt nun tief ins Hypogastrium, so kann man gewissermaßen das Dach der Beckenorgane betasten — beim weiblichen Geschlecht ein ganz besonderer Vorteil und ein Ersatz für die kombinierte Untersuchung per vaginam, wenn diese aus besonderen Gründen, z. B. während der Menses, nicht angebracht ist. — Deutlich fühlt man so den durch Schwangerschaft oder entzündliche Schwellung vergrößerten Uterus, deutlich Geschwülste der Beckenorgane, wenn sie aus dem kleinen Becken sich erheben, und deutlich auch den Scheitel der gefüllten Blase. — Nun vom zweiten Punkt: der Untersuchung des Herzens. Der Patient muß dabei zunächst aufrecht stehen. Man wird erstaunt sein, wieviel besser man die Arbeit des Herzens dann sehen kann als wie im Liegen. Ein Spitzenstoß, der vorher nicht sichtbar war, weil ihn die Rippe verdeckte, wird durch das Tiefersinken des Herzens nun deutlich, ein vorher engumschriebener wird breiter, vor allem aber werden die für Herzneurosen so charakteristischen Pulsationen in der Magengrube nun ausgezeichnet sicht- und fühlbar. Legt man die Fläche der Hohlhand hier auf und läßt nun wieder den Patienten sich schlaff nach vorn beugen, so hat man auch hier fast wie vorhin bei der Leber das Gefühl, das Herz trotz des dazwischenliegenden Zwerchfells auf der Hand zu haben. Wie heruntergerutscht kommt es einem manchmal vor. Bei der Untersuchung der Lungen, um das anhangsweise zu erwähnen, scheint mir, da beim Stehen die wichtigen Lungenspitzen hinter Klavikula und erste Rippe zurücksinken, die Untersuchung im Liegen die vorteilhaftere. — Also alles in allem: wenn irgend möglich, die Untersuchung im Liegen und im Stehen; aber die Untersuchung im Stehen ist fast die wichtigere.“

(M. Kl. 1921 Nr. 29.)

Auskultationsperkussion. Darüber schreibt Dr. Emil Wiener (Meran): „Es soll hier nicht auf Erörterungen über das Wesen und die Entstehung des Perkussionsphänomens eingegangen, sondern kurz eine neue Methode beschrieben werden, bei welcher die Perkussionswahrnehmungen durch Auskultation unterstützt und gewissermaßen vertieft werden. Der ausgestreckte Zeige- und Mittelfinger wird fest in die rinnenförmig vertiefte Seitenwand eines Phonendoskopes von geringem Durchmesser und beiläufig 2 cm Höhe gelegt, gut an die zu untersuchende Stelle gepreßt, hierauf in der gewöhnlichen Weise mit Finger oder Perkussions-

hammer perkutiert. Die Konstruktion eines Instrumentes ist in Vorbereitung, welches in einem Stück Phonendoskop und Plessimeter vereinigt. Letzteres bildet einen Anhang der unteren, metallenen Einfassung des Phonendoskopes und ist ungefähr 2 cm lang und ebenso breit. Die Ecken sind zweckmäßig abgerundet. Der ganze untere Metallteil besteht aus einem in gleicher Ebene liegenden Stück. Die Schallwellen werden durch den fest an das Phonendoskop gepreßten Finger bzw. durch das Plessimeter in ersteres, und sodann weitergeleitet. Versuche ergaben die bedeutenden Vorteile dieses Verfahrens. Es ist vorzuziehen, zunächst leise zu perkutieren. Es lassen sich insbesondere Exsudatgrenzen im Thoraxraum viel genauer feststellen, wie durch gewöhnliche Perkussion, ebenso die Herzgrenzen, aber auch alle sonstigen Schalldifferenzen. Es würde zu weit führen, näher auf alle Arten der Anwendbarkeit dieser Methode einzugehen, und soll nur erwähnt werden, daß sie selbstverständlich bei allen Erscheinungen, bei welchen Perkussion und Auskultation in Frage kommen, anwendbar ist. “

(M. m. W. 1921 Nr. 26.)

Das diagnostische Tuberkulin nach Moro ist, wie Untersuchungen in der III. Medizin. Universitätsklinik Berlin ergaben — nach Mitteilung von Dr. K r e t s c h m e r —, dem Alttuberkulin nicht überlegen.

(M. m. W. 1921 Nr. 27.)

Die Differentialdiagnose: Ulcus durum und molle. Von Dr. Felix Königsberger (Aus dem diagnostischen Institut der Krankenkassen Groß-Berlins).

„1. Die Lehre von der Differentialdiagnose zwischen Ulcus durum und molle ist nicht haltbar, denn wir fanden in 10 % typischer Ulcera mollia Spirochaeta pallida, und in 1 % typischer Ulcera dura keinerlei Zeichen einer beginnenden Lues.

2. Die Prozentzahl der unter dem klinischen Bilde der ‚gemischten‘ Geschwüre auftretenden Affektionen ist weit größer, als nach den bisherigen in der Literatur, besonders in Lehrbüchern, gemachten Angaben angenommen werden muß; dagegen erweisen sich nur etwa 50 % dieser ‚gemischten Geschwüre‘ als Spirochaeta pallida enthaltend.

3. Außerordentlich häufig (34 %) findet man in völlig ‚harmlos aussehenden‘ Affektionen den Erreger der Syphilis, die Spirochaeta pallida.

Es ist wohl als sicher anzunehmen, daß in manchen Fällen sich aus solchen Affektionen im Laufe von Wochen „klassische“ Primäraffekte entwickeln können, aber eine große Reihe heilt auch spontan und entgeht, falls die ‚Frühdiagnose‘ nicht gestellt

ist, der Beachtung als syphilitische Eingangspforte. Für die moderne Syphilisfrühdiagnostik kommen wir also mit den alten Anschauungen nicht nur nicht mehr aus, sondern diese stehen vielmehr im Widerspruch zu den tatsächlichen Verhältnissen. Wir dürfen mithin nicht mehr von einem weichen und einem harten Schanker sprechen, sondern von einer syphilitischen bzw. spirochätenhaltigen Affektion, gleichgültig, welches Aussehen diese hat, im Gegensatz zu den nichtsyphilitischen, bei denen wir wieder unterscheiden können zwischen infektiösen Affektionen, das sind *Ulcera mollia*, gonorrh., phagedaen, *Balanitis eros.* usw., und den nicht infektiösen: *Herp. progen.*, gewisse Formen von *Balanitis* und *Vulvitis* bei Diabetes usw. Die Diagnose muß aber in jedem Fall mit dem Mikroskop, niemals aus dem klinischen Aspekt gestellt werden. Bei der enormen Ausdehnung der syphilitischen Verseuchung des Volkes ist es in hohem Maße wichtig, daß jeder Arzt den Gedanken an den syphilitischen Charakter einer Affektion als erstes Glied in die Kette seines differentialdiagnostischen Denkens stellt und stets bei Betrachtung der Genitalien, des Mundes, des Afters usw. die Möglichkeit erwägt: *Ubi laesio, ibi lues.*“
(Zschr. f. ärztl. Fortb. 1921 Nr. 15.)

Kasuistisches.

Ueber einen bemerkenswerten Fall von Helminthiasis.
Von Dr. R. Glock (Langen [Hessen]). „Ich werde zu einer 45-jährigen Frau gerufen, die, im Vergleich zu ihrer sonst frischen Gesichtsfarbe auffallend blaß, augenscheinlich von heftigen Krampfschmerzen befallen ist und sich unruhig ängstlich im Bett krümmt. Beim Kaffeetrinken, wobei schlechtes Brot gegessen wurde, verspürte sie vor einer halben Stunde unvermittelt einen mäßigen wühlenden Schmerz in der Nabelgegend, der an Heftigkeit rasch so zunahm, daß sie zu Bett gebracht werden mußte. Das Meso- und Epigastrium ist beiderseits lebhaft druckempfindlich mit besonderer Betonung der Gallenblasengegend. Die Schmerzen treten in kürzeren Intervallen anfallsweise auf, strahlen nach beiden Seiten um den Brustkorb nach hinten verlaufend aus. Ein Druckschmerz gegen das Zwerchfell wird deutlich geschildert, der, den Brustkorb durchziehend, sich in der rechten Schulter verliert. Zarte Palpation steigert die Beschwerden, heiße Kompressen werden nicht ertragen, selbst das leichte Gewicht der Bettdecke wird unangenehm empfunden. Brechreiz besteht ohne Entleerung. Defäkation und Urinieren in den letzten Tagen wie gewöhnlich. Puls in Ordnung. Achseltemperatur 37,8°. Diagnose: Gallenstein-
kolik. Differentialdiagnose: Tabische Gefäßkrisen (Pupillenreaktion

bei ungenügender Beleuchtung nicht einwandfrei als positiv erkennbar), *Ulcus ventriculi*, nervöse Dyspepsie (es besteht konstitutionelle Labilität des Nervensystems). Therapie: Morphinum 0,02 subkutan, dadurch bedingt baldiges Erbrechen, im gallig gefärbten Erbrochenen ein *Ascaris*. Die anschließende Verabreichung von Gelodurat *Oleum chenopodii* (Pohl, Danzig) fördert 36 Askariden, zum Teil recht groß, denen in den nächsten Tagen noch mehrere folgen. Die Frau ist seither beschwerdefrei. Es handelte sich also um einen Fall von Askaridiasis, der das Bild einer Cholelithiasis kopierte. Die Vermutung liegt nahe, daß von den in den Magen aufwärtsgewanderten Würmern sich einer in die Mündung des *Ductus choledochus* verirrte und so die Krampfschmerzen bedingte. Aus der Anamnese wäre erwähnenswert, daß die Patientin vor zwei Jahren vier Monate lang von denselben, damals mit größerem Intervall auftretenden Schmerzen heimgesucht war, ohne daß Askariden zum Abgang gebracht wurden.“
(M. Kl. 1921 Nr. 31.)

Ueber sekundäre Infektion mit Diphtheriebazillen bei breiten Kondylomen hereditär-syphilitischer Kinder schreibt Dr. Wilh. Hedrich (Aus der Universitäts-Kinderklinik Erlangen): „Bei an und für sich geschädigter Haut, wie z. B. bei intertriginösen oder ekzematösen Stellen, ist die Ansiedlung von Diphtheriebazillen nicht selten beobachtet worden. Auch sind Fälle veröffentlicht, bei denen über den Befund von Diphtheriebazillen in sog. ‚faulen Mundecken‘, bei Otitis media und bei Panaritien berichtet wird. In letzter Zeit kamen in hiesiger Klinik 2 Fälle einer Vereinigung von Syphilis und Diphtherieinfektion zur Beobachtung, die sowohl in diagnostischer wie in therapeutischer Beziehung Aufmerksamkeit zu verdienen scheinen.

Fall 1. Sch. Hans, 1 Jahr 8 Monate. Aufnahme am 12. 2. 19 wegen einer leichten Rachendiphtherie. Uneheliches Kind, zur rechten Zeit geboren, Vater und Mutter angeblich gesund. Leidet seit einem Vierteljahr an Ausschlägen an verschiedenen Körperstellen, die bis auf eine Geschwürsstelle an der rechten Kinnseite abheilen. Seit einigen Tagen Heiserkeit. Blasses Kind, zierlicher Körperbau, schlechter Ernährungszustand, leichte Zeichen von Rachitis. Am rechten Kinn eine ovaläre, scharf gerandete Geschwürsstelle, die teils schmierig belegt, teils mit trockener Kruste bedeckt ist. Die Berandung ist girlandenförmig geschwungen, die ganze Unterlippe stark verdickt, die Schleimhaut aufgelockert, außerordentlich leicht blutend. Tonsillen stark hypertrophisch, gerötet, auf der rechten etwa linsengroß, grauweißlicher, schmieriger Belag. Leichte Nackendrüsens- und Unterkieferdrüsenschwellung.

Der übrige Befund ergibt nichts Besonderes. Abendtemperatur 37,5. Kulturverfahren: Aus dem Tonsillenabstrich Diphtheriebazillen gezüchtet, ebenso aus dem Abstrich von dem Geschwür. Nach Injektion von 4000 IE. Diphtherieserum nach 2 Tagen kein Tonsillenbelag mehr. Obwohl das Geschwür durch Auflegen von mit Diphtherieserum getränkten Kompressen und, nach Reinigung, mit Diphtheriesalbe behandelt wurde, zeigte es sonst keinerlei weitere Heilungsneigung. 8 Tage später ergibt die serologische Untersuchung einer Blutprobe mit Hilfe der WaR. ein positives Resultat. Injektion von 0,15 Neosalvarsan; lokal: Ung. hydrarg. praecipitat. albi. Nach 2 Tagen wird die Geschwürsfläche trocken, nach weiteren 4 Tagen ist sie bereits epithelisiert.

Fall 2. W. Berta, 1 Jahr alt, kommt am 15. 9. 20 mit folgendem Bescheid in unsere Klinik: ‚Das Kind B. W. steht seit 4. 9. in meiner Behandlung. Es kam mit breiten Kondylomen an Vulva (Lab. major.) und am Anus, die seit ungefähr 3 Monaten bestehen sollen. Einreibungen mit grauer Salbe bis jetzt ohne Erfolg; seit 8 Tagen Oedeme und Rötung der Labien, reichlich schmierige Sekretion. Kein Fieber. Mutter vor 2 Jahren Lues! 2 mal Neosalvarsan-Hg-Kur durchgemacht.‘ Sehr dickes Kind, gelblich-blasser Gesichtsfarbe, Sattelnase, eben tastbare Hals- und Nasendrüsen, leichte Zeichen von Rachitis. Leber: 2 Querfinger breit unterm Rippenbogen, Milz tastbar. Lab. major. stark ödematös, hochrot. Haut glänzend, gespannt. Zwischen den Schamlippen reichlich gelblich jauchendes Sekret. An den Berührungsstellen der Lab. major. mit weißlich-grauem Belag bedeckte Geschwürsflächen mit scharfer, bogenförmiger Begrenzung. An den Berührungsstellen der Gesäßbacken einige kleinere Geschwüre mit demselben Belag. Sonst regelrechter Organbefund. Abendtemperatur 39°. Behandlung: Sublimatbäder, Klatschkompressen mit Kamillenabsud, Präzipitatsalbe. 18. 9. WaR. +. Temp. bewegt sich zwischen 37,6 und 38,5. Auf die Klatschkompressen Rückgang der Schwellung und Rötung. Auf Quecksilber keine lokale Reaktion. 23. 9. Keine Aenderung. Nachträglich wird in Erfahrung gebracht, daß das Kind vor ungefähr 8 Wochen an Mandelentzündung erkrankt war. Abstrich von den Tonsillen und Geschwürsflächen. Kulturverfahren: Von den Tonsillen und Geschwürsflächen Diphtheriebazillen. Injektion von 6000 IE. Diphtherieserum, Auflegen von mit Diphtherieserum getränkten Kompressen. Fortsetzung der antiluetischen Kur. Daraufhin Reinigung der Geschwürsflächen, Aufschießen von frischen Granulationen, am 29. 9. bereits völlige Epithelisierung. —

Im ersten Fall beherrschte anfangs scheinbar die Diphtherie das klinische Bild. Doch blieb die antidiphtherische Behandlung

des Geschwürs am Kinn erfolglos. Erst als die syphilitische Natur des Leidens klargelegt war und die Behandlung in dieser Richtung durchgeführt wurde, kam es zu rascher Heilung. Es kann nicht oft genug darauf hingewiesen werden, daß bei allen unklaren Erkrankungen im Kindesalter nie die Anstellung der Wa.-Reaktion unterlassen werden sollte. Im zweiten Fall deutete schon die Vorgeschichte auf Lues hereditaria hin. Während bei dieser sonst meist kurze Zeit nach eingeleiteter spezifischer Behandlung die Erscheinungen zurückzugehen pflegen, zeigten in diesem Falle die Geschwüre keine Neigung zur Heilung. Erst als nach dem Nachweis von Diphtheriebazillen auch an diese Infektion mit spezifischen Mitteln herantreten wurde, erfolgte ebenfalls rasche Heilung. Diese Beobachtung zeigt, daß andererseits auch bei der Syphilis die Mischinfektion und alle örtlichen Erscheinungen zu beachten sind und unter Umständen eine besondere örtliche Behandlung die Genesung im allgemeinen fördert. In beiden Fällen handelt es sich also um eine sekundäre Diphtherieinfektion breiter Kondylome hereditär-syphilitischer Kinder. Das erste machte unter unseren Augen eine Rachendiphtherie durch, beim zweiten wurden Diphtheriebazillen als Schmarotzer in Mund- und Rachenhöhle nachgewiesen.“ (M. m. W. 1921 Nr. 26.)

Herpes zoster bei Angina. Von Dr. Fehsenfeld (Neuruppin). In Begleitung einer rechtsseitigen Angina entsteht am dritten Krankheitstage auf derselben Körperseite im Bereiche und Verlaufe des Nervus trigeminus ein Herpes zoster, wobei anfangs nur der II. Ast, später auch der I. und III. Ast beteiligt sind. Es wird damit die Auffassung von der infektiösen Aetiologie des Herpes zoster (Schädigung der Spinalganglien, hier des Ganglion Gasseri) bestätigt. Bemerkenswert war, daß die Beschwerden des Herpes zoster so erheblich waren, daß die der Halsentzündung, der primären Erkrankung, ganz in den Hintergrund traten. Schluckbeschwerden wurden sogar erst am vierten Tage der Erkrankung geklagt. Am neunten Tage, als die Halsentzündung fast abgeklungen war und keine Beschwerden mehr machte, entsteht ein Rezidiv des Herpes zoster, aber von wesentlich milderem Auftreten. Die Gürtelrose überdauerte also die Primärerkrankung mit einem neuen Schube. Vielleicht deutet diese Erscheinung auf eine nicht bloß bakterielle, sondern auch toxische Schädigung der Spinalganglien hin, wie sie von Bacmeister für die Entstehung der Gürtelrose angenommen wird. Es wäre sonst nicht recht verständlich, warum trotz Aufhörens der ursprünglichen Infektion der Herpes nach 8 Tagen rezidierte. 4—5 Tage nach der Abheilung des Herpes zoster entwickelte sich eine totale periphere

Fazialislähmung derselben Seite mit gleichzeitiger Störung des Geschmackes (Geschmacksfasern aus den vorderen zwei Dritteln der Zunge vom Nervus lingualis durch die Chorda tympani zum Fazialisstamm gehend), mit starker Schwerhörigkeit und Schwindelgefühl (Nervus cochlearis und Nervus vestibularis, die beiden Komponenten des Nervus acusticus). Die Beschwerden und die Lähmungserscheinungen bestehen jetzt noch fort und bessern sich nur ganz allmählich. Zweifellos steht die ursprüngliche Erkrankung und die neu hinzugekommene im engsten Zusammenhange, und zwar auf toxisch-neuritischer Grundlage. (M. Kl. 1921 Nr. 26.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Zur Behandlung der Paronychie. Von Dr. Arthur Schlesinger (Berlin). Trägt man bei einer Paronychie des Fingers, wie es wohl allgemein geschieht, den ganzen, oder bei seitlichem Ausgangspunkt die Hälfte des Nagels ab, so entsteht besonders bei Patienten, die feinere Arbeiten zu leisten haben, ein unangenehmer Zustand durch die Empfindlichkeit des Nagelbettes. Seit längerer Zeit hat Verf. diese Unannehmlichkeit dadurch vermieden, daß er bei zentralem Ausgangspunkt nur den zentralen Teil des Nagels, die Nagelwurzel, abträgt. Man geht etwas peripherwärts von der Nagelwurzel mit der Schere an der einen Seite ein, schneidet zwischen Nagel und Nagelbett quer nach der anderen Seite, indem man die Schere seitlich hält, faßt dann mit Schieber die Nagelwurzel und trägt dieselbe durch drehende Bewegungen ab. Geht, wie ja sehr oft, die Eiterung von der Nagelwurzelgegend aus, so braucht man, auch wenn die Entzündung schon sehr weit nach peripherwärts vorgeschritten ist, nur die Wurzel abzutragen. Auch wenn schon fast der ganze Nagel vom Eiter abgehoben ist, erhält sich meist der Nagelkörper provisorisch, um dann erst nach längerer Zeit allmählich durch den von hinten vorwachsenden neuen Nagel verdrängt zu werden. Die Patt. sind gewöhnlich schon nach kurzer Zeit auch bei feineren Arbeiten nicht mehr behindert. Die Heilungsdauer ist wesentlich kürzer als bei Abtragung des ganzen Nagels. (Zbl. f. Chir. 1921 Nr. 19.)

Behandlung der Mastitis. Von Dr. Levy (Köln-Bayenthal). Sobald Verf. merkt, daß sich Eiter bildet, brennt er bei der Mastitis an der Stelle, wo der Abszeß sitzt, bei oberflächlichen Abszessen da, wo er eine Fluktuation wahrnimmt, bei tiefliegenden Abszessen da, wo beim Betasten die größte Schmerzhaftigkeit sich kundtut, mit einem Spitzbrenner des Pantostaten ein, indem er die Mamma

fest zwischen Daumen und den übrigen Fingern der linken Hand zusammenpreßt. Der Brenner bleibt so lange drin, bis der betreffende Brustquadrant rot aufleuchtet und der Eiter neben dem Brenner herausbrodelt. Ist der Abszeß sehr groß, brennt er an der tiefsten Stelle noch einmal ein. Das erstemal dauert der Eingriff einige Sekunden, das zweitemal nur einen Moment. Das Verfahren ist nur wenig schmerzhaft, Verf. hat es ohne jede örtliche oder allgemeine Betäubung angewandt. Zur Nachbehandlung ließ er die Brust in Sodawasser baden. Die Heilung vollzieht sich in ganz kurzer Zeit. Verf. war jedesmal überrascht, wenn er die Patientin nach einigen Tagen wiedersah und die Brust völlig abgeschwollen war — nicht mehr schmerzte und sich kein Eiter mehr auf Druck entleerte. Hervorheben will er noch, daß die Brust völlig ihre Form behält und keinerlei Narbe zurückbleibt — einzig ein feines Pünktchen an der Einbrennstelle. Verf. wendet dieses Verfahren erst seit 3 Monaten an und hat bisher 7 Fälle so behandelt — darunter 2 sehr schwere. Der Erfolg war jedesmal eklatant. (M. m. W. 1921 Nr. 24.)

Chirurgische Behandlung hartnäckiger Achselhöhlenfurunkulose. Von Dr. H. F. Branzel (Braunschweig). „Fr. Trude Br. erkrankte im Frühjahr 1918 an einer Furunkulose der linken Achselhöhle, die bald auch auf die rechte Seite übergriff. Sonst blieb sie frei von Furunkeln. Eine Heilung trat bis zum November 1918 nicht ein. Die ganze Stufenleiter der Heilverfahren vom Hausarzt bis zum Hautarzt hatte sie erfolglos durchprobiert. Psychisch war die intelligente Pat. um so mehr deprimiert, als sie ihre Maturitätsprüfung dadurch um 1 Jahr verschieben mußte. Zu der vorgeschlagenen Operation, die ich in gleichen Fällen schon vorher 3 mal gemacht hatte bei einseitigen Fällen, war sie sofort bereit: In Narkose wurde die ganze erkrankte Haut der rechten und linken Achselhöhle ausgeschnitten, so daß Haarbälge und Schweißdrüsen und der Haut anliegendes Fett fortfielen. Auf der rechten Seite wurden zugleich die geschwollenen Lymphdrüsen mit ausgeräumt. Die Naht der Haut über einem Drain gelang ohne weiteres wie auch in den anderen Fällen. Die Heilung erfolgte reaktionslos in einem Verbandsverbande, der die beiden Arme in halber Abduktion erhielt. Die Pat. war wie erlöst und hat nie mehr Furunkel gehabt. Die Kontrolle am 12. April 1921 ergab tadellose Verhältnisse. Die 15 cm langen Narben sind blaß, reizlos, lineär. Haarbildung fehlt in der Achselhöhle. Dagegen hat die Haut sich an vermehrte Schweißabsonderung angepaßt. Anfänglich hatte die Pat. auf meinen Rat noch Salbe und Puder gebraucht, hat aber schon nach einigen Wochen, weil es unnötig war, damit

aufgehört. Sie gehört, trotz der chirurgisch geringen Leistung, noch jetzt zu meinen dankbarsten Patt., denkt aber noch jetzt mit einigem Schaudern an die Zeit vor der Operation zurück. — Demnach: Bei hartnäckiger Furunkulose der Achselhöhle — ich unterscheide absichtlich nicht zwischen von den Haarbälgen und den Schweißdrüsen ausgehenden Furunkeln, die in solchen Fällen beide als infiziert zu betrachten sind —, die genügend lange Zeit den üblichen Behandlungsmethoden getrotzt haben, empfehle ich, die ganze Haut der Achselhöhle mit Haaren und Schweißdrüsen zu extirpieren. Ob man es in Lokalanästhesie oder Chloräthyl-Aethernarkose machen will, ist belanglos. Naht bis auf Drain oder einen Tampon. Ausräumung der geschwollenen Drüsen ist wahrscheinlich meist unnötig. Selbst im mitgeteilten Falle waren in den zum Teil haselnußgroßen Lymphdrüsen — Ausstrichpräparat des Drüsensaftes — Kokken nicht nachweisbar. Mikroskopisch boten die Drüsen das Bild der unspezifischen Entzündung. Für lineäre Narbenbildung in der Achselhöhle sollte gesorgt werden. Wenn wider Erwarten einmal die Haut nur unter großer Spannung genäht werden könnte, wären Entspannungsschnitte angebracht, die man am besten wohl auf den Rücken verlegt und wobei man dann den entstandenen Defekt gleich nach Thiersch überpflanzt, damit die Patt. in kürzester Zeit geheilt sind. Immerhin vergehen aber bis zum Abschluß der völligen Heilung doch 14 Tage, von denen die ersten Tage am besten im Bett verbracht werden, weil man wohl besser stets ein Drain oder einen Tampon einlegt.“

(Zbl. f. Chir. 1921 Nr. 28.)

b) Innere Krankheiten.

Ueber Masern-Schutzimpfung. Von Prof. F. Glaser und Dr. H. Müller (Aus der II. inneren Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses zu Berlin-Schöneberg).

1. Durch rechtzeitige intramuskuläre Injektion von 3—6 cem Masernrekonvaleszentenserum (nach Degkwitz) konnte bei 7 Kindern das Auftreten von Masern verhütet werden. 10 nicht gespritzte Kinder wurden hingegen durch Einschleppung eines Masernfalls mit Morbilli infiziert.

2. Die prophylaktische intramuskuläre Injektion von Masernrekonvaleszentenserum nach Degkwitz kann demnach nach unserer Meinung bis zum 6. Tage der Inkubation den Ausbruch von Masern verhüten.

3. Die Masernprophylaxie soll besonders bei den durch Masern gefährdeten Kindern angewandt werden, d. h. bei Kindern bis zum 4. Jahre, tuberkuloseverdächtigen, an Keuchhusten leidenden Kindern und Kindern mit florider Rachitis.

4. Es empfiehlt sich, in den städtischen Krankenhäusern Serumzentralen einzurichten, deren Hauptaufgabe es sein wird, für Krippen, Kindergärten und Säuglingsheime Rekonvaleszenten-serum abzugeben.

5. Zwecks Herstellung größerer Mengen von Masernschutzserum wäre es empfehlenswert, Freiplätze für Serumspender einzurichten.
(M. Kl. 1921 Nr. 22.)

Ueber Diphtheriebehandlung mit Salvarsan schreibt Dr. Teuscher (Duisburg): „Herr Sch. erkältete sich in einer sehr naßkalten, windigen Nacht und spürte am nächsten Tage Halsschmerzen, besonders beim Schlucken. Als diese nach 2 Tagen sich verschlimmert hatten, begab er sich in meine Behandlung. Ich fand eine rechtseitige erhebliche Mandelschwellung mit einer pfenniggroßen, geschwürig veränderten und z. T. schmierig-grauweiß belegten Fläche, die etwas kraterförmig eingesunken war. Die zugehörigen Lymphdrüsen waren geschwollen. Die Temperatur betrug 36,7. Der Puls war voll, weich, regelmäßig, gleichmäßig und mittelkräftig, in Ruhe 76. Ich stellte die Diagnose: Angina Plaut-Vincenti + Diphtherieverdacht, nahm einen Rachenabstrich und schickte ihn an das Städtische Untersuchungsamt. Die Behandlung wurde sofort mit Salvarsansiruppinselungen (Neosalvarsan 0,15, Sirup. simpl. ad 30,0) vorgenommen. Das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung lautete: ‚Zahlreiche Spirochäten und fusiforme Bazillen; daneben Stäbchen mit Polkörnchen. Ob es sich außer der Angina Plaut-Vincenti noch um Diphtherie handelt, wird die Kultur ergeben.‘ Als nach 2 Tagen das Ergebnis der Kultur Di-Bazillen positiv eintraf, war der Patient inzwischen durch tägliche Salvarsanpinselungen geheilt und hatte keinerlei Beschwerden mehr. Ein nochmaliger Rachenabstrich war bakteriologisch negativ. Trotzdem wurde der Sicherheit halber der Kranke noch 8 Tage beobachtet und nochmals ein, negatives Resultat ergebender, Rachenabstrich genommen. Es traten weder Herz- noch Nervenerscheinungen auf, so daß hier eine völlige Heilung eines einwandfreien Diphtheriefalles innerhalb 4 Tagen allein durch Salvarsanpinselungen vorliegt. Wenn es sich auch offenbar um eine leichte Infektion handelt und es möglich ist, daß auch ohne jede Behandlung, wie es wohl öfter vorkommt, die Diphtherie abgeheilt wäre, so möchte ich doch empfehlen, das Verfahren auch bei schwereren Fällen und insbesondere bei Kindern nachzuprüfen. Außerdem ist der Fall ja noch interessant durch die Vergesellschaftung von Angina Plaut-Vincenti mit Diphtherie.“

(M. m. W. 1921 Nr. 27.)

Die Kuhpockenimpfung gegen Keuchhusten. Von Dr. Franz Hammes (Trier). Verf. hat seit etwa 12 Jahren unter Berücksichtigung des Gesichtspunktes gerade der Erstimpfung die Kuhpockenimpfung bei Keuchhustenkindern angewandt und konnte da anfangs den grundlegenden Unterschied feststellen: Bei Revakzination keinerlei sicherer Erfolg, bei Erstimpfung dagegen ausnahmslos eine prompte Beeinflussung der Anfälle derart, daß nach etwa 4—5 Tagen mit dem Beginn der Impfpockenbildung die Anfälle schlagartig beträchtlich, auf etwa die Hälfte, zurückgingen, um dann schnell nachzulassen, so daß etwa 10—14 Tage nach der Impfung der Keuchhusten absolut und definitiv erledigt war. Dieser Therapie ist Verf. seitdem treu geblieben mit dem Erfolg, daß er einen Versager bei vorher nicht geimpften Kindern nicht erlebt hat. Gleiche Erfahrungen machte eine Kollegin in ihrer kinderärztlichen Praxis, der Verf. auf Grund seiner Beobachtungen zu dieser Behandlung riet. Diese Erfolge geben Verf. die feste Ueberzeugung, daß mit der aktiven und passiven Kuhpocken-Antitoxintherapie das für den heutigen Stand der Kenntnisse beste und sicherste Heilmittel des Keuchhustens gefunden ist. Wie im einzelnen Fall das Vorgehen sich zu gestalten hat, darüber läßt sich noch streiten. Verf. persönlich möchte, ohne auf Näheres einzugehen, sich den zukünftigen Gang der Keuchhustenbehandlung so vorstellen: Beim noch nicht geimpften Kinde sofortige Impfung. Kommt das Kind erst in Behandlung mit schweren Lungenkomplikationen, zur Vermeidung der Impferkrankung, Serumtherapie. Ob allerdings in solchen Fällen die Impferkrankung oder die Serumkrankheit mehr zu fürchten ist, muß die Erfahrung entscheiden. Beim bereits vakzinierten und wahrscheinlich noch Impfschutz besitzenden Kinde Serumbehandlung. (D. m. W. 1921 Nr. 32.)

Zur Behandlung der Lungentuberkulose mit den Partialantigenen nach Deycke-Much. Von Dr. W. Düll (Aus der Heilstätte Wasach bei Oberstdorf). Die Partigentherapie nach Deycke-Much ist bei gewissen Fällen von Lungentuberkulose, vor allem zirrhotisch und knotig-proliferativen Charakters, ein brauchbares Mittel, die Heilungstendenz zu unterstützen und anzuregen. Vorsicht bei der Therapie ist nötig, besonders bei schwereren Fällen, da länger dauernde Reaktionen vorkommen können, die ein sonst an und für sich günstiges Mittel in Mißkredit bringen können. (D. m. W. 1921 Nr. 32.)

Die gebräuchlichsten Reizmittel für die blutbildenden Organe hat Dr. G. J. Lührs (Sanatorium Dr. Schmitt in Lindenfels) angewandt; er gab intravenös Hämarsin, Solarsan, Astonin

und Elektroferrol und erzielte mit letzterem die besten Erfolge.
(D. m. W. 1921 Nr. 20.)

Zur Behandlung der Oxyuriasis. Von Prof. Dr. Selter (Solingen). Verf. hat Butolan in folgender Weise verabfolgt: 3 mal täglich werden 0,2—0,5 g je nach Alter für 2—3 Tage gegeben, dann 1 Tag lang ein Abführmittel, sodann wird ein zweiter Turnus in derselben Weise angeschlossen. Nach 14 Tagen läßt er die Kur noch einmal wiederholen. Selbstverständlich werden nebenher alle die Vorsichtsmaßregeln getroffen, die erneute Selbstinfektion verhindern, d. h. gründliche Reinhaltung der Aftergegend, geschlossene Hose (Badehose, Windel). Dagegen hat Verf. auf die Verwendung von Klistieren völlig verzichtet. Unangenehme Nebenerscheinungen des Mittels sind nicht beobachtet worden. Die kleinste Dosis von 0,1, die Verf. anfangs bei Säuglingen gab, hat er später verlassen und diesen 0,2—0,3 pro dosi gegeben, um eine sichere Wirkung zu erzielen. Auch hierbei hat er nichts Auffallendes gesehen. Das Präparat wird neuerdings in Tabletten zu 0,5 g in den Handel gebracht. Die Tabletten sind mit einer Bruchrille versehen, um kleineren Kindern eine halbe Tablette verabfolgen zu können. Das Resultat der Butolanbehandlung ist durchaus befriedigend. Klinisch wurden 17 Fälle beobachtet, eine kleine Zahl für ein abschließendes Urteil. Da aber wegen Oxyuriasis niemand Krankenhausbehandlung aufsuchen wird, so ist man auf Zufall angewiesen. Diese 17 Fälle waren in allen Lebensaltern von 1 bis 15 Lebensjahren. Nach der Kur waren sämtliche noch Wochen, zum Teil Monate in klinischer Kontrolle bzw. ärztlicher Behandlung. Sie blieben in dieser Zeit frei von Oxyuren. Für die poliklinisch behandelten Fälle ist man auf die Angabe der Mütter bzw. Pflegerinnen angewiesen, bei Erwachsenen auf die Angaben der Patienten selbst. Alle geben übereinstimmend die Befreiung von ihren Quälgeistern an und zeigen sich darüber höchst erfreut, da die voraufgegangenen unangenehmen Kuren ihnen nichts oder wenig halfen. In einer kleinen Anzahl von Fällen (4) war die Kur scheinbar erfolglos, hier handelte es sich aber offenbar um erneute Selbstübertragung des nicht einwandfrei sauber gehaltenen Kindes oder von anderen mit Oxyuren behafteten Familienmitgliedern. Alles in allem glaubt Verf., daß das Butolan ein gut wirkendes und unschädliches Mittel gegen Oxyuren ist, das die umständlichen und lästigen alten Kurmethoden überflüssig macht.
(D. m. W. 1920 Nr. 27.)

Weiteres über Mutaflor bei Koliinfektion der Harnwege.
Von Dr. Rörig (Bad Wildungen). „Von Mutaflor gebe ich jetzt,

mit der Nissleschen Vorschrift für die Darmbehandlung übereinstimmend, nach 1—2 tägigem Ansteigen 3—4 Kapseln täglich, und zwar meist insgesamt früh nüchtern oder je 2 vor dem Frühstück und vor dem Abendbrot 4—6 Wochen lang. Abgesehen von einer häufig zu beobachtenden anfänglichen leichten Beschleunigung der Darmtätigkeit, die stets schwand ohne Aenderung der Verordnung, habe ich nie eine unliebsame Wirkung beobachtet. Bei 2 Patt. verloren sich dagegen unter dem Einfluß des Mutaflors seit Monaten bestehende Durchfälle, die bisher der verschiedenartigsten Behandlung trotzten. Was die Genese des Leidens anbetrifft, für die man bei dieser ursächlichen Behandlung besonderes Interesse hat, so wird man von vornherein seinen Beginn mit Darmstörungen mit hartnäckiger Verstopfung wie Durchfällen, mit chronischer Appendizitis, mit Hämorrhoiden usw., auch mit Stauungen durch den graviden Uterus in Verbindung bringen, wie es auch durchgängig geschieht. Solche Vorgänge müssen den Patienten selbst oft nicht augenfällig sein, wenigstens konnte ich oft anamnestisch keine merklichen Darmstörungen feststellen, trotzdem man den betreffenden Patienten wohl zutrauen konnte, daß sie sich genügend beobachten. Vielfach mag es sich dann um eine aufsteigende Infektion handeln. Auch unter sonst gleichen Verhältnissen werden die Kolipyelitiden durch Mutaflor nicht gleichmäßig gut beeinflußt. Deszendierende Infektionen sind seiner Einwirkung zweifellos zugänglicher als aufsteigende, wie es von vornherein auch zu erwarten stand. Nach meinen bisherigen Erfahrungen möchte ich die Indikationen für Behandlung der Koliinfektion der Harnwege mittels Mutaflor wie folgt angeben:

1. Bei akuten und chronischen Schleimhautkatarrhen der Harnwege ist Mutaflor, zweckmäßig und in genügender Dauer genommen, imstande, die Koli gründlich zu beseitigen, den Katarrh zu heilen.

2. Bei obigen Katarrhen und mäßigen anatomischen Veränderungen wird Mutaflor in Verbindung mit zweckmäßiger örtlicher Behandlung zum Ziele führen.

3. Größere anatomische Veränderungen, wie starke Absenkungen in den Nierenbecken, Komplikationen mit Steinen oder Tumoren, Hypertrophien der Prostata mit bedeutenden Restharmengen werden durch unsere Methode wohl gebessert, zur Heilung wird vielfach zuvörderst ein chirurgischer Eingriff benötigt werden.

Herstellende Firma des Mutaflor ist G. Pohl, Berlin NW 87, Turmstraße 73.“
(M. m. W. 1921 Nr. 31.)

Der Mechanismus der Mutaflorwirkung bei Koliinfektionen der Harnwege. Von Prof. Dr. Nissle (Freiburg i. Br.). „Mutaflor

ist reines Darmmittel; es vermag vermittels der in ihm enthaltenen antagonistisch hochwertigen Kolibakterien eine minderwertige, pathogen wirkende Dickdarmflora allmählich zu verdrängen und dadurch Darmstörungen, Katarrhe wie Obstipationen, zu beseitigen. Eine günstige Beeinflussung von Erkrankungen anderer Organe kann Mutaflor nur mittelbar bewirken; derartige Beobachtungen sind z. B. bei Kindern mit Milchschorf gemacht worden, der durch diese Darmmittel beseitigt wurde. Es ist aber auch bekannt, daß Hauterkrankungen anderer Art, vor allem Staphylokokkeninfektionen, häufig durch Darmreinigung in Form von Abführmitteln oder Spülungen geheilt oder gebessert wurden, und zwar auch dann, wenn deutliche Darmstörungen nicht festzustellen waren. Der Zusammenhang läßt sich kaum anders erklären, als daß eine schädliche Darmflora toxische Produkte liefert, die im Gewebe der Haut eine Disposition für Infektionen z. B. durch die auf ihrer Oberfläche verbreiteten Staphylokokken schafft. Die Heilung der Koliinfektionen der Harnwege durch Mutaflor scheint mir nun eine prinzipiell gleichartige Pathogenese zu beweisen, und tatsächlich konnte ich auch in den allerdings seltenen Fällen, bei denen ich zufällig Gelegenheit hatte, vor der Behandlung Stuhlproben zu untersuchen, einen antagonistisch minderwertigen Kolistamm feststellen, auch wenn deutliche Darmerscheinungen fehlten. Der eigentliche Sitz des Leidens wäre also der Dickdarm, in dem sich eine schädliche Flora angesiedelt hat. Ihre giftigen Produkte disponieren die Schleimhaut des Harnapparates zu Sekundärinfektionen, die entweder auf dem Lymphwege oder durch Aufsteigen von Keimen von der Harnröhrenmündung her zustande kommen. Durch die Mutaflordarreichung gelingt die Beseitigung der bisherigen Darmflora und ihrer Giftbildung, die Schleimhaut der Harnwege erhält ihre normale Resistenz wieder, sie verliert damit die Eigenschaften eines geeigneten Nährbodens, und der physiologische Harnstrom entfernt die nun nicht mehr haftenden Infektionserreger. Die Vorstellung, die mir den Mechanismus der Mutaflorwirkung am ungezwungensten zu deuten scheint, setzt also die bisher unbekannte Schaffung einer Krankheitsdisposition in der Schleimhaut des Harnapparates vom Darm her voraus, sie schließt die Heilung durch Mutaflor auch bei Infektionen durch andere Erreger nicht aus, wenn ihre Ansiedlung nur unter den gleichen Bedingungen erfolgt wie die der hauptsächlich in Betracht kommenden Kolibakterien. Sie sieht die offenbar zahlreichen, durch Mutaflor heilbaren Infektionen der Harnwege nicht als primäre Erkrankungen an, sondern verlegt den eigentlichen Sitz der Erkrankung in den Dickdarm, mag seine Funktion sichtbare Störungen aufweisen oder nicht. Andererseits schließt sie den Erfolg von Mutaflor aus, wenn

die Infektion ausschließlich durch andere Momente, z. B. mechanische, zustande gekommen ist.“ (M. m. W. 1921 Nr. 31.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Erfahrungen über Frostbehandlung. Von Dr. Büsch (Hamburg). Die Behandlung besteht aus täglichen Hand- oder Fußbädern in heißer Eichenrindenabkochung und darauffolgendem Einreiben mit 2—4%iger Tumenolzinkpaste. Eichenrinde, 1 Teelöffel auf 1 Liter Wasser, kurz kochen, abkühlen, bis die Hitze gerade eben an den Händen (Füßen) vertragen wird (45° C). Dauer des Bades $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde, dabei zur Vermeidung von Abkühlung mit wollener Decke zudecken. Salbe dünn auftragen und einreiben, Verband nicht nötig. Die Behandlung wird abends vorgenommen, die Salbe morgens abgewaschen. In beginnenden leichten Fällen genügt 2—3 tägige Salbenbehandlung allein. Die Salbe stillt auch das Jucken. (D. m. W. 1921 Nr. 23.)

Ueber die Behandlung nässender Ekzeme mit Lenigallol. Von Dr. L. Isacson (Aus Dr. L. Fischels Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin). „Die Domäne des Lenigallols ist besonders jene Form von akuten Ekzemen mit nässendem, krustösem Charakter, bei denen bisher jedes differente Mittel verpönt war. Nach Kromayer und Grüneberg steigert das Zinkoxyd die Reduktionsfähigkeit des Lenigallols, daher verwenden wir es ausschließlich als 5—10%ige Zinkpaste. Kurze Zeit nach der Applikation erkennt man die starke Oxydation der Lenigallolzinkpaste an der Schwarzfärbung der eingeriebenen Stellen; man beginnt mit 5%iger Paste und steigt bis auf 10%; bei dieser vorsichtigen Dosierung kommt eine Reizung höchst selten vor. Die Paste wird abends dick aufgetragen, mit Mull verbunden und täglich, bis zum Abtrocknen der nässenden Hautpartien, erneuert. Bei stark gereizten nässenden Gesichtsekzemen kombinieren wir das Lenigallol mit dem Zinköl, z. B. Lenigallol 1—2,0, Zinc. oxyd., Ol. Olivar. $\bar{a}\bar{a}$ ad 25,0. Es ist klar, daß es oft nötig ist, an die Lenigallolbehandlung nach dem Abtrocknen des Ekzems eine Schlußbehandlung mit Teer zur Reduktion der noch vorhandenen Infiltrationen anzuschließen. Nach einer 10 jährigen Erfahrung in unserer Klinik können wir also das Lenigallol als ein äußerst wirksames Mittel zur Bekämpfung des nässenden Ekzems empfehlen, um so mehr, als es sich durch seine Reizlosigkeit, durch seine milde, aber sichere Aetzwirkung auszeichnet und bei mäßiger Dosierung nie Schaden stiften kann.“ (D. m. W. 1921 Nr. 23.)

Die Behandlung tuberkulöser Hautgeschwüre mit Zelluloid.
 Von Dr. Hugo Deutsch (Brünn). In der W. kl. W. 1919 Nr. 48 veröffentlichte Verf. seine Erfahrungen über die Wundbehandlung durch Verklebung nach Bier, wo er darauf hinwies, daß bei Verwendung von dünnen Zelluloidplättchen an Stelle von Gaudafil oder Billroth-Batist die Erfolge besser seien; auffallend gut seien die Erfolge bei Unterschenkelgeschwüren jugendlicher Personen, die ihrem ganzen Aussehen nach als tuberkulöse verdächtig sind. In der Folgezeit hat Verf. bei einer größeren Reihe von tuberkulösen Hautgeschwüren an verschiedenen Körperstellen diese Methode angewendet und in allen Fällen vollkommene Heilung erzielt; es handelte sich allerdings um reine tuberkulöse Geschwüre der Haut, nicht um Fistelbildungen, die durch tuberkulöse Drüsen oder Knochen unterhalten werden. Die Zelluloidplättchen gewinnt Verf. in der Weise, daß er gebrauchte photographische Films für 1—2 Stunden in warmes Wasser legt, worauf sich die Gelatineschicht leicht entfernen läßt; eine besondere Desinfektion oder Sterilisation ist nicht nötig. Man erhält so papierdünnes Zelluloid, das sonst nicht leicht zu beschaffen ist. Die Behandlung verläuft in folgender Weise: Die Umgebung des Geschwüres wird 2—3 cm breit bis dicht an den Geschwürsrand mit Mastisol bestrichen, über das Geschwür kommt ein dieses nach allen Seiten überragendes Stückchen Zelluloid, welches durch ein größeres Stück Guttaperchapapier, Billroth-Batist u. dgl. bedeckt wird, da das Zelluloid nicht immer gut an dem Mastisol hält; darüber Watte und ein Bindenverband; der Verband bleibt 1—2—3 Wochen liegen. Schon nach dem ersten Verbande sieht man oft, daß die Granulationen nicht mehr so schlaff und glasig sind, beim 2. oder 3. Verbande sieht man vom Rande aus lebhaftes Epithelwachstum, das Epithel wächst über die Granulationen, bevor sie das Hautniveau erreichen; man erkennt dann an einem eigentümlichen spiegelnden Glanz, der an den bei epithelisierten Substanzverlusten der Hornhaut erinnert, daß das Geschwür ganz epithelisiert ist; jetzt läßt man Zelluloid weg und gibt 1—2 mal je 1 Woche Salbenverband (Tumenol-zinkpaste 10% ig); als Resultat bleibt dann eine glatte, feste Narbe. Die Heilungsdauer richtet sich nach der Größe des Geschwüres, erbsen- bis bohngroße Geschwüre sind nach 3—4 Verbänden epithelisiert, größere nach längerer Zeit. Rezidive hat Verf. bis jetzt — allerdings verwendet Verf. die Methode erst seit 2 Jahren — nicht gesehen. (D. m. W. 1921 Nr. 24.)

Die Behandlung der Hauttuberkulose in der Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulintherapie nach Ponndorf. Von Dr. Engwer (Assistent an der Universitäts-

Hautklinik in Berlin). In letzter Zeit wird ein „Kupferdermasan mit Tiefenwirkung“ hergestellt, ein salizylsaurer Kupferseifenester, welcher bei 3—4—5 maliger Anwendung und täglichem Verbandwechsel ähnlich der Pyrogallolvaseline wirkt. Freilich war das Kupfer auf Grund der Versuche von Strauß und der Gräfin Linden in anderer Absicht in die Therapie des Lupus vulgaris eingeführt worden. Es sollte einer eigentlichen Chemotherapie dienen. Wie weit das Ziel mit Kupfer-Dermasan oder Lekutyl erreicht wird, will Verf. nicht entscheiden. Blumenthal glaubt aus seinen Erfahrungen an dem Universitäts-Lichtinstitut in Berlin schließen zu dürfen, daß eine perkutane spezifische Wirkung des Kupfers besteht. In der Tat hat man zuweilen den Eindruck, daß ein Lupusherd zusammenschmilzt, ohne daß eine erhebliche Aetzwirkung erkennbar ist. Besonders fiel das bei einem Herde verruköser Hauttuberkulose von etwa Zweimarkstückgröße am Knie eines kleinen Mädchens auf. Unter lange wiederholten Kupferdermasanapplikationen schmolz der etwa 2 cm hohe Herd völlig dahin, ohne daß irgendeine Aetzwirkung feststellbar war und Schmerzen auftraten. In anderen Fällen ist aber eine deutliche Aetzwirkung vorhanden, welche sich kaum von Pyrogallol unterscheidet. Für unsere Zwecke genügt es, darauf hinzuweisen, daß wir auch im „Kupfer-Dermasan mit Tiefenwirkung“ (das mit Oberflächenwirkung hergestellte Präparat ist eine reine Ueberhäutungssalbe) ein Mittel besitzen, Lupusgewebe örtlich energisch anzugreifen. Sein Wert steigt dadurch, daß man einmal einem Falle begegnet, der auf Kupfer besser reagiert als auf Pyrogallol. Man kann auch beide Präparate innerhalb eines Behandlungsturnus gegeneinander vertauschen. Das Lekutyl ist ein zimtsaures Kupferlezithin mit Zykliform. Das Lezithin, welches die Umhüllung der T. B. zu durchdringen imstande sein soll, bezweckt, dem Präparat die besondere Fähigkeit zu verleihen, das Kupfer chemotherapeutisch zum Angriff zu bringen. Auch bei diesem Präparat will Verf. die Frage nicht entscheiden, ob die Wirkung solcherart ist. Er persönlich hat es als eine auf Lupusgewebe spezifisch wirkende Substanz in einer ganz gleichen Weise und mit dem gleichen Erfolge wie Kupfer-Dermasan kennen gelernt. Lekutyl ist schmerzhafter und kann kaum mehr als 3—4 mal hintereinander gebraucht werden. Auf Nebenerscheinungen durch Resorption von Kupfer ist bei Lekutyl und Kupfer-Dermasan stets genau zu achten. Der Urin muß kontrolliert werden, Klagen über Kopfschmerzen sind zu berücksichtigen, auch Erbrechen kann auftreten. (Ther. Hbmh. 1921 Nr. 9.)

Untersuchungen bei kindlicher Gonorrhoe. Von Dr. Irmgard Edith Valentin (Aus dem Kindergenesungsheim der

Stadt Berlin in Buch). Die Urethra ist in allen Fällen von kindlicher Gonorrhoe miterkrankt. Die Zervix kann in akuten Fällen ebenfalls mitergriffen sein, mit einer gleichzeitigen Erkrankung des Rektums ist so gut wie immer zu rechnen. Ueber die Beteiligung der Blase an dem gonorrhöischen Prozeß kann nur der zystoskopische Befund entscheiden. (D. m. W. 1921 Nr. 21.)

Bei Arthritis gonorrhöica im Frühstadium sind nach Dr. F. Lahmeyer (Allgem. Krankenhaus Hamburg-Barmbeck) warme „Bewegungsbäder“ sehr wirksam, 2mal täglich 1 Stunde zu 37°, in denen die Patienten die erkrankten Glieder, soweit sie es ohne Schmerzen vermögen, zu bewegen.

(Ther. d. Gegenw. 1921 Mai.)

Weitere Erfahrungen über die Röntgenbehandlung spitzer Kondylome. Von Dr. Franz Matt (Aus der Röntgenabteilung der II. Gynäkolog. Universitätsklinik München).

1. Die Röntgenbehandlung des Condyloma acuminatum ist besonders in Fällen von starker Ausbreitung der Erkrankung angezeigt, also gerade in den Fällen, in denen radikale Operation der kosmetisch schlechten Resultate wegen wenig aussichtsreich, die konservative Behandlung wirkungslos ist.

2. Es empfiehlt sich, die Technik dahin zu modifizieren, daß eine Filterung von 0,25 mm Zn bei entsprechender Abkürzung die Bestrahlungszeit zur Verwendung kommt.

(M. m. W. 1921 Nr. 22.)

Beitrag zur Syphilis-Therapie bei Graviden. Von Sanitätsrat Dr. Leo Preuss (Bad Freienwalde, Oder). Warme Empfehlung des Merjodins. Vf. hat es viel aus sozialen Gründen verordnet und vornehmlich auch Gravide in dem Sinne behandelt, daß er bald nach der Konzeption eine Kur von 250 Tabletten durchmachen ließ und zwei Monate vor dem zu erwartenden Geburtstermin eine zweite: und diese Therapie hat er ohne Ausnahme durchgeführt, wenn beim Ehemann Lues vorausgegangen war, ganz gleich, ob vorher normale Geburten erfolgt waren oder nicht. Wenn er männlichen Patienten, die mit der frischen Ansteckung kamen, nach der offiziellen 3 jährigen Behandlung den Heiratskonsens geben konnte, hat er die Frauen gleich nach erfolgter Schwängerung unter irgendeinem Vorwande in oben geschilderter Weise der „Merjodin“-Behandlung unterworfen, nie Aborte, Frühgeburten oder Syphilis congenita gesehen, noch auch bei den Kindern bei der Präventivtherapie mit Hg₂ spätsyphilitische Erscheinungen beobachtet. Diese ist im 1. Lebensjahr 2 mal zu wiederholen und im

2. und 3. je 2 mal in doppelter Dosis anzuwenden. Vf. kann sich auch heute noch nicht entschließen — auch nach 3jähriger, gründlicher Behandlung nicht — einen Patienten „garantiert geheilt“ zu entlassen. Sie sind alle auf die folgende Dauertherapie festgelegt: in der heißen Jahreszeit 250 Tabletten „Merjodin“, im Januar täglich 1,0 NaJ. Bei strikter Befolgung dieser Vorschriften hat Verf. weder Tabes, noch progressive Paralyse oder irgendeine Form von Spätsyphilis auftreten sehen und kann daher diese Präventivbehandlung um so mehr zur Beachtung und Nachprüfung empfehlen, als sie sicher, bequem und unschädlich ist.

(Ther. Hbmbh. 1921 Nr. 10.)

d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur Behandlung der Infektion post partum et abortum mit neueren Silberpräparaten. Von Dr. G. Linnert (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Halle). Verf. hält die Bluttherapie mit Silberkolloiden für die beste Behandlung und namentlich bei frühzeitigem Einsetzen und bei fehlendem Lokalbefund für wirksam. Der Beginn der Behandlung soll nicht vom Ausfall einer Blutuntersuchung abhängig gemacht werden, weil damit gerade der für den Erfolg am günstigsten liegende Zeitpunkt versäumt wird. — Beim Kollargol ist das Silber nicht genügend fein verteilt. Von den Ersatzpräparaten des Kollargols hat sich Dispargen am besten bewährt. Es besitzt die feinste Verteilung des Silbers, ist völlig ungiftig (ionenfrei) und haltbar; braucht auch nicht sterilisiert zu werden. Seit dem Jahre 1915 ist Dispargen an der Universitäts-frauenklinik in Halle mit gutem Nutzen in Gebrauch. Es hat eine große Anzahl auch schwere Erkrankungen in günstigem Sinne beeinflußt. Viele Frauen konnten gerettet werden. Nur in ganz vereinzelten Fällen, bei denen die Behandlung erst verspätet einsetzen konnte, wodurch die Widerstandsfähigkeit des Körpers bereits zu sehr erlahmt war, vermochte auch Dispargen nicht mehr zu helfen. Frühzeitige Anwendung des Dispargen, möglichst sofort beim ersten Fiebereintritt, wird als aussichtsreich bezeichnet, weil sie fast mit Sicherheit den Krankheitsprozeß zu kupieren vermag.

(Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. u. Gyn. 8 H. 2.)

Ueber Behandlung des Hyperemesis gravidarum sagt Prof. Blumreich (Berlin): „Das übliche Erbrechen der Schwangeren, das namentlich im Anschluß an die Mahlzeiten, besonders nach dem ersten Frühstück auftritt, wird am erfolgreichsten bekämpft durch Einnehmen der Mahlzeit im Liegen, und zwar in horizontaler Lage; unter dem Kopf soll höchstens ein ganz flaches Kissen liegen;

Flüssigkeit wird mit der Schnabeltasse, Festes mit Gabel oder Löffel eingenommen. Erst 20 Minuten nach Einnehmen der Mahlzeit darf die Schwangere sich aufrichten. Daneben wirken häufig günstig folgende Medikationen:

Rp.	Coc. mur.	0,2
	Aq. Menth.	
	Syr. spl. āā ad	60,0
MDS.	4 × tgl. 1 Teelöffel, $\frac{1}{4}$ Std. vor der Mahlzeit	
ferner	Rp. Orex. tann.	0,5
	3 × tgl. in Oblaten.	

In leichteren Fällen kommt man damit völlig aus, zumal wenn man anfangs rein flüssige Kost verabfolgt. Die schwereren Fälle führen in allmählichem Uebergang zur eigentlichen Hyperemesis gravidarum. Hier wird nicht nur alles ausgebrochen, sondern mitunter hört auch beim Fehlen jeglicher Nahrungszufuhr das Würgen und Erbrechen nicht auf. Die Diagnose Hyperemesis gravidarum darf erst nach Ausschluß aller anderen Ursachen gestellt werden (Erkrankungen des Magendarmtraktes, Meningitis, Hirntumoren, Pyelitis!). Für den psychogenen Charakter zahlreicher Fälle von Hyperemesis gravidarum spricht der Erfolg der Therapie. Es ist erstaunlich, wie häufig gute Resultate auf rein psychischem Wege, etwa durch Aufrichtung eines retroflektierten Uterus oder durch eine einmalige Magenspülung, ferner durch eine Hypnose zu erzielen sind, vor allem aber durch Ueberführung in eine Klinik unter Fernhaltung der von Mitleid überfließenden Angehörigen. Andererseits aber gibt es zweifellos Fälle, die auf eine Schwangerschaftsintoxikation zurückgeführt werden müssen, bei denen der Zustand sich trotz aller therapeutischen Bemühungen zusehends verschlechtert und die Kranken, wenn die Schwangerschaft nicht rechtzeitig unterbrochen wird, unter den Erscheinungen der Kachexie und Somnolenz zugrundegehen. Besteht eine wirkliche Hyperemesis, so erreicht man fast stets gute Resultate mit folgendem Behandlungsschema:

1. absolute Bettruhe, Fernhaltung der Angehörigen.
2. 2 Tage lang Fortlassen jeder Nahrungszufuhr per os, statt dessen pro Tag ca. 1500 ccm physiologischer Kochsalzlösung als Tropfklistier unter Zusatz von 2,0 Natrium bromatum. Hält der Darm die Flüssigkeit nicht, so muß die Kochsalzlösung subkutan nach Vereisung der Injektionsstelle gegeben werden.
3. Ringer-Lösung täglich 200 ccm subkutan.
4. Nach 2 Tagen Uebergang zur Verabfolgung von kleinen Mengen eisgekühlter Milch oder, falls diese nicht angenehm empfunden wird, anderer Getränke, wie Milchkakao, Milchkaffee, Milchtee; die übrige Behandlung wird dabei fortgesetzt.

Hört das Erbrechen dabei auf, so wird nunmehr breiige Kost und, falls diese behalten wird, wieder allmählich feste Kost gegeben. Strenges Erfordernis während der Behandlung ist die Beobachtung der Gewichtsverhältnisse, ferner von Puls, Temperatur, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Azeton, Azetessigsäure, Leuzin und Tyrosin. Handelt es sich um einen der sehr seltenen Fälle, in denen die Hyperemesis der oben skizzierten Therapie vollkommen trotzt, in denen die Gewichtsabnahme zunimmt, so ist bei dauernd kleiner und weicher werdendem, auf über 100 angestiegenem Puls, subfebrilen Temperaturen und dem reichlichen Auftreten von Azeton und Azetessigsäure — häufig stellt man in solchen Fällen auch schon eine gewisse Apathie und leicht ikterische Hautfarbe fest — die Schwangerschaft zu unterbrechen. Wartet man hier ab, bis zerebrale Erscheinungen auftreten, wie Ohnmachten, Koma, Delirien, der Ausscheidung von Leuzin und Tyrosin sich einstellt, so kommt der Eingriff zu spät.

(D. m. W. 1921 Nr. 30.)

Ueber die Behandlung der puerperalen Mastitis schreibt A. K r e c k e (München): „Nach meinen jetzt 14 Jahre hindurch an 59 Fällen gemachten Erfahrungen muß ich die Saugbehandlung als ein durchaus zuverlässiges, für die Kranken angenehmes, die Funktion der Brustdrüse in bester Weise erhaltendes Verfahren empfehlen. Ich habe in den 59 Fällen auch nicht einen einzigen Mißerfolg erlebt. Die Art des Verfahrens ist folgende: Solange nur eine einfache entzündliche Schwellung der Brustdrüse besteht, die Temperaturen nicht besonders hoch sind und kein Eiter nachweisbar ist, genügt die einfache Saugbehandlung. Zu dieser Saugbehandlung benötigt man eine große 12—15 cm im Durchmesser haltende Saugglocke, die durch einen Gummischlauch mit einer Aspirationsspritze verbunden ist. Der Rand der Glocke wird mit Vaseline gut bestrichen, und die Glocke so rings um die Brustdrüse herum aufgesetzt, daß die Drüse darin gut Platz hat. Durch entsprechend langsames Saugen vermittelt der Spritze wird die Drüse langsam in die Lichtung der Glocke hineingezogen. Die Drüse schwillt dabei stark an, und die Haut wird dunkelblaurot. Der Grad des Saugens richtet sich vornehmlich nach den Empfindungen der Kranken. Man saugt so lange, bis die Patientin über unangenehme Empfindungen in der Brust klagt. Auf keinen Fall darf die Stauung so weit ausgedehnt werden, daß die Patientin wirkliche Schmerzen empfindet. Hat die Saugglocke 5 Minuten gelegen, so wird das in den Schlauch eingelassene Ventil geöffnet. Sofort dringt Luft in die Glocke ein, und die Brustdrüse fällt zusammen. Die Glocke wird dann für 3 Minuten entfernt und dann wiederum aufgesetzt. Neuerliches Ansaugen der Brust für 5 Minuten,

3 Minuten Pause. So wiederholt sich Saugen und freier Zwischenraum etwa 6 mal, so daß täglich 1 oder 2 mal je $\frac{3}{4}$ Stunden die Saugbehandlung angewendet wird. Nach Beendigung der Saugbehandlung kommt über die Brust ein einfacher nasser Umschlag von essigsaurer Tonerde oder ein Salbenläppchen, und die Brust wird durch einen entsprechenden Verband hochgebunden. Vermittels dieses Verfahrens gelingt es in frischen, noch nicht weit vorgeschrittenen Fällen zweifellos, die Entzündung zum Rückgang zu bringen und die drohende Eiterung aufzuhalten. Es ist aber unbedingt notwendig, vom Beginn der Behandlung ab sowohl die örtlichen wie die allgemeinen Erscheinungen genau zu beobachten und sorgfältigst auf eine Eiteransammlung zu fahnden. Es wäre grundfalsch anzunehmen, daß ein wirklich vorhandener Eiter durch die Saugbehandlung zum Verschwinden gebracht werden könnte. Das ist auch, wie betont werden muß, von Bier nie angenommen worden. Sobald die deutlichen Zeichen des Eiters vorhanden sind, muß unbedingt dem Eiter Luft gemacht werden. Die deutlichsten Zeichen des Eiters bestehen einmal in einer höheren Temperatursteigerung und zweitens in einer Zunahme der örtlichen Erscheinungen. Fühlt sich die Kranke nach dem Saugen nicht wesentlich erleichtert und klagt sie vor allen Dingen in der Nacht über Schmerzen in der Brust, so kann man mit großer Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein von Eiter in der Brust annehmen. Die Wahrscheinlichkeit wird größer, wenn sich die örtliche Schwellung und Schmerzhaftigkeit ausbreitet. Fluktuation braucht dabei nicht immer vorhanden zu sein. Ein tief gelegener Eiterherd muß vom Arzt erkannt werden, auch ohne daß Fluktuation vorhanden ist. Die Eröffnung eines solchen Eiterherdes geschieht nun, und das ist das Wesentlichste des Verfahrens, nicht vermittelt der früher empfohlenen radiären Schnitte, durch welche der ganze Eiderherd freigelegt und das Brustdrüsengewebe weithin durchtrennt wurde, sondern mit Hilfe einer ungefähr 2 cm langen Stichinzision. Früher war es Vorschrift, nicht nur die Eiterhöhle ausgiebig freizulegen, sondern man hielt es auch für notwendig, mit dem Finger alle Buchten der Höhle sorgfältig abzutasten und an allen entfernteren Punkten Gegenöffnungen ebenfalls in ausgiebigem Maße anzulegen. Jetzt genügt eine einfache kleine Stichinzision im Zusammenhang mit der Saugbehandlung, um eine völlige Ableitung auch größerer Eiterhöhlen zu ermöglichen und deren Ausheilung herbeizuführen. Liegt der Eiterherd oberflächlich, was immer dann der Fall ist, wenn deutliche Fluktuation nachweisbar war, so ist eine Trockenlegung der Wunde mit Hilfe von einem antiseptischen Mull oder einem Gummirohr nicht notwendig. Liegt der Eiterherd aber tiefer, d. h.

muß man bei der Inzision durch eine größere Schicht nicht ver-eiterten Drüsengewebes hindurchgehen, so ist es ratsam, für die nächsten Tage ein Gummirohr — keinen Tampon! — einzuführen. Man macht das am besten in der Weise, daß man entlang dem Messer eine stumpfe Zange in die Eiterhöhle einführt und entlang dieser das Gummirohr vorschiebt. So ist eine gute Entleerung des Eiters gewährleistet. Die Eröffnung oberflächlicher Herde kann man mit örtlicher Betäubung von Chloräthyl vornehmen. Bei tiefer gelegenen Herden jedoch ist unbedingt eine leichte All-gemeinnarkose erforderlich, wozu sich am besten der in neuerer Zeit so beliebt gewordene Chloräthylrausch eignet. Bei empfind-lichen Patientinnen ist es ratsam, auch die oberflächlichen Ab-szesse im Chloräthylrausch zu eröffnen. Es kann nicht genug ge-raten werden, vor Beginn des Chloräthylrausches, den jede einiger-maßen intelligente Schwester oder Hilfsperson ausführen kann, alles zur Inzision Notwendige so weit vorzubereiten, daß sofort bei Eintritt der Betäubung der Einstich erfolgen kann. Ist der Eiter entleert, so bestehen keine Bedenken, mit der Saugbehandlung sofort zu beginnen. Ist die Blutung aus der kleinen Wunde eine heftigere, so soll man lieber bis zum Abend oder bis zum nächsten Morgen warten und dann die Behandlung vornehmen. Solange die Patientin Fieber hat oder ein schweres Krankheits-bild darbietet, muß sie unbedingt im Bett liegen bleiben. Lassen die allgemeinen örtlichen Entzündungserscheinungen nach, so be-stehen keine Bedenken, die Kranke aufstehen und in die Sprech-stunde gehen zu lassen. Wir haben derartige Kranke wochen-und monatelang in der Sprechstunde behandelt. Die Dauer der Behandlung ist eine ziemlich beträchtliche. Es unterliegt keinem Zweifel, daß sie eine längere ist, wie die der früheren Behandlung mit den großen Einschnitten. Von manchen Autoren ist das als ein Nachteil des Verfahrens bezeichnet worden. Wenn man dem-gegenüber aber bedenkt, daß das Verfahren selbst ein viel weniger eingreifendes und für die Patientinnen angenehmeres ist, daß es die Form und Funktion der Brust vollkommen erhält und nur kleine, nach einem Jahr kaum sichtbare Narben zurückläßt, so wird man die Verzögerung der Behandlung gerne mit in den Kauf nehmen. Die Kranken sind ganz dieser Anschauung, das beweist die Geduld, mit der sie sich der oft recht langwierigen Behand-lung unterziehen. Haben die kranken Frauen genügend Milch, und macht das Stillgeschäft ihnen keine Beschwerden, so bestehen keinerlei Bedenken, das Kind an der Brustdrüse trinken zu lassen. Wir haben auch bei ausgedehnten Eiterungen das Kind angelegt und keine Mißerfolge davon weder für die Mutter noch für das Kind gesehen. Es scheint sogar, daß das Saugen des Kindes

günstig auf die Beseitigung der Entzündung einwirkt. Das Auftreten von neuen Eiterherden ist nicht ganz selten. Auch das ist vielleicht ein Nachteil gegenüber dem Verfahren mittels der ausgedehnten Inzisionen. Wenn man aber die Kranke sorgfältig beobachtet und jeden frisch sich bildenden Eiterherd baldigst in gleicher Weise eröffnet, so kann ein Nachteil aus einem solchen neu sich bildenden Abszeß nicht bestehen. In der Regel zeigen sich die wohltätigen Folgen der Saugbehandlung unmittelbar. Die entzündliche Schwellung der Brust läßt nach, die Schmerzen hören vollkommen auf, und das Allgemeinbefinden hebt sich. Die Absonderung aus der Stichinzision ist während der ersten Tage eine recht beträchtliche, wird beim Aussaugen oft noch lebhafter, läßt aber bei günstigem Verlauf schon nach einigen Tagen nach. Auch beim Versiegen der Eiterung und beim Schluß der kleinen Wunde ist es notwendig, die Saugbehandlung so lange fortzusetzen, bis das Filtrat in der Brust möglichst weich und unbedingt ganz empfindungslos geworden ist. Erst dann darf man die Saugbehandlung aussetzen, wird aber gut tun, zunächst noch zwei- oder dreimal wöchentlich die Patientin zur weiteren Behandlung wieder zu bestellen. Wie schon oben betont, habe ich persönlich mit dem Verfahren unter 59 Fällen keinen einzigen Mißerfolg erlebt. Es waren darunter recht schwere Fälle, mit phlegmonösem Charakter, die wegen der heftigen Erscheinungen in die Anstalt aufgenommen werden mußten. In nicht wenigen Fällen waren mehrere Stichinzisionen erforderlich, und nicht allzu selten war einige Tage nach der ersten Inzision noch eine weitere Inzision vorzunehmen. In allen Fällen ist es aber gelungen, unter sorgfältiger Beobachtung der obengenannten Regeln die Brustdrüse völlig zur Heilung zu bringen, ohne daß eine größere Inzision gemacht werden mußte. Von anderen Autoren ist bekanntlich darauf hingewiesen worden, daß bei schweren septischen Mastitiden das Verfahren nicht genügt, und auch Eugen Joseph, der sonst ein so warmer Fürsprecher des Verfahrens ist, ist der Anschauung, daß in solchen Fällen oft nur die Abtragung der Brustdrüse Erfolg verspricht. Unter meinen Fällen waren allerdings solche schwere Fälle nicht vertreten. Es ist aber wohl zu verstehen, daß ein solch ungünstiger Fall das Verfahren diskreditieren kann, und so erklärt sich auch wohl, daß Angerer der Saugbehandlung nicht freundlich gegenüberstand, da er, wie Bestelmeyer berichtet, in einem derartigen Falle die Biersche Behandlung vollkommen erfolglos bleiben sah. Auch bei chronischen Fällen, bei denen Joseph u. a. einen ungünstigen Erfolg des Verfahrens gesehen haben, hat sich bei mir die Saugbehandlung aufs beste bewährt. Insbesondere möchte ich da einen Fall erwähnen, der mir 12 Wochen nach

Beginn der Erkrankung zur Behandlung zugewiesen wurde, und bei dem ich von vielen Seiten zur ausgiebigen Inzision und manchmal sogar zur Entfernung der Brust gedrängt wurde. Ich habe auch hier die Saugbehandlung konsequent durchgeführt. Die Kranke blieb 2 Monate in der Anstalt und verließ dieselbe gebessert, allerdings nicht vollkommen geheilt. Die Heilung ist aber nach einiger Zeit doch eingetreten, wie ich glaube, auf Grund der bei uns durchgeführten Saugbehandlung. Die Patientin selbst glaubt allerdings die gute Heilung auf eine später durchgeführte homöopathische Behandlung zurückführen zu sollen. Jedenfalls glaube ich für die Saugbehandlung den Vorzug beanspruchen zu müssen, daß sie die Kranke vor einer weiteren entstellenden Operation bewahrt hat.“

(M. m. W. 1921 Nr. 20.)

Technisches.

Ueber intravenöse Injektionen ohne Assistenz. Von Dr. G. Fantl, gew. Assistent der Klinik Prof. Kreibich (Prag): „Bei nervösen Patienten kommt es nur allzu häufig vor, daß in dem Augenblick, wo der Unterarm losgelassen oder wieder festgegriffen wird, der Patient unwillkürlich eine Bewegung ausführt, durch die die Stellung der Nadel gefährdet wird. Der Zweck der Assistenz und daher eines zweckentsprechenden Ersatzes ist es ja, das Lösen der Stauung ohne eine Aenderung der Lage beider Hände des Arztes zu bewerkstelligen. Dies geschieht in geradezu idealer Weise bei Verwendung einer Riva-Rocci-Manschette, die nur insofern modifiziert ist, als die Verbindung der Luftpumpe mit dem Schlauch der Manschette durch entsprechende Ansatzstücke hergestellt wird. Der Vorgang, den ich seit mehr als einem Jahre einer jeden Assistenz vollziehe, ist folgender: Die Manschette wird locker um den Oberarm geschnallt, die Einstichgegend gereinigt. Dann erst wird das Salvarsanpräparat gelöst, die Spritze gefüllt und in Reichweite der rechten Hand bereitgestellt. Nun wird die Manschette bei herabhängendem Arm und offener Hand des Patienten mit Luft gefüllt, bis eine kräftige Stauung erzielt wird. Zwischen Zeigefinger und Daumen der linken Hand wird der Schlauch der Manschette zgedrückt, um das Entweichen der Luft zu verhindern, die rechte Hand entfernt die Pumpe und übernimmt den Schlauch. Die linke Hand faßt von hinten den Unterarm des Patienten, und nun wird, und das ist der springende Punkt, der Schlauch zwischen Daumen und Unterarm des Patienten festgeklemmt. Nun wird Patient angewiesen, die Faust zu ballen, der Arzt nimmt die Spritze und

sticht ein. Sobald er in die Vene gelangt, lockert er, ohne die linke Hand loszulassen, durch bloßes Nachlassen des Daumendruckes den Schlauch; die Luft entweicht und die Injektion kann beginnen. Bei einiger Uebung ist dieser Behelf viel angenehmer, als die beste Assistenz, da beim Hantieren am Oberarm leichte Bewegungen desselben kaum zu vermeiden sind. Das Entweichen der Luft und die so gelöste Stauung werden vom Patienten kaum wahrgenommen. Ein weiterer nicht zu unterschätzender Vorteil ist es, daß man den Grad der Stauung in einfachster Weise modifizieren kann. Manschette und Pumpe sind bei der Firma M. Wondrusch, Prag, Jecua 9, zu beziehen.“

(M. m. W. 1921 Nr. 27.)

Fremdkörperfreie Lösungen für die Salvarsantherapie.
 Von Dr. Friedr. Drexler. Jeder Praktiker der Salvarsantherapie kennt die Skrupel, welche während der Arbeit von der Oeffnung der Ampulle bis zur Injektion in die Vene auftauchen können. Betrachtet er die Lösung, so findet er sie häufig nicht frei von korpuskulären Elementen. Solche sind in erster Linie Glassplitter, dann wohl auch Fasern des Filters, Ausscheidungen aus alkalienhaltigem Glas usw. Der Ausschluß dieser Körper wird als ein Fortschritt in der Technik empfunden werden. Die von Verf. angegebene, von Stiefenhofer in München hergestellte, einfach zu handhabende Apparatur „Tuto“ verhindert mit absoluter Sicherheit das Hineingeraten jeglicher nicht löslicher Partikel. Sie besteht a) aus einem konischen Glasgefäß mit eingeschlifftem Stöpsel zur Herstellung der Lösung, b) aus einem in das konische Glasende passenden Obturator, der mit einer Kanüle fest verbunden ist, die unten ein Loch und oben einen Rekordansatz trägt. Das Prinzip ist einleuchtend: Der Obturator teilt den Raum des Glasgefäßes in 2 absolut getrennte Teile, in einen nur einige Kubikmillimeter fassenden, das Sediment enthaltenden und in den die ganze partikelfreie Lösung enthaltenden. Die reine Lösung wird dann durch Ansatz der Spritze an die Kanüle bis auf den letzten Tropfen herausgesogen; nach Bedarf kann man steriles Wasser nachgießen und nochmals herausziehen. Das Sediment unterhalb des Obturators rührt sich nicht.

(M. m. W. 1921 Nr. 32.)

Neue Bücher.

Diagnostisch - therap. Vademecum für Studierende und Aerzte, von H. Schmidt, E. Ebstein, L. Friedheim, M. Wolfrum,

J. Donat, M. Hohlfeld. 20. vermehrte Aufl. 1921, VIII, 498 S. Gebunden M. 30.—. Verlag von J. A. Barth in Leipzig.

Die vorliegende 20. Auflage des Vademecum ist vollständig umgearbeitet und ergänzt worden. Der vom Privatdozent Dr. M. Hohlfeld verfaßte Abschnitt „Die Ernährung und Ernährungsstörungen im Säuglingsalter“ bildet eine wertvolle Erweiterung des beliebten und verbreiteten Buches. Anstelle des verstorbenen Dr. A. Lamhofer, der in früheren Auflagen den Abschnitt „Augenkrankheiten“ behandelte, hat diesen Teil Prof. Dr. M. Wolfrum neu geschrieben. Die übrigen Abschnitte sind von den bisherigen Bearbeitern gründlich revidiert worden. Kurzum, die Verff. haben die Neuauflagen auf Grund praktischer Erfahrungen in jeder Hinsicht ergänzt und erweitert und für den Mediziner ein neuzeitliches Hilfs- und Auskunftsmittel geschaffen. In vorkommenden Zweifelsfällen wird es den ärztlichen Praktiker beim Nachschlagen nie im Stich lassen.

Voltz. Dosierungstafeln für die Röntgentherapie. München, J. F. Lehmann, Preis: Mk. 20.—. Für alle Besitzer eines Röntgeninstrumentariums ist die Anschaffung dringend zu empfehlen. Zur Anwendung der Tafeln sind diesen praktische Beispiele vorangegeben, was ihren Gebrauch wesentlich vereinfacht.

F. Schlagintweit. Urologie des praktischen Arztes. München, J. F. Lehmann, Preis: Mk. 15.—. Nicht jeder Arzt kann seine Klientel dem Urologen überweisen, gar oft muß er selbst den Urologen spielen und kann als solcher Erspriefliches leisten, wenn er das Gebiet beherrscht. Ein vorzüglicher Wegweiser und Berater ist das vorliegende Werkchen, das in Wort und Bild klar und präzise über das orientiert, was auch der praktische Arzt wissen muß, um sich in diesem Gebiet mit Erfolg zu betätigen.

A. J. Cemach. Chirurgische Diagnostik in Tabellenform. München, J. F. Lehmann, Preis: Mk. 76.—. Von diesem wertvollen Buch, das für Aerzte und Studierende mit seinen über 100 Tabellen und 487 schwarzen und farbigen Abbildungen die beste Grundlage für die Erkennung und Differentialdiagnostik chirurgischer Krankheitszustände darstellt, ist die zweite, vermehrte und verbesserte Auflage erschienen, deren rasche Nachfolge auf die erste zeigt, daß das Werk die Anerkennung gefunden hat, die es verdient. Die Abbildungen sind ausgezeichnet und ersetzen fast die Betrachtung am Lebenden, und in den Tabellen hat der Verfasser mit großem Geschick alle differential-diagnostischen Momente zusammengefaßt. So wird sicher auch die 2. Auflage weite Verbreitung finden.

H. Bach. Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne“. Leipzig, C. Kabitisch, Preis: Mk. 20.—. Den bei weitem umfangreicheren Teil dieses Buches nimmt der Abschnitt über die Indikationen ein, und so wird auch den Aerzten, die über die Apparate nicht verfügen, das Buch die besten Dienste leisten. Dies für diejenigen, die bisher dasselbe nicht kennen; daß es bereits volle Anerkennung gefunden hat, beweist der Umstand, daß von dem 1914 zum ersten Male erschienenen Werke jetzt die 7. und 8. Auflage vorliegt, ein Erfolg, der nur den wenigsten medizinischen Büchern beschieden ist.

F. Spaet. Der Fürsorgearzt. München, J. F. Lehmann, Preis: Mk. 40.—. Verf. ist es gelungen, das ungemein umfangreiche Gebiet in dem engbegrenzten Rahmen eines kaum 400 Seiten starken Werkes so zu bearbeiten, daß eine lückenlose Darstellung alles dessen, was Aerzte, Behörden usw. interessiert und was sie wissen müssen, zustande kam. Das verhältnismäßig neue Arbeitsgebiet machte ein derartiges Hilfsbuch für rasche Orientierung dringend notwendig, und es ist dem Verf. zu danken, daß er uns ein solches geschaffen hat, eines, das allen Anforderungen genügt und sich als äußerst nützlich erweisen wird.

E. Bauer, E. Fischer u. F. Lentz. Menschliche Erbliehkeitslehre. München, J. F. Lehmann, Preis: Mk. 50.—. Das wertvolle und auch von den Aerzten sicher lebhaft begrüßte Werk besteht aus 4 Abschnitten. Den ersten („Abriß der allgemeinen Variations- und Erbliehkeitslehre“) bearbeitete E. Bauer, den zweiten („Die Rassenunterschiede des Menschen“) E. Fischer, die beiden letzten („Die krankhaften Erbanlagen“ und „Die Erbliehkeit der geistigen Begabung“) F. Lentz. Das ganze Werk aber ist einheitlich, es unterrichtet mit seinem klaren und präzisen Text und seinen 65 Abbildungen vortrefflich und dürfte weiteste Verbreitung finden.

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.12.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

31. Jahrgang

Nr. 2.

November 1921

Aetiologisches.

Fink: Ueber die Ursache der Schwangerschaftsödeme. Untersuchungen an 400 Schwangeren, von denen Fink etwa 150 vom 7.—9. Schwangerschaftsmonat bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik nach erledigtem Partus zur Verfügung standen, führten zu dem Ergebnis, daß 95% aller Frauen mehr oder weniger erheblich hydropisch waren. Bei 80% konnten Oedeme durch mäßigen Druck auf die Tibien oder die Knöchelgegend nachgewiesen werden. Bei 70% ergaben fortgesetzte Kontrollen mit dem Bandmaß auch Oedeme an Hals, Armen und Oberkörper überhaupt. Die Möglichkeit, daß Oedeme an den Beinen bei Schwangeren bisweilen auf Stauung durch Vermittlung des graviden Uterus beruhen, ist zuzugeben. Die oft vertretene Ansicht, daß Nierenleiden, speziell verminderte Leistung in den Harnfiltern, die Schwangerschaftsödeme verursachen, ist dadurch erschüttert, daß wir hochgradige Schwangerschaftsödeme bei eiweißfreiem Harn und normaler Diurese antreffen. An dem Hydrops der Schwangeren ist die Niere anscheinend häufig durch Schwellung beteiligt und verschlechtert dann das Krankheitsbild, liefert auch pathologische Harnsedimente. — Die pathologischen Befunde an den Nieren Eklamptischer, wie sie durch v. Leyden, v. Hanse- mann, Löhlein und Fahr mitgeteilt sind, decken sich keineswegs, sie entsprechen auch nicht dem Krankheitsbilde der Nephropathie oder gar des Hydrops gravidarum, denn an Nephropathie und Hydrops sterben die Frauen nicht. Die Nierenbefunde von Eklampsieleichen können nur für nach längerer Agone Verstorbene charakteristisch sein, andernfalls wäre es unmöglich zu verstehen, wie Frauen mit Nephropathie und Eklampsie fast unmittelbar nach dem Partus, also nach dem Moment der Höchstbelastung der Nieren während des Kreißens, das Albumen im Harn verlieren

und sogar abnorm reichlich Harn ausscheiden, in welchem schon wenige Tage post partum jedes pathologische Harnsediment fehlt. Die Störungen in der Nierenarbeit Hydropischer beruhen auf Hydropsbildung im Nierenparenchym und damit zusammenhängender Nierenanämie. Die Organveränderungen bei Eklampsieleichen können als eine gegenseitige Intoxikation, z. B. von Leber und Nieren, durch hydropische Schädigung der Nierenfunktion Erklärung finden. Fink teilt die Ansicht Zangemeisters hinsichtlich des Ausbruchs eklamptischer Krämpfe als Hirnödemfolge. Die Lehre, daß die Schwangerschaftsödeme infolge von Gefäßschädigungen, speziell infolge asphyktischer Schädigung der Kapillarendothelien entstehen, wird auf Grund theoretischer Erwägungen und auch deshalb abgelehnt, weil Fink unter seinem Material Fälle von Vitium cordis und starker Varizenbildung hatte, die kaum hydropisch waren. Mit den Kolloidchemikern nimmt Fink an, daß die Oedembildung bei schwangeren Frauen von einer Steigerung des Quellungsdrucks der Kolloide abhängt, welche von einer Ueberlastung des Organismus mit den ausgewerteten Molekülen und Elektrolyten von Mutter und Fötus (besonders häufig bei Gemelli) veranlaßt wird. Die Ausschwemmung und gleichzeitige reichliche Wasserabgabe der an diese Moleküle und Elektrolyte gebundenen Flüssigkeitsmenge bezwingt eine Schwangere, deren Schilddrüse die Schwangerschaftshypertrophie erfahren hat. Desgleichen vergehen die Oedeme bei Schwangeren, bei denen nach Absterben eines Fötus verminderter Stoffumsatz statthat oder welche man durch Verordnen von Bettruhe, leichter Kost und Aderlaß von Molekülen und hohem Stoffumsatz befreit. In gleichem Sinne wirkte bei einigen Beobachtungen Finks längerer Gebrauch von Thyreoidin bei deutlich hydropischen Schwangeren, welche trotz des hydropischen Zustandes weder ihre Diät noch ihre tägliche Arbeit abänderten.

Besprechung. Lepehne: Man kann sich schwer vorstellen, daß die Nephropathia gravidarum mit ihrer Eiweißausscheidung und dem Auftreten weißer und roter Blutkörper und Harnzylinder und den oft nachgewiesenen pathologisch-anatomischen Veränderungen nur durch eine Oedemeinlagerung in den Nieren bedingt sein soll. Vieles spricht doch für toxische Einwirkung vom schwangeren Uterus her. Puppe fragt, ob Fink imstande sei, das Skrotalödem der Neugeborenen zu erklären. Borchardt: Wer sich mit der modernen Analyse des Ursachenbegriffs in der Pathologie einigermaßen vertraut gemacht hat, wird sich scheuen, eine einzige Ursache für ein Symptomenbild wie das Schwangerschaftsödem verantwortlich zu machen. Die Mannigfaltigkeit der Krankheitsbedingungen gilt vor allem auch für die Oedemfrage.

Ueber den neueren, sehr dankenswerten Erfahrungen, die uns gelehrt haben, kolloidchemische Einflüsse im Gewebe für die Oedembildung verantwortlich zu machen, dürfen die älteren gesicherten Tatsachen über die Entstehung der Oedeme nicht vergessen werden. Als eine der Bedingungen der Oedembildung ist die Kochsalzretention im Organismus zu erwähnen, die Borchardt in einem vor 10 Jahren in diesem Verein gehaltenen Vortrag bei Nephrosen (und zu diesen gehört die Schwangerschaftsniere) auf vermehrte Rückresorption des in den Glomeruli filtrierten NaCl durch die erkrankten Tubulusepithelien zurückführte. Auch die vermehrte Durchlässigkeit der Kapillarwandungen spielt eine gewisse Rolle bei der Oedembildung. Demnach dürfte die Bedeutung der Schilddrüse für die Entstehung der Oedeme doch wesentlich geringer sein, als Fink annimmt, insbesondere für die Fälle von Schwangerschaftsniere, da es sich hierbei um schwere Epithelschädigungen der erkrankten Niere auf toxischer Grundlage handelt.

Fink (Schlußwort): Puppe kann ich zu meinem Bedauern keine Aufklärung geben. Lepehne muß ich auf meine Ausführungen im Vortrag verweisen. Die Nierenbefunde bei Eklampsieleichen berechtigen nicht, die Nephropathie und Eklampsie als toxisch veranlaßt aufzufassen. Ich kann mir nicht vorstellen, daß Frauen, welche in wenigen Tagen von schwerer Eklampsie und Nephropathie genesen, auch nur annähernd so pathologisch veränderte Nieren in sich tragen, wie wir sie bei Eklampsieleichen sahen. Diese erheblichen und sehr differenten Nierenveränderungen sind wohl erst Produkte einer für Eklampsie typischen Agone.

(Verein f. wissenschaftl. Heilk. Königsberg, 7. 3. 21.)

Ein Fall von Diabetes insipidus aufluetischer Basis. Von Dr. H. Bergmann (Aus der dermatologischen Abteilung des Allg. Krankenhauses Barmbeck-Hamburg). Es handelt sich aller Wahrscheinlichkeit nach um einen Diabetes insipidus, der sich im Anschluß an eine antiluetische Behandlung eingestellt hat. Es steht zur Diskussion, ob es sich um eine Störung der inneren Sekretion der Hypophyse handelt, wobei entweder durch vermehrte Hormontwicklung oder durch Vermittlung des geschädigten Zentralnervensystems die Konzentrationsfähigkeit der Nieren herabgesetzt ist, andererseits, ob es sich lediglich um eine Nierenreizung handelt ohne Beteiligung der Hypophyse, oder ob es sich um eineluetische Basalmeningitis handelt, bei der Oppenheim in 12 seiner Fälle (d. i. 33%) Polyurie und -dipsie gefunden hat. Es ist eine medikamentöse Behandlung, sei es mit Pituitrin oder mit Hypophysin, nicht vorgenommen, auch keine Totalbestrahlung mit Quarzlampe.

Hingegen ließ man vom 3. Tage der Beobachtung ab, als die Urinmenge sehr hoch blieb und das spez. Gewicht 1005/6, sofort mit Schmierkur und Jodkaligaben einsetzen. Fälle von Diab. ins., einhergehend mit Lues, sind von vielen anderen bereits beschrieben. Antiluetische Behandlung hat meist zu Erfolg geführt, indessen sind auch Fälle publiziert, die nicht auf antiluetische Behandlung reagierten. Vorliegender Fall eines so plötzlich einsetzenden Diab. ins., der ebenso rasch wieder schwindet, gehört aber zu den Seltenheiten. Aus der Anamnese ist noch zu bemerken, daß Patientin als 12jähr. Mädchen schon einmal 8—14 Tage an starker Polyurie und -dipsie gelitten hat, so daß die Eltern an den Schullehrer ein Schreiben schickten, ihrer Tochter zu erlauben, während des Unterrichtes zu trinken und sie oft austreten zu lassen. Aertzliche Hilfe ist nicht in Anspruch genommen, Patientin habe sich auch nicht als erkrankt betrachtet. Indessen, es lassen sich zurzeit keine Schlüsse auf den ursächlichen Zusammenhang der gegenwärtigen und der 5 Jahre zurückliegenden Erscheinungen ziehen, wo die Symptome einer Basalmeningitis in den Hintergrund treten und auch kein Anhaltspunkt für eine seröse Meningitis vorhanden ist. Fälle von periodisch wiederkehrendem Diab. ins. sind nur beschrieben, wenn sie auf traumatischer Basis beruhten oder sich infolge einer Operation einstellten. Die umstrittene Aetiologie des Diab. ins. läßt es nicht zu, durchgreifende Behauptungen aufzustellen. Nahe liegt nur die Annahme, daß es sich im vorliegenden Falle um einen „hypophysären Typ von Meningitis“ auf luetischer Basis handelt, also um eine luetische Affektion des Zentralnervensystems im frühesten Stadium der Sekundärperiode (in der Altmann, Dreyfuß, Markus u. a. in der hohen Zahl von 80% bei syphilitisch Erkrankten bereits Gehirnaffektionen gefunden haben). Obiger Fall diene deshalb nur als Beitrag zur Kasuistik von Diab. ins. auf luetischer Grundlage, unter Berücksichtigung, daß die Harnruhr sich nach vollendeter 1. Neosalvarsan-HgCl₂-Kur als einziges Zeichen des sekundären Stadiums eingestellt hat und auf Jodkali-Schmierkur wieder zur Heilung gelangt ist.

(Derm. Wschr. 1921 Nr. 35.)

Diagnostisches.

Diagnostische Irrtümer infolge von vikariierender Menstruation sind nach San.-R. Dr. Sackur (Breslau) nichts Seltenes. Er gibt einige Beobachtungen zum besten. Es handelte sich um ein 26jähriges Mädchen, das im Anschluß an eine schwere, sich über 6 Wochen hinziehende Grippe schließlich noch an einem rechtsseitigen Pleuraempyem erkrankt war. Das Exsudat stand bis zur

Höhe der Mitte des Schulterblattes, die Temperaturen waren sehr hoch, Herzverdrängungserscheinungen begannen. Die alsbald am 20. 12. 1919 in Lokalanästhesie vorgenommene Rippenresektion und Eiterentleerung hatte prompt zum Abfall der Temperaturen und zu subjektivem Wohlbehagen geführt. Da begann am 6. Tage post op. das Fieber von neuem mit leichtem Schüttelfrost einzusetzen, die Temperatur erreichte abends 38,8°. Weder an der Operationswunde noch an den Brustorganen war ein Grund hierfür zu finden. Dagegen gab Pat. an, sie müsse seit gestern häufiger urinieren als bisher, auch sei jede Miktion mit Unbehagen und Brennen im Schoße verbunden. Ferner hätten sich in der rechten Lendengegend ziehende Schmerzen eingefunden. Der Urin war reichlich, hell und trübe, enthielt mäßige Mengen Albumen, reagierte alkalisch. Im Mikroskop viele rote, wenig weiße Blutkörperchen, mehrere granulierte und Blutzylinder! Wegen des immer quälender werdenden Harndranges wurden neben Urotropin Sitzbäder verordnet, die ungemein beruhigend wirkten. Pat. erhielt Milchdiät. 27. 12. Harndrang und Brennen beim Wasserlassen geringer. Abendtemperatur 38,2°. Rechte Niere vergrößert, druckempfindlich. Urin leicht rötlich gefärbt. Im Mikroskop viele Erythrozyten, wenige granulierte und Blutzylinder. 28. 12. Katheterurin tiefblutig, gleichmäßig gefärbt. Temperatur 37,3°. Massenhaft Erythrozyten, vereinzelte Zylinder. In den nächsten 2 Tagen hellte sich der Urin völlig auf. Journalnotiz vom 31. 12. Nachdem schon gestern die Temperatur unter 37° gefallen war, sind heute alle Krankheitszeichen von seiten des Harnapparates verschwunden. Harn sauer, zeigt noch Spuren von Eiweiß, im Mikroskop wenig Erythro-, vereinzelte Leukozyten, keine Zylinder. Rechte Niere nicht mehr vergrößert. — Das ganze Intermezzo von seiten des uropoëtischen Systems hatte also 5 Tage gedauert und war sofort wieder von normal fortschreitender Rekonvaleszenz gefolgt. Immerhin hatte Verf. die Hämaturie, die offenbar aus der rechten Niere stammte, nach dem schweren Verlauf der Grippe recht erschreckt, da er zuerst durchaus den Eindruck hatte, daß ein septisch-embolischer Prozeß, ein Niereninfarkt oder irgend sonst eine einseitige Nephrosenform vorliege. Dann war aber die weitere Prognose quoad restitutionem, ja sogar quoad vitam erheblich vorsichtiger zu stellen! In diesem Sinne fühlte Verf. sich damals verpflichtet, mit den Eltern der Pat. zu reden. Glücklicherweise konnte er später ihre Sorgen zerstreuen, wie der weitere Verlauf zeigen wird. Die nächsten Wochen verliefen ohne Besonderheiten. Das in der Thoraxwunde steckende Drain wurde in der üblichen Weise alle 4 bis 5 Tage gekürzt, konnte aber noch nicht ganz fortgelassen werden. Dagegen hob sich das Allgemeinbefinden der Pat., die längst das Bett verlassen

hatte, in erfreulicher Weise. Um so überraschender war es, als Pat. am 24. 1. 1920 abends plötzlich wieder einen Temperaturanstieg bis auf 39° zeigte, ohne daß an der Wunde oder an den Lungen irgendeine Störung nachweisbar gewesen wäre. Am nächsten Morgen zeigte sich jedoch, daß wieder blutiger Urin entleert wurde. Der Harndrang war dieses Mal weniger ausgesprochen. Dagegen bestanden heftige rechtsseitige Lendenschmerzen, deutliche Druckempfindlichkeit der vergrößerten rechten Niere. Im Urin Albumen, reichliche rote, wenig weiße Blutkörperchen, einzelne Zylinder. Die Attacke verlief ganz ähnlich wie das erste Mal. Schon am 3. Tage war die Temperatur wieder normal, während der Harn noch einige Tage länger Reste der stattgehabten Blutung zeigte. Beim Erscheinen von Blut im Harn war natürlich schon das erste Mal der Verdacht aufgetaucht, daß ihm Menstrualblut beigemischt sei. Er wurde alsbald dadurch entkräftet, daß die Harnentnahme mit dem Katheter geschah; außerdem zeigte das Mikroskop ja Zylinder. Jetzt aber zeigte die Betrachtung der Temperaturkurve auffallenderweise genau 4 Wochen Zwischenzeit zwischen den beiden Attacken fieberhafter Hämaturie. Dazu ergab die Befragung der Pat., daß die Menses, die sich vor der Grippeerkrankung ganz pünktlich alle 4 Wochen eingestellt hatten, seit Beginn der gesamten Erkrankung ausgeblieben und bisher nicht wieder aufgetreten waren, was ja in Anbetracht der schweren und erschöpfenden Krankheit an sich nicht wunderbar war. Immerhin wurde es nunmehr wahrscheinlich, daß die zweimal beobachtete einseitige Nierenblutung nichts anderes war als eine vikariierende Menstruation! Diese Annahme wurde durch den weiteren Verlauf vollkommen bestätigt. Denn noch 4 mal wiederholte sich — stets genau nach 4 Wochen — das Ansteigen der Temperatur unter gleichzeitigem Auftreten von Blut im Harn. Einmal, im April, war die Hämaturie stärker als je vorher. Am 2. und am 29. 5. traten dann nur noch eintägige Temperaturzacken auf, ohne daß Blut im Harn erschien, ebenso gegen Ende Juni, wo die Temperatur nur noch 38° erreichte. Im Juli endlich, nachdem die Empyemfistel längst geschlossen war, trat zum ersten Male wieder eine normale Genitalblutung ein, die sich von da ab in dem früheren regelmäßigen Typ wiederholte. —

Es besteht demnach wohl kein Zweifel, daß es sich um eine mehrere Monate wiederholte vikariierende Menstruation gehandelt hat, in dem an Stelle der Genitalblutung eine Blutausscheidung aus der rechten Niere auftrat. Für dieses Organ bedeutete das offenbar einen so starken Reiz, daß die typischen Erscheinungen der akuten Nierenentzündung im mikroskopischen Bilde zu Tage traten. Nur die Beschränkung auf eine Niere und die nur

wenige Tage dauernden Symptome unterschieden den Zustand von demjenigen, den wir bei der akuten hämorrhagischen Nephritis kennen. Die Blasensymptome, die zuerst die Aufmerksamkeit der Patientin erregten, müssen als Folge der durch die Blutbeimengung veränderten Qualität und Reaktion des Harnes angesehen werden.

Schlimme Folgen kann der gleiche Irrtum nach sich ziehen, wenn er nach Lage der Dinge zu aktiverem Vorgehen oder gar zur Vornahme einer Operation drängt! — So hätte im 2. Falle die irrtümliche Deutung des Zustandes beinahe zu einem operativen Eingriff geführt: Die 45jährige Stellenbesitzersfrau H. hat sich vor etwa 3 Jahren gelegentlich einer Hochwasserkatastrophe außer einem schweren Nervenschock eine heftige Erkältung zugezogen, da sie längere Zeit bis zu den Hüften im Wasser stehen mußte. Damals trat zuerst neben plötzlichem Versiegen der gerade stattfindenden Menstruation eine Anschwellung der linken Ohrspeicheldrüse auf, begleitet von hohem Fieber und von reißenden Schmerzen im Kopfe, die sich aber ohne besondere Behandlung wieder verlor. Seitdem schwillt aber alle 5—6 Wochen die Ohrspeicheldrüse an, und zwar manchmal die linke, manchmal die rechte. Stets dabei Schmerzen im Kopfe und Fieber. Zurzeit besteht dieser Zustand bereits 3 Wochen ununterbrochen, was die Patientin veranlaßt, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen; die Periode ist seit dem ersten Anfalle nicht mehr wiedergekehrt. Verf. fand die rechte Parotis in eine halbweiche, undeutlich fluktuierende Geschwulst von Walnußgröße verwandelt, über der die Haut bläulichrot verfärbt war. Die ganze Gegend war druckempfindlich, das Öffnen des Mundes wesentlich beeinträchtigt. An der linken Parotis fiel eine flache, markstückgroße, harte, narbige Verdichtung auf. Im Munde befanden sich außer wenigen Wurzelstümpfen kein Zahn, aber auch keine entzündlichen Prozesse. Hautfarbe gelblich. Temp. 38,6° (nachmittags). In der Annahme, daß eine Speichelretention durch Verlegung des Duct. Stenonianus — etwa infolge von Konkrementbildung — vorliege, bougierte Verf. den Gang mit feinsten Sonden. Mit einiger Mühe gelingt es zwar, den engen und etwas rauhen Gang zu passieren, jedoch ist weder ein Hindernis für die Speichelsekretion zu finden, noch letztere anzuregen möglich. Unter symptomatischer, expektativer Behandlung bildete sich der ganze Zustand im Laufe der nächsten 10 bis 12 Tage zur Norm zurück, nachdem bereits wegen des quälenden Allgemeinbefindens ein operativer Eingriff in Erwägung gezogen worden war. Dieser wäre beim nächsten Rezidiv auch sicher zur Ausführung gekommen, wenn nicht eine gleichzeitig auftretende, mäßige Darmblutung, die mehrere Tage anhielt, den Verdacht auf das Bestehen einer vikariierenden Menstruation gelenkt hätte.

Die Patientin erinnerte sich nämlich, daß auch die Darmblutung vor längerer Zeit einmal — gleichzeitig mit der Parotisschwellung — stattgefunden hatte, und daß die spezialärztliche rektoskopische Untersuchung keinen krankhaften Zustand des unteren Darmabschnittes hatte erkennen lassen. Die Rekonstruktion des gesamten Krankheitsbildes ergab nun so regelmäßige, gesunde Intervalle zwischen den einzelnen Attacken, daß sich, zusammengenommen mit der Tatsache, daß die Menses seit der Hochwasserkatastrophe zessiert hatten, ohne weiteres der wahre Tatbestand der Erkenntnis aufdrängte. Statt der normalen Genitalblutungen hatten eben Blutaustritte in den Darm und in die Ohrspeicheldrüsen stattgefunden. Eine Bestätigung erfuhr der Verdacht dadurch, daß, nachdem noch mehrere Wiederholungen der geschilderten Attacke aufgetreten waren, nach etwa einem halben Jahre die normalen Menses im früheren Typ wieder auftraten und gleichzeitig unter Hebung des Allgemeinbefindens alle Erscheinungen von seiten der Parotis und des Darmes ausblieben. —

Noch komplizierter liegen die Verhältnisse, wenn für die an Stelle der Menstruation auftretenden Blutungen eine organische behandlungsbedürftige Ursache zu bestehen scheint. In einem dritten Falle nämlich waren es ebenfalls ziemlich profuse Darmblutungen, die die Patientin zu Verf. führten. Bei der 33jährigen Kaufmannsgattin traten ganz plötzlich und ohne Beschwerden, die etwa auf das Vorhandensein von Hämorrhoiden oder von Darmgeschwüren hätten hinweisen können, starke Blutabgänge aus dem After ein, die bereits seit 3 Tagen anhielten. Der Hausarzt hatte eine Spiegeluntersuchung des Mastdarmes für nötig erachtet, die jedoch von der Patientin einige Tage hinausgeschoben worden war, weil sie die Beendigung der gleichzeitig bestehenden ziemlich schwachen Menstruation abwarten wollte. So kam es, daß, als sie erst am 4. Tage der alarmierenden Erscheinung wieder zu Verf. kam, nur noch geringe Spuren der Darmblutung nachweisbar waren. Die Rektoskopie zeigte in Höhe von 22 cm oberhalb des Anus einen kurzen, breitbasig aufsitzenden Polypen der seitlichen Darmschleimhaut, der natürlich als die Ursache der Darmblutung angesehen wurde. Zu der vorgeschlagenen galvanokaustischen Abtragung konnte sich die Patientin nicht entschließen. Jedoch erschien sie pünktlich nach 4 Wochen wieder, um zu melden, daß sie wieder aus dem Darm zu bluten begonnen habe und nunmehr bereit sei, sich operieren zu lassen. Der Umstand, daß auch jetzt wieder die Menses — ziemlich schwach — gleichzeitig mit der Darmblutung eingetreten waren, gab Verf. Veranlassung, jetzt seinerseits den Eingriff aufzuschieben, weil es fraglich geworden war, ob nicht doch der Polyp ganz unschuldig sei und nicht viel-

mehr ein Zusammenhang zwischen Menstruation und Darmblutung bestehe. Der weitere Verlauf zeigte zur Evidenz, daß es sich in der Tat um eine Form der komplementären Menstruation handelte, die nach etwa dreivierteljährigem Bestehen wieder von normalen Menses abgelöst wurde. Die Erkennung des Zustandes ließ zugleich die Ausführung der vorgeschlagenen Operation als überflüssig und vermutlich erfolglos erscheinen, so daß darauf verzichtet werden konnte. — Gab hier die Gleichzeitigkeit von Genital- und Darmblutung einen Fingerzeig, wie die letztere trotz des anscheinend positiven rektoskopischen Befundes zu beurteilen sei, so erinnert Verf. sich doch auch eines zweiten Falles von Blutabgang aus dem Darne, der lange unklar blieb, bevor er als vikariierende Menstruation erkannt wurde, weil sich bei der heruntergekommenen anämischen und nebenher tuberkulösen Patientin keiner der behandelnden Aerzte darüber wunderte, daß die Menses zessierten, ohne daß man auf die Idee gekommen wäre, daß sie durch die Darmblutungen ersetzt würden. Auch bei den relativ häufigen und auch von Verf. in 2 Fällen beobachteten vikariierenden Menstruationsblutungen aus einer der beiden Brustwarzen kann leicht einmal der Verdacht auf Bestehen eines bösartigen Tumors auftreten. Immerhin ist diese Form der vikariierenden Menstruation so bekannt, daß wohl in jedem Falle an ihr Bestehen gedacht werden dürfte. Ueberhaupt ist das Punctum saliens hier wie auch sonst in der Diagnostik, daran zu denken, daß Ersatzblutungen für die monatlichen Genitalblutungen vorkommen, die im allgemeinen harmloser Natur sind und evtl. durch Anamnese oder durch Abwarten der nächsten 4 Wochen sichergestellt werden können. Andernfalls riskiert man, einmal eine schwerere oder gar verstümmelnde Operation vorzuschlagen und auszuführen, die mindestens überflüssig, mitunter gefährlich, jedenfalls aber erfolglos sein würde. Man wird also das Postulat aufstellen dürfen, daß der Arzt in jedem Falle einer schwer deutbaren Blutung, die nicht aus dem Genitale erfolgt, sich genau über die Periode der Patientin informieren muß.

(B. Kl. W. 1921 Nr. 26.)

Frühsymptome des Uteruskarzinoms sind nach Zweifel (Leipzig) folgende:

1. Knötchen an der Portio vaginalis, die beim Anstechen sich nicht als Folikulärzysten erweisen.

2. Erosionen, die bei leichter Berührung bluten und nicht in kürzester Zeit heilen oder von vornherein verdächtig aussehen.

In beiden Fällen muß baldmöglichst eine Probeexzision vorgenommen und mikroskopisch untersucht werden.

3. Jucken an den äußeren Genitalien ist ein verdächtiges Zeichen, das erhöhte Aufmerksamkeit erfordert.

4. Blutungen post cohabitationem.

5. Alle postklimakterischen Genitalblutungen sind sofort als höchst verdächtig anzusehen.

6. Keine unregelmäßige Blutung, auch in der fruchtbaren Lebenszeit, darf leicht genommen und ohne Untersuchung behandelt werden.

7. Selbst eitrige Ausflüsse können das erste Symptom eines Karzinoms sein und sind lange Zeit beim Korpuskarzinom das einzige Zeichen. (Zbl. f. Gynäkol. 1921 Nr. 32.)

Die Bedeutung der Lagerung für die Lungenuntersuchung.
 Von Prof. Wilhelm Hildebrandt in Freiburg i. Br. Die irrige Annahme, daß die Röntgenuntersuchung der Lungen den anderen physikalischen Untersuchungsarten grundsätzlich überlegen sei, hat sehr zu Unrecht vielfach zu einer Vernachlässigung dieser altbewährten Methoden geführt. Wie jeder erfahrene Lungenarzt weiß, läßt die Röntgenuntersuchung bei einer klinisch sichergestellten Lungenerkrankung gar nicht so selten im Stich. Daß den physikalischen Methoden vielfach Mißtrauen entgegengebracht wird im Gegensatz zu der anscheinend so eindeutigen Röntgenplatte, möchte Verf. in erster Linie darauf zurückführen, daß mancher Arzt die Technik der Untersuchung nicht beherrscht. Vor allem bei der Perkussion kommt es auf so viel unscheinbare Einzelheiten an, daß für den nicht ausreichend Geübten die Zahl der Täuschungsquellen eine erschreckend große ist. Ohne einzugehen auf die Täuschungen, welche von dem klopfenden und von dem beklopfen Finger ausgehen können, nennt Verf. in erster Linie die Verbiegungen der Wirbelsäule, welche selbst in ihren leichtesten Formen auf die Schallverhältnisse der Lungenspitzen entscheidenden Einfluß ausüben können. Maßgebend ist dabei die mit der Skoliose verbundene veränderte Wölbung der Rippen, wobei eine vermehrte Wölbung bekanntermaßen im Sinne einer Schallabschwächung wirkt, während eine flacher verlaufene Rippe den Lungenschall voller und lauter erscheinen läßt. Andersartige Unregelmäßigkeiten der Rippen und des Brustbeines machen ihren Einfluß in derselben Richtung geltend, ebenso Unregelmäßigkeiten in der Verteilung der Muskulatur, wie z. B. einseitiges Fehlen des großen Brustmuskels; Geschwülste und andere Unregelmäßigkeiten der Brustwand wirken entsprechend. Wichtiger als diese bekannten Dinge, weil häufiger unbeachtet gelassen, ist der wechselnde Spannungszustand der an sich normalen und symmetrischen Muskulatur. Verf. hat schon darauf hingewiesen, daß wechselnde Spannung

des großen Brustmuskels sehr oft als Täuschungsquelle bei der Perkussion in Betracht kommt; er empfahl deshalb, stets auch in Rückenlage zu perkutieren, weil dabei die großen Brustmuskeln durch den Zug der auf die Unterlage zurücksinkenden Oberarme und Schultern leicht und gleichmäßig passiv gedehnt sind und auf diese Weise ungewollte Schwankungen im Spannungszustand dieser Muskeln vermieden werden. Weit größere Schwierigkeiten als die Perkussion der vorderen und der vorderen-oberen Lungenteile bietet erfahrungsgemäß das Beklopfen der hinteren oberen Teile. Hier sind die starke, vielschichtige Muskulatur, die hier stärker gewölbten, dickeren und weniger biegsamen Teile der Rippen und endlich vor allem die im Stehen und Sitzen häufiger halbwillkürlichen und unwillkürlichen Bewegungen des Schultergürtels wichtige Täuschungsquellen für Perkussion und Auskultation. Das Hochziehen der Schultern während der Untersuchung ist eine häufige Untugend der Kranken. Wie manche „Spitzendämpfung“, einseitig oder gar doppelseitig, ist ihr zuzuschreiben! Und dabei kann man diese falschen Dämpfungen mit leichter Mühe zum Verschwinden bringen, wenn man, hinter dem Untersuchten stehend, die symmetrisch angelegten Hände, unter mäßigem Druck dem Trapeziusrande folgend, vom Nacken zu den Schultern gleiten läßt. Diese Täuschungsquellen ebenso wie alle Folgen einer vorübergehend eingenommenen schiefen Haltung der Wirbelsäule sind durch eine entsprechende Lagerung zu vermeiden. Verf. lagert die Kranken auf ein kopfwärts ansteigendes Untersuchungssofa in der Weise, daß Kopf und Hals, dessen oberen Rand überragend, frei herabhängen; die Arme werden zwanglos längs dem Körper gelegt, die Handflächen schauen nach oben. In dieser Lage bietet sich der Brustkorb mit der Wirbelsäule sehr gut jeder Untersuchung, einschließlich der Inspektion, dar, so daß man vielfach das Spiel des Zwerchfells ebensogut auf dem Rücken verfolgen kann wie vorn. Für die vergleichende Perkussion erscheint diese Brustlage mit hängendem Kopf außerordentlich vorteilhaft. Es ist erstaunlich, mit welcher Deutlichkeit selbst geringste Spitzendämpfungen bei dieser Lagerung hervortreten, wie gut vor allem die hinteren unteren Teile der Lungen — die Stiefkinder der Perkussion! — der Untersuchung zugänglich werden. Die großen Muskelmassen, welche sich an das Schulterblatt ansetzen und die Perkussion des Rückens für den Untersuchenden oft zur Qual machen, legen sich dem Brustkorb in einer Weise an, daß sie gar nicht mehr störend wirken. Bisweilen kann es vorteilhaft sein, die Arme mehr oder minder weit vom Körper abhalten oder gar kopfwärts legen zu lassen, um ein möglichst flaches Anliegen der Muskeln zu erzielen. Die Mannigfaltigkeit der Brustkorbformen bringt es mit sich, daß die Brustlage mit

hängendem Kopf nicht in jedem Falle den erstrebten Vorteil bieten kann; man untersucht gegebenenfalls die hinteren oberen Lungenteile besser im Stehen oder Sitzen mit frei vornüberhängendem Kopf und schlaff herabhängenden Schultern. In gleicher Weise wie die Perkussion kann auch die Auskultation der Lungen aus der Brustlage mit hängendem Kopf weitgehenden Nutzen ziehen. Die sonst häufigen, lästigen muskulären Nebengeräusche in den Ober-schulterblattgehenden lassen sich so ausschalten. Mit dem gleichbleibenden Spannungszustand der Muskeln ist es eher möglich, die Stärke des Atmungsgeräusches rechts und links zu vergleichen, als wenn während der Untersuchung bald dieser, bald jener Muskel sich ein wenig zusammenzieht und bei seiner Zusammenziehung das Hörrohr oft sehr wesentlich von der zu untersuchenden Stelle der Lunge entfernt, dabei Abschwächung des Atmungsgeräusches vortäuschend. Die Lungenuntersuchung in Brustlage mit hängendem Kopf würde selbst bei langdauernden Untersuchungen nicht als lästig empfunden und beeinträchtigt, was das wichtigste ist, die Ausgiebigkeit der Atmung nicht; ja, Verf. hat den Eindruck, daß hinsichtlich der Atmungstiefe diese Lagerung sogar Vorteile bietet: die Lüftung der hinteren Lungenteile ist gewöhnlich oben wie unten besser als im Stehen oder Sitzen. (M. m. W. 1921 Nr. 28.)

Krankheitsbilder.

Herpes labialis epidemicus. Von Dr. Karl Mayer (Aus der Oto-Laryngologischen Klinik in Basel). „Doerr und Schnabel haben nachgewiesen, daß der Herpes labialis et corneae beim Menschen durch einen spezifischen Erreger hervorgerufen wird, der auf Tiere übertragen werden kann und der wahrscheinlich identisch ist mit dem Erreger der Encephalitis lethargica. Es handelt sich offenbar um eine Infektionskrankheit sui generis, mit allen Charakteristika einer solchen. Nun ist es seltsam, daß von dieser Infektionskrankheit nur die eine Erscheinungsform, die Enzephalitis, epidemisch auftritt, während Herpeserkrankungen nur vereinzelt, oft in Verbindung mit Pneumonie, Meningitis oder ähnlichen Erkrankungen beobachtet werden. Und doch wären nach Doerr und Schnabel alle Vorraussetzungen für eine epidemische Ausbreitung gegeben: der Inhalt der Herpesbläschen ist virulent, erzeugt auf Tieren Herpes; es gibt Keimträger, die ständig im Speichel virulente Erreger ausscheiden. Die genannten Autoren weisen auf eine Arbeit von Zimmerlin aus dem Jahre 1883 hin, in der eine Herpesepidemie im Basler Bürgerspital beschrieben wird. Jenesmal wurden in der Zeit von 3 Monaten 30 Fälle von Herpes labialis beobachtet; es handelte sich ausschließlich um In-

sassen oder Pflegepersonal des Frauenflügels. Die Insassen des angebauten Männerflügels blieben verschont. Teils ging der Herpes mit Erkrankung des Respirationstraktus einher, teils ohne jede Neben- oder Allgemeinerscheinungen. In der zweiten Hälfte des Monats Juli 1921 hatte ich Gelegenheit, im Militärdienst als Arzt eines Bataillons eine Reihe von Herpesfällen zu beobachten, deren Auftreten noch viel mehr den Charakter einer Epidemie zeigte, als die von Z i m m e r l i n beschriebenen. Das mit stark reduzierten Beständen eingerückte Bataillon bezog Kantonnements in einer Kaserne. Je eine Kompanie in der Stärke von 60—70 Mann war in einem großen Saal untergebracht, die Offiziere jeder Kompanie in einem gemeinsamen Zimmer. 3 Tage nach dem Einrücken bemerkte ich bei einem Offizier auf der Unterlippe in Gruppen gestellte, gelblich durchschimmernde Bläschen; irgendwelche subjektive Beschwerden bestanden nicht, die Temperatur war normal. Tags darauf zeigten zwei weitere Offiziere, die das nämliche Zimmer bewohnten, ganz die gleiche Eruption, ebenfalls an der Unterlippe. In den nächsten Tagen traten bei sämtlichen Offizieren dieses Zimmers, mit Ausnahme eines einzigen, im ganzen bei fünf, teils an der Ober-, teils an der Unterlippe typische Herpeseruptionen auf. Inzwischen war auch eine ganze Anzahl Soldaten der gleichen Kompanie von der Affektion befallen worden. Die meisten klagten über Brennen auf den Lippen, insbesondere bei der Nahrungsaufnahme, zeigten aber sonst keinerlei Krankheitserscheinungen. Die Temperatur blieb unter 37° ; einige wenige klagten über Müdigkeitsgefühl, was aber bei den äußern Umständen nicht viel besagen will. Jedenfalls mußte kein einziger vom Dienst dispensiert werden. Die Eruptionen zeigten den gleichen Charakter wie beim Herpes, der bei Infektionskrankheiten oder bei menstruirenden Frauen beobachtet wird. Die Bläschen waren in ein bis zwei Gruppen von $\frac{1}{2}$ bis $1\frac{1}{2}$ cm Ausdehnung angeordnet, saßen meist auf der Unterlippe, seltener auf der Oberlippe, und zwar teils auf der äußern Haut, teils auf dem Lippenrot, bald an der rechten, bald an der linken Seite. Ein einziges Mal beobachtete ich Bläschen auf der Schleimhaut an der Innenfläche der Unterlippe, nahe dem Frenulum. Nach 2—4 Tagen bildeten sich Krusten; nach 6—8 Tagen war die Affektion ohne Therapie spurlos verschwunden. Die Epidemie zog sich über die Dauer des Wiederholungskurses (13 Tage) hin; die meisten Fälle beobachtete ich zu Beginn der 2. Woche. Bei der Entlassung bestanden noch bei einigen Krusten. Im ganzen wurden von den ca. 70 Mann der Kompanie 30 Soldaten und Offiziere befallen. In den vier andern Kompanien kam kein einziger Fall zur Beobachtung. Es handelte sich also um eine Epidemie von durchaus gutartigem Charakter, die ohne

Allgemeinerscheinungen einherging. Auffällig war, daß sie beschränkt blieb auf die Angehörigen eines einzigen Truppenteils. Die Soldaten dieser Kompagnie schliefen alle im gleichen Saal, bezogen aber das Essen aus einer dem ganzen Bataillon gemeinsamen Küche. Auch die Offiziere dieser Kompagnie schliefen alle in einem gemeinsamen Zimmer, aßen aber am gleichen Tisch mit den übrigen Offizieren; von diesen erkrankte kein einziger. Leider gestatteten es die äußeren Umstände nicht, genauere Erhebungen über den Infektionsweg anzustellen; auch bakteriologische Untersuchungen konnten nicht vorgenommen werden. Aber auch so bietet die Epidemie Interesse, als Illustration zu den Arbeiten von Doerr und Schnabel, nach denen ein solches gehäuftes Vorkommen von Herpes labialis bei bestimmten Virulenzverhältnissen noch häufiger zu erwarten ist.“ (Schweiz. Med. Wschr. 1921 Nr. 30.)

Periodisches Erbrechen der Kinder mit Azetonämie. Von W. Knöpfelmacher. Das periodische Erbrechen mit Azetonurie ist ein eigenartiges Krankheitsbild, dessen Pathogenese noch nicht genügend erforscht ist. Es handelt sich meist um Kinder von 3—8 Jahren. Das erste Kardinalsymptom ist das periodisch auftretende, gehäufte (10—50 mal in 24 Stunden), mühelose, stürmische Erbrechen ohne vorhergehende Nausea. Das 2. Symptom ist die Ausscheidung der Azetonkörper durch Atmung und Harn. Die Kinder verfallen rapide, sind apathisch bei vollkommen klarem Bewußtsein, der Puls ist klein und beschleunigt, die Harnsekretion vermindert, der Stuhl angehalten. Meist stammen die Kinder aus neuropathischen oder mit Konstitutionskrankheiten behafteten Familien. (W. m. W. 1921 Nr. 26.)

Idiopathische Blutungen in Haut und Schleimhaut bei Säuglingen und Kleinkindern. Von L. F. Meyer und E. Nassau (Berlin). Beschreibung kleiner, punktförmiger, nicht selten rezidivierender Blutungen, die wenige Tage nach ihrem Auftreten verschwinden und zumeist im Gesicht, Hals, Mund und Augen lokalisiert sind. Dabei wird häufig Hämaturie beobachtet. Die Blutungen stehen in engem Zusammenhang mit Infekten, wobei sie meist dem Infekt kurze Zeit vorauszu gehen pflegen. Pathogenetisch ist bedeutsam, daß diese Blutungen sich um die Halbjahreswende häufen, zu derselben Zeit, in der die Insuffizienzerkrankungen, wie Barlow, Rachitis, Tetanie, Anämie, auftreten. Für die Auffassung der Blutungen als Ausdruck einer Insuffizienz spricht auch der wiederholt beobachtete Uebergang zum Morbus Barlow, als dessen abortive Formen die Blutungen gedeutet werden. Prophylaktisch wird antibarlowsche Kost empfohlen.

(Jb. f. Kindhlkd. 94 H. 6.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Die Indikationsstellung zur Operation der Appendizitis am ersten Tage. Von A. Krecke in München. Autor schreibt: „Ueber das Schicksal eines Appendizitiskranken entscheidet im allgemeinen der erste Tag. Ist der behandelnde Arzt sich seiner Verantwortlichkeit voll bewußt und ist er auf Grund seiner Erfahrung in der Lage zu beurteilen, ob die Blinddarmentzündung voraussichtlich einen günstigen oder ungünstigen Verlauf nehmen wird, so wird er dem Kranken den richtigen Rat über die Notwendigkeit des operativen Eingriffes erteilen und damit dem Kranken die Sicherheit geben, daß er in kürzester Zeit wieder gesund ist. In der Stadt, wo chirurgische Hilfe jederzeit zur Stelle ist, kann die Entscheidung unter Umständen bis zum zweiten Tage hinausgeschoben werden. Auf dem Lande aber, wo der Facharzt nicht gleich zur Stelle ist, und wo vielleicht ein Transport von langer Dauer notwendig ist, muß die Entscheidung, ob Operation oder Abwarten, unbedingt am ersten Tage getroffen werden. Der behandelnde Arzt darf es nicht soweit kommen lassen, daß er am zweiten Tage durch eine plötzliche Verschlechterung des Allgemeinbefindens überrascht wird, und daß nun Hals über Kopf die chirurgische Hilfe in Anspruch genommen werden muß. Diese Ausführungen gelten natürlich nur für die Fälle, in denen der Arzt am ersten Tage zugezogen wird. Ueber die Indikation an den späteren Tagen wird ein anderes Mal zu reden sein. In vielen ärztlichen Kreisen herrscht noch die Meinung, daß die Blinddarmentzündung ganz plötzlich eine Wendung zum Schlimmeren nehmen könne. Viele Aerzte glauben, daß nach harmlosem anfänglichem Verlauf ganz plötzlich eine Perforation eintreten und Arzt und Kranken in gleicher Weise unangenehm überraschen könne. Dieser Anschauung muß entschieden entgegengetreten werden. Wohl gibt es Fälle von Appendizitis, die gleich am ersten Tage unter schwersten Erscheinungen beginnen und deren Schwere wohl von keinem einigermaßen erfahrenen Arzte verkannt wird. Wenn aber erzählt wird, daß nach anfänglich gutartigem Verlauf ganz plötzlich die Erscheinungen der Perforation eingetreten seien, so glaube ich das im allgemeinen nicht, und ich habe Grund zu der Annahme, daß in solchen Fällen die anfänglichen alarmierenden Symptome, die auf die Schwere des Falles und das Drohen der Perforation hätten hinweisen sollen, übersehen worden sind. Wissen wir doch alle, wie Patienten mit schwerer brandiger Appendizitis oft über keinerlei Schmerzen klagen, wie sie ganz vergnügt in ihrem Bette liegen und den Wunsch haben aufzustehen. Ich denke immer an eine

ältere Patientin, der ich am Abend die Operation dringend empfohlen hatte, und die durchaus darauf bestand, daß noch bis zum nächsten Morgen zugewartet werden solle. Am nächsten Morgen glaubte die Patientin bestimmt, daß sie völlig gesund und daß eine Operation überflüssig sei; die Bauchdeckenspannung in der rechten Seite belehrte mich aber, daß der Fall nach wie vor als ein schwerer anzusehen sei, und die alsbald vorgenommene Operation förderte einen zur Hälfte gangränösen Wurmfortsatz zutage. In meiner Erinnerung steht weiter immer noch ein älterer Herr, der auf der Eisenbahnfahrt von Berlin nach Tutzing unter schweren Magen- und Darmerscheinungen erkrankt war und bei dem ich nach 6 Stunden eine ausgesprochene Bauchdeckenspannung in der rechten Darmbeingrube bei verhältnismäßig gutem Allgemeinbefinden feststellen konnte. Ich brachte den Patienten mit der Bahn von Tutzing nach München. Er weigerte sich, den Sanitätswagen zu besteigen, ging vom Zug zu Fuß zu dem Auto und stieg in meiner Anstalt vergnügt die zwei Treppen hinauf. Die sofort vorgenommene Operation zeigte eine fast völlig brandige Appendix. Hätte ich in beiden Fällen auf Grund mangelhafter Berücksichtigung der entsprechenden Erscheinungen und in Anbetracht des günstigen subjektiven Befindens bis zum nächsten Tage gewartet, so wäre ich zweifellos durch die Perforation und die allgemeine Peritonitis überrascht worden und hätte dann auch vielleicht gesagt, daß kein Symptom vorhanden gewesen sei, das auf die Schwere der Erkrankung hingewiesen hätte. Wir dürfen mit voller Sicherheit behaupten, daß die schweren Formen der Appendizitis von Anfang an mit unbedingter Sicherheit zu erkennen sind. Die Zeichen der schweren Fälle sind immer so bestimmt ausgesprochen, daß bei einiger Erfahrung es gelingen muß, in jedem Falle von Anfang an zu sagen, ob er ein schwerer oder ein leichter ist, d. h. ob er eine Operation erfordert oder nicht. Im allgemeinen stehen wir heute auf dem Standpunkt, daß wir jeden Fall von Blinddarmentzündung unbedingt als operationsbedürftig erklären. Es gibt aber gewisse Verhältnisse, die es ratsam erscheinen lassen, die Operation, wenn es nicht unbedingt nötig ist, hinauszuschieben. Setzen wir den Fall, es erkrankt jemand im Gebirge in einer Schutzhütte unter den Zeichen der Appendizitis, so wird man den schwierigen Transport ins Tal nur dann für unbedingt notwendig erklären, wenn man überzeugt ist, daß der Verlauf am nächsten Tage eine schlimme Wendung nehmen wird. Kann man aber aus den Erscheinungen schließen, daß mit großer Wahrscheinlichkeit am nächsten Tage die Erscheinungen zurückgehen werden, so wird man den Patienten an Ort und Stelle belassen und erst nach Besserung des Befindens den Transport veranlassen.

Um über die Schwere eines Appendizitisfalles eine sichere Entscheidung zu treffen, müssen wir die sämtlichen in Betracht kommenden Erscheinungen auf das sorgfältigste berücksichtigen. Zu diesen Erscheinungen gehören: 1. die Bauchdeckenspannung, 2. die Pulszahl, 3. das Erbrechen, 4. die Temperatur, 5. die subjektiven Schmerzen, 6. der Druckschmerz, 7. die Leukozytenzahl. Das zuverlässigste Zeichen für die Schwere der Appendizitis ist die Bauchdeckenspannung. Wo Bauchdeckenspannung vorhanden ist, muß unbedingt sofort operiert werden. Auf diesen einfachen Satz, dessen Wichtigkeit wir schon seit mehr als 15 Jahren betonen, kann nicht eindringlich genug immer von neuem hingewiesen werden. So anerkennenswert die Sorgfalt der Aerzte bei der Beurteilung der Appendizitisfälle geworden ist, so erlebt man doch immer wieder Krankheitsfälle, bei denen der Arzt die Bauchdeckenspannung übersehen hat. Jeder Arzt hat die Pflicht, sich mit der Untersuchung auf Bauchdeckenspannung wohl vertraut zu machen und sorgfältig bei jedem Patienten die entsprechende Untersuchung vorzunehmen. Im Grunde genommen ist die Untersuchung eine furchtbar einfache. Ich weiß aber aus eigener Erfahrung, wie schwer es mir geworden ist, im Anfang meiner Tätigkeit die Bauchdeckenspannung mit Sicherheit zu erkennen. Ich denke immer noch mit den unangenehmsten Empfindungen an eine junge Dame, die ich während einer Vertretung als junger Arzt in Behandlung bekam und die über die heftigsten Schmerzen im Leib klagte. Ich fand den Leib ganz flach, den Puls ruhig und nach meiner Ansicht kein bedrohliches Symptom. Am andern Tage waren die ausgesprochenen Zeichen der allgemeinen Bauchfellentzündung da, und die Kranke ging schnell an peritonealer Infektion zugrunde. Es war die Zeit, wo man noch keine Blinddarmentzündung operierte und wo also mein Uebersehen vielleicht nicht unmittelbar für den ungünstigen Ausgang entscheidend war. Die Diagnose und Prognose hätte ich aber in besserer Weise stellen müssen, denn ich bin fest überzeugt, daß die Bauchdeckenspannung schon am ersten Tage vorhanden war. Zur Erkennung der Bauchdeckenspannung ist es das Beste, zunächst diejenigen Teile der Bauchwand abzutasten, die voraussichtlich frei von Spannung sind. Bei Verdacht auf Appendizitis sind das besonders die Teile oberhalb des Nabels, abgesehen natürlich von den Fällen, bei denen die Peritonitis schon den ganzen Bauch ergriffen hat. Es ist notwendig, daß der Patient dazu ganz flach liegt und alle Muskeln möglichst erschlafft. Man tastet dann das Epigastrium ab und gewinnt hier einen Anhaltspunkt über das gewöhnliche Verhalten der Bauchmuskeln. Von da aus geht man in die linke Darmbeingrube und tastet sich dann weiter ganz allmählich an die rechte Darmbeingrube heran.

Jeder Unterschied in der Spannung muß dann sofort bemerkbar werden. Hat man dann noch irgendeinen Zweifel, so legt man die linke Hand auf die rechte Darmbeingrube und die rechte Hand auf die linke Darmbeingrube und prüft den Widerstand zu gleicher Zeit: ein Unterschied in den Spannungsverhältnissen kann dann auf keinen Fall unbemerkt bleiben. Diese Untersuchungsmethode führt immer zum Ziele, besonders auch bei Kindern, auch bei ganz kleinen, bei denen die Erkennung der Bauchdeckenspannung schon eine besondere Übung erfordert, aber auch in allen Fällen ermöglicht werden muß. Bei schreienden Kindern muß man sich nur mit viel Geduld bemühen, eine Schreipause abzuwarten: der gespannte Bezirk wird sich dann bestimmt erkennen lassen. Fehlt die Bauchdeckenspannung, und hat man, worauf wir noch später zurückkommen werden, Anlaß zu der Vermutung, daß es sich doch um eine schwere Appendizitis handelt, so versäume man auf keinen Fall die Prüfung der Bauchdeckenspannung an der hinteren Bauchwand. Wenn nämlich eine schwerkranke Appendix nicht der vorderen, sondern der hinteren Bauchwand nahe liegt, so wird sich, worauf Drachter hingewiesen hat, die Spannung an der hinteren Bauchwand zeigen, und man kann dann aus diesem Symptom nicht nur auf die Schwere der Appendizitis, sondern auch auf die Lage des Wurmfortsatzes schließen. Es sei nochmals ausdrücklich wiederholt: ‚Das Vorhandensein der Bauchdeckenspannung am ersten Tage ist eine unbedingte Anzeige zur sofortigen Operation.‘ Der Arzt, der diesen Satz sich immer gegenwärtig hält, wird nicht nur eine richtige Diagnose stellen, sondern wird sich selbst gegen unangenehme Ueberraschungen und den Patienten gegen schwere Gefahren schützen. Gegenüber der Bauchdeckenspannung stehen alle anderen Zeichen der Appendizitis an Bedeutung zurück. Zum mindesten am ersten Tag. Für das bedeutungsvollste Symptom nächst der Bauchdeckenspannung möchte ich noch das wiederholte Erbrechen erklären. Man darf sagen, daß das initiale wiederholte Erbrechen immer ein sehr verdächtiges Zeichen ist und jeden Arzt zur größten Vorsicht mahnen soll. Für mich ist das wiederholte initiale Erbrechen eine unbedingte Anzeige zur sofortigen Operation. Bei Vorhandensein des Erbrechens lasse man sich durch das verhältnismäßig günstige sonstige Befinden nicht täuschen. Das wiederholte Erbrechen zeigt stets eine beträchtliche Reizung der Serosa an, der in den meisten Fällen am nächsten Tage eine Peritonitis folgt. Eine hochgradige Druckempfindlichkeit der rechten Darmbeingrube ist stets ein sehr verdächtiges Symptom. Ist sie so hochgradig, daß der Patient auch bei der leisesten Berührung zusammenzuckt, so ist sie ein sicheres Zeichen für einen schweren Prozeß. Fast

immer wird in solchen Fällen auch eine deutliche Bauchdecken-
spannung vorhanden und damit die Indikation zur sofortigen
Operation gegeben sein. Man lasse sich aber nicht täuschen, wenn
in den ersten Tagen die Druckempfindlichkeit der rechten Darm-
beingrube eine geringe ist. Ich habe mit sehr erfahrenen
Kollegen nicht wenige Fälle erlebt, bei denen am ersten Tage
trotz der später nachgewiesenen brandigen Appendix kaum eine
Druckempfindlichkeit der rechten Darmbeingrube nachweisbar
war. Wohl aber bestand in allen diesen Fällen eine deutliche
Bauchdeckenspannung, die über die Schwere der Erkrankung
keinen Zweifel ließ. Sehr heftige subjektive Schmerzen sind
immer ein außerordentlich wichtiges Symptom. Ist der Kranke dem
Arzt von früher her bekannt und zeigt er ganz außerordentliche
Schmerzäußerungen, so soll der Arzt immer einen schweren Prozeß
annehmen. Ist neben diesen subjektiven heftigen Schmerzäußerungen
noch eins der übrigen Zeichen positiv, so schreite man sofort zur
Operation. Eine bedeutende Steigerung der Pulszahl ist bei schweren
Fällen von Appendizitis am ersten Tage nicht immer vorhanden.
Wer sich am ersten Tage auf den Puls verläßt und sagt: ‚Bei
einem Puls von 72 kann unmöglich ein beträchtlicher entzünd-
licher Prozeß in der Bauchhöhle vorhanden sein‘, der wird in der
Behandlung der Appendizitis keinen guten Erfolg haben und wird
am zweiten oder dritten Tage häufig von bedenklichen Erscheinungen
überrascht werden. Gerade der langsame Puls hat so und so oft
zur Verschiebung der Operation Anlaß gegeben, wenn auch die
übrigen Zeichen deutlich einen peritonitischen Prozeß hätten er-
kennen lassen. Wir wissen heute, daß die allgemeine Peritonitis,
zumal bei der Appendizitis, während des ersten Tages ohne jede
Steigerung der Pulsfrequenz einhergehen kann. Ein langsamer
Puls am ersten Tage beweist gar nichts. Ein Puls über 100 ist
selbstverständlich ein böses Zeichen (natürlich bei Erwachsenen)
und muß die sofortige Vornahme der Operation veranlassen.
Die Temperatur ist bei schlimmen Fällen von Appendizitis fast
immer gesteigert. Es gibt aber auch viele Fälle der leichteren
katarrhalischen Form, die am ersten Tage ein schnelles Ansteigen
der Temperatur verursachen, jedoch am zweiten Tage gewöhnlich
wieder vollkommen entfiebert sind. Eine Temperatur bis zu 39
beweist im allgemeinen nicht viel. Steigt die Temperatur in den
ersten Tagen über 39, so ist das sehr verdächtig. Ist dabei eines
der anderen Zeichen positiv, so operiere man sofort. Die Leu-
kozytenzahl wird sich natürlich unter den Verhältnissen der all-
gemeinen Praxis im allgemeinen nicht bestimmen lassen, sie ist
auch zur Stellung der Diagnose und der Indikation zur Operation
nicht unbedingt notwendig. In zweifelhaften Fällen ist sie aber

entschieden in der Lage, dem Arzt, der sie bestimmen kann, einen Anhaltspunkt zu geben. Eine Leukozytenzahl von ungefähr normaler Größe beweist nichts für und nichts gegen die Operation. Steigt sie aber auf mehr als 15 000, so ist das für mich eine unbedingte Anzeige zur Operation, und die Vermutung, in einem solchen Falle einen schweren Prozeß vorzufinden, hat mich noch selten getäuscht. Die genannten Zeichen sind bis auf die Leukozytenzahl so außerordentlich einfacher Natur und von jedem Arzt so leicht zu erkennen, daß derjenige, der ganz schematisch die einzelnen Zeichen prüft und jedes einzelne sorgfältig bewertet, unbedingt zu einer richtigen Diagnose über die Schwere der Appendizitis und damit auch zu einer richtigen Indikation zur Operation kommen muß. Prüft man nach den gegebenen Anhaltspunkten jeden Fall auf das gewissenhafteste, so kann es nicht vorkommen, daß eine schwere Appendizitis übersehen und die Operation versäumt wird. Früher hieß es oft, ‚der Fall scheint nach den äußeren Zeichen leicht zu sein, es macht aber doch den Eindruck, als ob es sich um etwas Schweres handeln würde‘, und mancher Arzt behauptete, er habe es so im Gefühl, daß etwas Schlimmeres vorliege. Auf dieses Gefühl soll man sich nicht verlassen. Das Gefühl muß ersetzt werden durch eine gründliche Untersuchung, durch eine sorgfältige Prüfung der Bauchdeckenspannung und durch eine gewissenhafte Berücksichtigung vor allen Dingen des subjektiven und objektiven Schmerzes und des Erbrechens. Wenn eines dieser Zeichen positiv ist, so muß operiert werden. Auch der Landarzt hat die Pflicht, in solchen Fällen alle Hebel in Bewegung zu setzen, daß die Operation in Bälde vorgenommen werden kann. Fehlt die Bauchdeckenspannung, fehlt das Erbrechen und fehlen die subjektiven und objektiven Schmerzen, so darf man sich beruhigen. In einem solchen Falle wird auch eine mäßige Steigerung der Temperatur nicht gerade verdächtig sein; sie wird es aber dann, wenn sie am Ende des ersten Tages noch über 39 hinaufgeht und gleichzeitig mit einer Erhöhung der Pulszahl auf mehr wie 100 Schläge einhergeht. Jeder Appendizitisfall erfordert am ersten Tage die vollste Aufmerksamkeit und wiederholte Prüfung von seiten des behandelnden Arztes. Der Arzt wird sich bei einem frischen Fall von Blinddarmentzündung nicht eher zur Ruhe legen, als bis er fest überzeugt ist, daß ein Zuwarten von weiteren 12 Stunden dem Kranken keinen Nachteil bringen kann.“

(M. m. W. 1921 Nr. 34.)

b) Innere Krankheiten.

Kampfer-Phlegmonen bei Grippe. Von Dr. Theo Demmer
(Aus dem Städtischen Krankenhaus Sandhof in Frankfurt a. M.).

Allen 10 Krankengeschichten ist gemeinsam, daß es sich um Grippekranke handelte, deren Allgemeinzustand die Anwendung von Exzitantien, vor allem Kampfer, und zwar in hohen Dosen erforderte. Es waren dabei aber auch Fälle, deren weiterer Verlauf bewies, daß sie doch als leichtere anzusehen waren. 1 bis 2 Wochen nach Absetzung des Kampfers traten dann an den Applikationsstellen infiltrative Prozesse auf, die zum Teil unter konservativen Maßnahmen zurückgingen, zum Teil aber auch eitrig einschmolzen und dann in der Regel den Charakter bösartigster Phlegmonen des subkutanen Fettgewebes annahmen. Diese Prozesse traten nur nach Kampferinjektionen auf. Bei Kranken, denen man nur Koffein oder andere subkutane Injektionen gab, wurden sie nie gesehen. Diese beobachteten Phlegmonen des subkutanen Fettgewebes boten einen höchst bösartigen Charakter. Ueberall bildeten sich tiefe Buchten und Taschen, die trotz ausgiebigster Spaltung mit Gegenöffnung und Drainage fortschritten. Erst am Poupart'schen Band und am Knie — also an den Stellen, wo Haut und Fascia lata nicht mehr durch dazwischenliegendes Fettgewebe getrennt, sondern eng miteinander verbunden sind — fand sich die Möglichkeit, den Prozeß zu begrenzen, sonst war die Haut völlig unterminiert. Beim Eingehen mit der Kornzange konnte man deutlich fühlen, wie das sulzige Gewebe widerstandslos die stumpfe Spitze vorwärtsdringen ließ. Das Gewebe selbst sah mißfarben aus und erinnerte in seinem Aussehen sehr an die üble Verfärbung, die Grippepneumonie-Lungen auf dem Durchschnitt zeigen. Stets war dem Eiter eine reichliche Menge Kampferöls beigemischt, das also 2 Wochen und länger an der Applikationsstelle gelagert hatte. In einem Fall war der Eiter steril, in zwei anderen fanden sich weiße Staphylokokken. Zusammenfassend kann also bisher gesagt werden: Bei Grippekranken ist injiziertes Kampferöl nach mehreren Wochen nicht resorbiert worden. Vielmehr haben sich an der Injektionsstelle infiltrative und schwere phlegmonöse Prozesse gebildet, die längere Zeit nach scheinbarem Abklingen der Infektion auftraten und ein neues, schweres Krankenlager bedingten. Nun läßt sich in allen Publikationen über die Grippe, so verschieden sonst auch die Ansichten über die Medikation sein mögen, eine gemeinsame Ansicht stets finden: das ist die, daß man dem schwer darniederliegenden Kreislauf mit Kampfer in hohen Dosen zu Hilfe kommen müsse. Gerade auf dieses Exzitans wird immer Wert gelegt und dabei sehr oft noch besonders betont, daß seine Anwendung in hohen Mengen völlig unbedenklich sei, ja sogar gerade das Anlegen von großen Kampferdepots wird aus den verschiedensten Gründen immer wieder betont. Feer sagt z. B. darüber, ein Nachteil könne nur

dann eintreten, wenn durch Mangel an Traubenzucker und Sauerstoff im Organismus bei ungenügender Nierensekretion die Bildung von Glykuronsäuren verhindert werde, an welche gebunden der Kampfer unschädlich eliminiert wird. Man könnte ja daran denken, ob nicht in obigen Fällen etwas derartiges vorgelegen haben kann. Aber Dubs betont ausdrücklich, daß es nicht immer schwere Fälle waren, bei denen er im Anschluß an Kampferinjektionen Abszesse sich entwickeln sah, und auch in obigem Material sind verschiedene Fälle, die der spätere Verlauf als relativ harmlose hat erkennen lassen. Von ungenügender Nierentätigkeit kann in diesen Fällen keine Rede sein, ebensowenig von Sauerstoffmangel. Sind diese Abszesse als Metastasen zu betrachten? Schmieden spricht von den Weichteilabszessen, die er im Verlauf von Grippe sah, in diesem Sinne, wie er ja überhaupt betont, daß in schweren Fällen das Bild einer Grippe-Pyämie gegeben sei. Demgegenüber muß Verf. für seine Fälle wenigstens darauf hinweisen, daß, wenn auch einigemal im Abszeß einer Staphylococcus albus gefunden wurde, so doch in einem Fall der Eiter steril war, und daß bei der ad exitum gekommenen Patientin das unmittelbar post mortem durch Punktion entnommene Herzblut ebenfalls steril war. Die Auffassung einer Metastasenbildung bei den beschriebenen Prozessen kann auch aus dem Grund als nicht stichhaltig angesehen werden, als der Staphylococcus albus jedenfalls nicht als Grippeerreger anzusehen ist und ihm allen Erfahrungen nach auch keine wesentliche Bedeutung beim Zustandekommen der einzelnen Symptome zukommt. Nach Verf. Ansicht kommt bei den dieser Mitteilung zugrunde liegenden Erscheinungen Folgendes in Betracht: Bei der Grippe steht allen Erfahrungen nach die besondere Giftigkeit des durch ihre Erreger produzierten Toxins für die Gefäßnerven im Vordergrund. Von Salis konnte an seinem Material beweisen, daß durch das Grippegift das Zentrum der Gefäßinnervation früher geschädigt wurde als der motorische Apparat des Herzens. Wir müssen annehmen, daß die Gefäße und vor allem die Kapillaren sich während der Dauer der Infektion in einem Zustand mehr weniger starker Kontraktion befinden, und daß aus diesem Grunde der Abtransport des eingespritzten Oels mehr weniger stark behindert, wenn nicht in manchen Fällen ganz unmöglich gemacht sein muß. Nun wurde in den Fällen 2, 4, 5, 7, die zur Inzision kamen, stets noch reichlich Kampferöl gefunden, trotzdem die Grippe selbst seit längerer Zeit abgeklungen war, damit also die Gefäßlähmung behoben sein und ein nachträglicher Abtransport des Medikaments hätte erfolgen müssen. Hiermit ist aber auch noch nicht Bezug genommen auf die sich an den Applikationsstellen daran anschließende Entzündung. Für diese ist

die Erklärung vielleicht im Folgenden zu suchen. Der Kampher als ätherisches Oel ist schon selbst als Entzündungserreger anzusehen. Askanazy führt bei der Besprechung der chemisch-toxischen Krankheitsursachen unter den aus der Pflanzenwelt stammenden Giften ausdrücklich den Kampher an, und wir dürfen wohl annehmen, daß diese Giftigkeit auf die Zellen des Organismus vielleicht in seiner Eigenschaft als Abkömmling des Phenols beruht. Wenn wir nun berücksichtigen, daß der Verlauf einer Entzündung neben der Art der entzündungserregenden Schädlichkeit und der Dauer ihrer Einwirkung von dem Zustand der von der Entzündung befallenen Gewebe als gleichwertigem Faktor mit abhängt, wie es Lubarsch in klarer Weise ausgedrückt hat, so ist die Kette geschlossen; Lubarsch sagt nämlich ausdrücklich, daß „auch geringfügige und nicht sehr lange einwirkende Schädlichkeiten in blutarmen, schlecht genährten Geweben oder in solchen, in denen der Blutumlauf ins Stocken geraten ist, . . . viel erheblichere Veränderungen verursachen, als in normalen Geweben“, und belegt dies durch Versuche von Grawitz und de Bary, die bei entsprechender Aenderung der Bedingungen an Stelle einfacher Entzündung Eiterung erzielen konnten. Wir haben somit mehrere lokale Momente für das Zustandekommen der phlegmonösen Prozesse anzunehmen. Die Tatsache, daß nicht alle Fälle zur eitrigen Einschmelzung gelangten, ist auf dieser Grundlage ebenfalls erklärt, indem in den leichteren Fällen bei kurzdauernder Gefäßlähmung der Abtransport schließlich doch noch erfolgte und somit die entzündungserregende Ursache wegfiel bzw. geringer wirksam wurde. Hieraus ergibt sich für die Therapie, daß man bei der Grippe vom Kampferöl Abstand nehmen und nach einem Ersatz suchen muß, der in der Wirkung dem Kampferöl gleichzustellen ist, aber die schädliche Nebenwirkung auszuschalten gestattet. In der Klinik hat Verf. in dieser Beziehung gute Erfahrungen mit dem intravenös zu gebenden Kampferwasser gemacht. Da aber die Grippe eine Erkrankung ist, die in erster Linie den praktischen Arzt beschäftigt, der häufige intravenöse Injektionen zu geben oft nicht in der Lage sein wird, möchte Verf. auf die innerliche Kampfermedikation hinweisen und hier besonders neben dem altbewährten Kampferbenzoë auch das von der Firma Böhringer-Ingelheim in den Handel gebrachte Cadechol empfehlen, das sich in zahlreichen Fällen als ein durchaus vollwertiger Ersatz für das Kampferöl erwiesen hat. (B. kl. W. 1921 Nr. 26.)

Luminal gegen Pollutionen. Von Prof. Dr. Julius Donath in Pest. Von der Idee ausgehend, daß das Luminal, welches sich gegen die epileptischen Anfälle so vorzüglich bewährt und der

Brommedikation oft überlegen ist, auch bei nächtlichen Pollutionen von Nutzen sein könnte, wendete Verf. dasselbe in einigen Fällen an. Die Resultate sind so befriedigend, daß er dieselben bekanntgeben möchte, um auch in weiteren Kreisen zu Versuchen anzuregen. Zur Illustration eine Krankengeschichte: R. K., Bankbeamter, ledig, trat am 5. Februar 1916, damals 22 Jahre alt, wegen einer schweren vasomotorischen Neurose in die Behandlung. Diagnose: Psychoneurosis vasomotoria, Pollutiones nocturnae. Vom 14.—16. Jahre Masturbationen, denen sich bald Pollutionen anschlossen. Dieselben traten vom 18.—20. Lebensjahre 6—7 mal in der Woche auf, seither etwas seltener. Im 20. Lebensjahre Gonorrhoe, welche nach $\frac{1}{2}$ Jahr ausheilte. Aus dem Stat. praes. hebt Verf. hervor: Mittelgroß, zart gebaut, schwach genährt. Gesteigerte Sehnen-, Haut- und Periostreflexe, kutane Hyperästhesie, Hyperidrosis, ferner Zittern der Hände. — Die urologische Untersuchung (Doz. Ráskai) am 26. 11. 17 ergab: Sehr matsche, wenig entwickelte Prostata; hochgradige Hyperästhesie der hinteren Harnröhre. Es wurden von derselben Seite eine Zeitlang Pinse-lungen der hinteren Harnröhre und Psychrophor angewendet. Unter dieser Behandlung sowie der sonst üblichen physikalischen und medikamentösen Behandlung nahmen die Pollutionen etwas ab, doch kamen sie vor Beginn der Luminalbehandlung noch immer jeden 2. Tag. 12. 1. 18. Von heute ab 1 Tablette Luminal (0,1). — 14. 1. Die erste Nacht nach dem Luminal hatte er Pollution, die darauffolgende nicht mehr. Von heute ab 0,2 Luminal vor dem Schlafengehen. — 29. 1. Seither in 5—6 Tagen 1 mal Pollution. — 6. 4. Seit 28 Tagen keine Pollution. 18. 6. Obgleich das Luminal nicht ständig genommen wird, sind die Pollutionen wieder seit 21 Tagen ausgeblieben. 23. 12. Patient berichtet auf Grund wiederholter Beobachtungen, daß stets, wenn er einmal 0,2 Luminal vor dem Schlafengehen nimmt, die Pollutionen 6—7 Tage ausbleiben. 7. 1. 19. Nachdem der Kranke das Luminal durch 1 Woche nicht mehr genommen hatte, bekam er 5 mal Pollutionen. In den folgenden Monaten machte Patient immer neuerdings den Versuch, das Luminal wegzulassen, stets mit demselben Erfolg: die Pollutionen, welche sich früher in 5—6 Tagen höchstens 1 mal zeigten, kehrten in dichter Aufeinanderfolge wieder (6 mal in 10 Tagen). Patient erklärt, daß das Luminal unvergleichlich wirksamer ist als irgend eines der bisher angewendeten Mittel. Die Ursache, daß er es nicht regelmäßig nimmt, ist seine Besorgnis, er könnte sich daran gewöhnen. Jedoch ist nicht die geringstenachteilige Wirkung an ihm zu merken. (M. m. W. 1921 Nr. 26.)

Zur Behandlung der Ozaena. Von Dr. Bruno Griebmann (Nürnberg). „Bis zur endgültigen Klärung der operativen Erfolge

und der Vakzinetherapie kommen heute noch in den meisten Fällen von Ozaena die alten, souveränen Mittel zur Beseitigung von Borken und Eiter in der Nase zur Anwendung: Nasenspülungen mit antiseptischen und lösenden Substanzen. Mit der Beseitigung der Borken läßt bekanntlich auch der ekelhafte Fötor nach. Das dritte Kardinalsymptom: die Atrophie kann man durch Paraffininjektion und Paraffineinlagerung zwar nicht heilen, aber doch lokal bessern. Wir pflegen kein Paraffin zu verwenden, sondern die Schleimhaut und ihre Drüsentätigkeit durch Massage anzuregen. Der Gedanke, die mechanische Wirkung der Spülflüssigkeit gleichzeitig durch eine spezifische chemische Auflösung der Borken zu steigern und zu verstärken, hat sich auf Grund unserer Erfahrungen an der Universitäts-Ohren- und Nasenklinik in Berlin als fruchtbar erwiesen. Wir benutzen zur Lösung von Borken, Schleim und Eiter die Verdauungsfermente: Pepsin und Trypsin. Pepsin wirkt bekanntlich nur in saurer, Trypsin nur in alkalischer Lösung. Im ersten Falle gebrauchen wir daher einen Zusatz von Borsäure, im zweiten Falle setzen wir etwas Natrium carbonicum zu.

(Rp. Pepsin 10,0; Acid. boric. 20,0.

Trypsin 5,0; Natrium carbon. 0,25; Sacch. lact. 20,0).

Ein weiterer Zusatz von Aphlogol (Mischung von kristallisierter Karbolsäure mit Kampfer) hat sich als sehr zweckmäßig erwiesen. Zahlreiche Reagenzglasversuche haben einen großen Unterschied in der Wertigkeit der Pepsine verschiedener Herkunft aufgedeckt. Wir haben daher darauf geachtet, stets vollwertiges Pepsin zu verwenden. Die gebrauchsfertigen, ausprobierten Präparate werden von der Kaiser-Friedrich-Apotheke, Berlin NW. 6, Karlstr. 20a, geliefert, und zwar

Acrustin P = Pepsinpräparat und

Acrustin T = Trypsinpräparat.

Die Fermentmischungen haben wir als ‚Acrustin‘ bezeichnet und der Einfachheit halber nennen wir ‚Acrustin-P‘ eine Pepsin-Borsäure-Aphlogolmischung, ‚Acrustin-T‘ eine Trypsin-Soda-Aphlogolmischung. Bei starkem Fötor empfiehlt sich als desodorisierender, desinfizierender und oxydierender Zusatz die Beigabe einer geringen Menge Chlorkalk, der nach den grundlegenden Untersuchungen Unnas [9] die Verdauung nicht wesentlich hindert. Die Chlorkalk-Fermentpräparate heißen Acrustin-PC und Acrustin-TC. Es ist wichtig zu wissen, daß alle genannten Acrustinpräparate nicht in heißem oder kochendem Wasser gelöst werden dürfen. Das Optimum ihrer Wirksamkeit in gelöstem Zustande liegt ungefähr bei Bluttemperatur. Bei den gewöhnlichen Nasenspülungen mit den gebräuchlichen Kännchen ist die Berührung der verdauenden Lösungen mit den Borken zeitlich zu kurz. Es

kommt darauf an, das Acrustin so lange als möglich auf die Borken einwirken zu lassen; dann erst kommt die verdauende Kraft zur Geltung. Die Borken lockern sich von ihrer Unterlage, zerbröckeln und können ausgeschnaubt werden. Den innigen Kontakt zwischen Verdauungsferment und Borken erreichen wir durch das Nasenbad, wie es Katzenstein vorschreibt. Wir sagen den Patienten ausdrücklich, die Nase wird gebadet, nicht gespült. Nach Einfettung der äußeren Nase mit Vaseline oder Borsalbe beugt der Patient den Kopf um 90° nach vorne und taucht beide Nasenöffnungen so tief als möglich in ein vollgefülltes Trinkglas von $\frac{1}{4}$ Liter Inhalt lauwarmen Wassers ein. Vorher läßt man in dem Wasser 1 Messerspitze Acrustin auflösen. Das Nasenbad kann 10 bis 15 Minuten lang ausgedehnt werden. Während des Badens darf der Patient durch Aspiration vorsichtig ohne Kraftaufwand etwas Wasser nach oben ziehen. Durch den rein physikalischen Vorgang der Kapillarattraktion steigt von selbst genügend Flüssigkeit in die oberen Teile der Nasenhöhle. Wir lassen einmal täglich baden und in der übrigen Zeit mehrmals das Acrustinpulver wie ein gewöhnliches Schnupfpulver aufschnupfen. Dadurch wird erreicht, daß ständig eine Spur des Fermentes im Nasensekret verflüssigt ist. Die sich neu bildenden Borken sollen gewissermaßen ‚in statu nascendi‘ aufgelöst werden. Es wäre falsch, ein Schema für die Acrustinbehandlung der Ozaena aufzustellen. Man muß von Fall zu Fall entscheiden. Bei trockener, wenig sezernierender Schleimhaut kann man mit Acrustin-P beginnen, während bei starker alkalischer Sekretion Acrustin-T am Platze ist. Es empfiehlt sich, zwischen beiden Präparaten abzuwechseln, um die Schleimhaut nicht gegen die Wirkung eines Fermentes abzustumpfen. Eine dauernde Heilung der Ozaena darf selbstverständlich durch diese Behandlung nicht erwartet werden. Aber ein symptomatischer Erfolg wird in den meisten Fällen sowohl subjektiv wie objektiv nicht ausbleiben. Die Kranken fühlen sich gebessert. Borken und Fötor werden geringer, ihre Stimmung wird gehoben.“ „Hält man sich das mit der Fermenttherapie bei der Ozaena Erreichbare vor Augen, dann wird man in vielen Fällen schwer leidenden Patienten nützen können. Es gibt eine ganze Anzahl Kranker, bei denen alle versuchten Mittel erfolglos blieben, bis ihnen das Acrustin Erleichterung verschaffte. Umgekehrt gibt es auch sich refraktär verhaltende Patienten, bei denen eine Kombination mit anderen Methoden notwendig ist.“ (M. m. W. 1921 Nr. 27.)

Ueber die Behandlung der Basedowschen Krankheit mit Ovarienpräparaten. Von Dr. S. Koslowsky in Berlin-Lichtenberg. Die Krankheit kann nach vielfachen Erfahrungen, die Verf.

zu machen Gelegenheit hatte, durch die Behandlung mit Ovarienpräparaten günstig beeinflußt werden. Er hat eine Reihe von Fällen ausschließlich mit solchen Präparaten (Ovaraden und Oophorin) behandelt; nicht nur einfache Hyperthyreosen und das Pubertäts-basedowoid, sondern auch ausgesprochene Fälle von Basedowscher Krankheit (bezw. des Symptomenkomplexes, der dieser Krankheit entspricht) reagieren auf die genannten Präparate. Bei der Basedowschen Krankheit spielt die Hypofunktion der Eierstöcke sicherlich eine sehr wichtige Rolle: Wiederholt fand Verf., daß dem ausgesprochenen Basedowschen Symptomenkomplex längere Zeit Amenorrhoe voranging. Man darf wohl auch ex juvantibus folgern: Wenn nämlich die Ovarienpräparate bei Frauen häufig erfolgreich sind, bei Männern aber, wie es der Fall war, versagen, so ist es erlaubt, den Schluß daraus zu ziehen, daß der wirksam behandelten Erkrankung eine andere Ursache zugrunde liegen muß als der unwirksam behandelten. Und diese andere Ursache muß — bei Ausschluß anderer Einflüsse —, da die Ovarienpräparate spezifisch wirkende Mittel sind, in einer Hypofunktion der Eierstöcke gesucht werden. Es ist auch eigentümlich, daß die Basedowsche Krankheit Männer so erheblich weniger befällt als Frauen. Auch bei primärer Basedowscher Krankheit können Eierstockspräparate einen gewissen Einfluß ausüben, indem manche Erscheinungen (Durchfälle, Menstruationsanomalien) gemildert werden, weil offenbar durch Zufuhr der Ovarialhormone die Folgen der Ueberfunktion der Schilddrüse gemildert oder teilweise aufgehoben werden. Aber eine Heilung war nicht zu erzielen, ganz im Gegensatz zu dem auf Eierstockhypofunktion beruhenden Basedowschen Erkrankungsbilde.

(D. m. W. 1921 Nr. 32.)

Fall von **Osteomalazie** (schon ziemlich vorgeschritten) brachte Dr. W. Blumenthal (Coblenz) zur Heilung durch Asthmolysin, (täglich 1 Ampulle subkutan). (Ther. d. Gegenw. 1921, Juli.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Formoformstreupulver als schweißwidriges, desodorierendes Mittel. Von Heinz und Schauwecker (Aus dem Pharmakologischen Institut der Universität in Erlangen). Formaldehyd ist bekanntlich ein Gas, das sich in Wasser bis zu 35 Gewichtsprozent löst = Formalin. Therapeutisch wird es bisher, eben als Formalin, außer als Antiseptikum vor allem als Antihydrotikum verwendet gegen den Nachtschweiß des Phthisikers und besonders gegen Fußschweiß, bei dem eine ca. 4%ige Lösung als bestes Mittel gilt. Formalin ist eine 35%ige wäßrige

Formaldehydlösung, die stark desinfizierende, desodorierende und sekretionshemmende (gerbende) Eigenschaften besitzt. Ihre Anwendung ist jedoch begrenzt wegen des heftigen lokalen Reizes und der Zellschädigung, die durch höherprozentige Lösungen hervorgerufen werden. Die alleinige Möglichkeit der Anwendung in Form von Waschungen und Fußbädern beschränkt die Dauer der Einwirkung auf kurze Zeit, ohne daß wegen der zu starken Reizwirkung durch höhere Konzentration eine Möglichkeit des Ausgleiches geschaffen würde. Man kann aber eine langdauernde Applikation von Formaldehyd ermöglichen durch Benützung des Paraformaldehyds, einer festen, polymeren Form des Formaldehyds, die ständig kleine Mengen von gasförmigem Formaldehyd abgibt. Dieses Paraformaldehyd kann in beliebigem Verhältnis mit feinstgepulvertem Talkum zu einem Streupulver gemischt werden, das als solches weit bequemere und angenehmere Anwendungsmöglichkeiten bietet. Dieses Streupulver wird unter dem Namen „Formoform“ von der Chemischen Fabrik Krewel & Co. in Köln a. Rh. hergestellt. Je nach dem Zweck der Anwendung sind Mischungen von verschiedenprozentigem Paraformgehalt herstellbar. Sämtliche ausgeführte Versuche haben gezeigt, daß das wasserunlösliche Paraform die gleichen desinfizierenden, desodorierenden und sekretionshemmenden Wirkungen besitzt wie Formalin. Es ist durch diesen Nachweis die experimentelle Grundlage für die praktische Anwendungsmöglichkeit des Formoforms gegeben. Hierfür liegen verschiedene Verwendungsmöglichkeiten vor. Bei Fußschweiß bietet, wie eingangs erwähnt, die Waschung mit Formalinlösung nur kurzdauernde Einwirkungsmöglichkeit für das im Wasser gelöste Formaldehyd. Ein Ausgleich dieser Kürze der Einwirkungsdauer durch Erhöhung der Konzentration der angewandten Lösung ist, infolge der starken Lokalreizung, sehr beschränkt. Die üblichen Verdünnungen sind 4—10%ig. Höhere Konzentrationen greifen die Haut zu stark an. Die Streupulverform des Formoforms gestattet ohne Schwierigkeit Dauergebrauch, z. B. durch Einstreuen des Fußes bzw. der Strümpfe bei Fußschweiß. Gegen Achselweiß wirkt das Formoform sowohl schweißwidrig wie desodorierend; auch gegen Hyperhydrosis der Leistengegend wie gegen Schweißhand ist das Formoform mit bestem Erfolg angewandt worden. Die infolge der stetigen Formaldehydabgabe erzielte Dauerwirkung erlaubt die Anwendung von weit geringeren Konzentrationen, bei denen stärkere lokale Reizwirkungen vollständig fehlen. Bei den diesbezüglichen Versuchen hat sich herausgestellt, daß ein 3% Paraformaldehyd enthaltendes Formoformstreupulver von der männlichen Haut absolut gut vertragen wird. Für empfindlichere Personen, Frauen und Kinder, hat sich 1,5%iges Formoform als

zweckmäßig erwiesen. Bei der Dauerwirkung genügen die erwähnten geringen Konzentrationen vollständig und schädigen dabei auch bei längerer Anwendung die Haut nicht.

(D. m. W. 1921 Nr. 25.)

d) Geburtshilfe u. Gynäkologie.

Beitrag zur Schmerzlinderung der Geburt. Von Dr. E. Jaeggly (Lausanne). Seit 8 Jahren verwendet Verf. zur Schmerzlinderung unter der Geburt Pantopon in Verbindung mit Hypophysenextrakten¹⁾ und Chinin. Früher gab er Pantopon allein. Sein Zweck war nicht, die Geburt vollkommen schmerzlos zu gestalten, aber immerhin die Empfindung derart herabzusetzen, daß selbst für sehr empfindliche Frauen die Wehen erträglich waren. Kamen aber größere Dosen zur Verwendung, wie es bei sehr aufgeregten Frauen und langer Geburtsdauer oft nötig war, setzte vielfach die Wehentätigkeit auf Pantopon hin aus. Unnötige Verlängerung der Geburt war die Folge. Wollte man das Ende sehen, mußte man die Frauen endlich doch schreien lassen. Die Verbindung von Pantopon mit Chinin und Pituglandol beseitigt diesen Nachteil. Der Antagonismus dieser Arzneigruppen ermöglicht uns, die Gabe des Schlafmittels, ohne den Uebelstand der Geburtsverlängerung, genügend hoch zu bemessen, weil die wehenlähmende Komponente des Pantopons durch Chinin und Pituglandol kompensiert wird. Die Kombination bekämpft auch zweckmäßig den schädigenden Einfluß hoher Opiumdosen auf die Zirkulation, denn Pituglandol, welches sich übrigens als Analeptikum vielfach bewährt hat, hebt den Blutdruck. Kleine Chiningaben steigern ebenfalls den Blutdruck und beschleunigen die Herzaktion. Das Verfahren hat Verf. an ungefähr 200 Geburten, meist im Privathause, erprobt und ist davon befriedigt. Die Pantopon-Pituglandol-Injektion hat ihn auf die wichtige Tatsache geführt, daß Pituglandol nie jene stürmische, tetanische Kontraktion zur Folge hat, wenn man ca. 15 Minuten vorher Pantopon verabreicht. Verf. glaubt, daß die zwar vereinzelt gemeldeten üblen Zustände (vorzeitige Plazentalösung, Ruptur) nach Hypophysenextrakten so vermieden werden können. Die erreichte partielle Schmerzlinderung wirkt auf den Geburtsverlauf äußerst günstig. Eine aufgeregte, von Schmerzen aufs äußerste geplagte Frau verarbeitet die Wehen schlecht, die Angst vor dem Wehenschmerz verhindert sie vielfach am kräftigen Mitpressen. Verf. möchte die Wirkung des Pantopons auf die Bauchpresse vergleichen

¹⁾ Anfangs wurde Pituitrin „Parke & Davis & Co.“, später mit gleichem Erfolg Pituglandol „Roche“ verwandt.

mit der Morphinwirkung zur Vertiefung der Atmung nach Operationen am Thorax oder Oberbauch. Die Frau liegt ruhig da, schlummert leicht zwischen den Wehen ein. Arzt und Hilfspersonal können ungestört das Nötige verrichten. Wie mancher Damm reißt tiefer ein, weil sich die Gebärende im Momente des Durchtritts des Kopfes wild herumwirft und sinnlos preßt. Von größter Wichtigkeit scheint die Tatsache, daß Verf. unter den 200 Geburten nicht ein einziges Mal Störungen in der Nachgeburtsperiode beobachtet hat. Seit er systematisch bei jeder Geburt gegen Ende der Austreibungsperiode Pantopon-Pituglandol verabreicht, hat er keine atonische Nachblutung gesehen und keine einzige manuelle Plazentalösung gemacht. Diese Tatsache verdankt er dem Pituglandol, da er früher bei alleiniger Darreichung von Pantopon zur Schmerzlinderung ernste Nachblutungen gesehen hat. Zusammenfassend möchte Verf. die Art seines Vorgehens kurz angeben. Macht sich während der Eröffnungsperiode das Bedürfnis nach Schmerzlinderung geltend, genügen meist 0,01—0,02 Pantopon in zwei- bis dreistündlichen Intervallen, verbunden mit 0,5 Chinin per os oder intramuskulär, falls die Wehen abnehmen sollten. Das Ende der Eröffnungsperiode und die Austreibung verlangen natürlich größere Dosen, die man um so höher bemessen kann in Verbindung mit Pituglandol, je kürzer die mutmaßliche Geburtsdauer erscheint. Jede Pantopon-Injektion soll 15 Minuten vor der wehenverstärkenden Pituglandol-Injektion gemacht werden. Zur Orientierung über Dosen und Intervalle diene folgendes Schema:

- Bei 3 stündl. Geburtsdauer 1 mal 0,03 Pantopon plus 1 mal
1 cm³ Pituglandol = Pant. 0,03
 „ 6 stündl. Geburtsdauer 2 mal 0,03 Pantopon plus 2 mal
1 cm³ Pituglandol = Pant. 0,06
 „ 9 stündl. Geburtsdauer 3 mal 0,02—0,03 Pant. plus 3 mal
1 cm³ Pituglandol = Pant. 0,06—0,09.

Diese Zahlen seien eine bloße Wegeleitung, müssen von Fall zu Fall je nach Charakter und Empfindlichkeit der Gebärenden angepaßt werden. Verf. war selten genötigt, die Gesamtgabe des Pantopons bis auf 0,10 zu steigern. Bei langer Geburtsdauer von 24 Stunden gab er diese große Dosis ohne üble Nebenerscheinungen auf Zirkulation und Atmung. Er kann also, gestützt auf seine günstigen Erfahrungen, das Pantopon in Verbindung mit Pituglandol und evtl. Chinin zur Schmerzlinderung unter der Geburt warm empfehlen, und glaubt mit dieser einfachen Methode alles zu erreichen, was man schadlos für Mutter und Kind im Privathaus verlangen kann. (Schweiz. m. W. 1921 Nr. 22.)

Transannon gegen die Ausfallerscheinungen der Frauen.
Von Dr. G. Striepecke (Berlin). Das Präparat stellt versilberte

Bohnen vor, die etwas groß sind, aber mit Kaffee oder Wasser doch bequem geschluckt werden können: 3 mal täglich 1—2 Stück. Zuweilen sprachen die Damen anfangs von Leibschnitten, was auf das Abführmittel zurückgeführt werden muß, das in den Bohnen enthalten ist und die oft gewünschte Entlastung des Unterleibs bewirken soll. Man gibt dann weniger, oder setzt zwei bis drei Tage aus. Im allgemeinen hat Verf. nach fünf bis sechs Wochen Transannon eine Pause machen lassen, bis die Frauen wieder stärkere Beschwerden bekamen. Manche haben dann drei bis vier Monate pausiert. Das Mittel ist seiner Zusammensetzung nach einfach und ganz unschädlich (Ca 10⁰/₀, Mg 1⁰/₀, Ca-sulfoichthylol 3⁰/₀, Extr. Aloes und Ol. Salviae), und könnte hinsichtlich seiner harmlosen Komponenten fast als ein „Stoffwechselpräparat“ bezeichnet werden, da auch das Allgemeinbefinden und das Aussehen eine merkliche Besserung erfahren und angenehm auffallen. Verf. hat in dem Transannon ein Mittel kennen gelernt, das besonders bei Klimakterium praecox von sehr guter Wirkung ist, also frühzeitig gegeben werden soll, ferner im Verlauf des Klimakteriums und nach Ovariectomie die Beschwerden der Frauen wesentlich zu mildern imstande ist. (M. Kl. 1921 Nr. 33.)

e) Augenkrankheiten.

Zur Konjunktivitis-Behandlung. Von Dr. Ed. Richter in Hamburg. Zeigt sich bei den Patienten keine Nasenbeteiligung, welche eine rhinologische Behandlung nötig macht, sondern besteht die Erkrankung in einer mehr oder weniger schweren akuten oder chronischen Bindehautentzündung, von den Formen der Simplex bis zur Phlyktänulosa, so verordnet Verf. ihnen folgende Einträufelungsflüssigkeit:

Rp. Natr. tetraborici	2,0
Acid. tannici	0,3
Aq. dest.	50,0

Filtra, M. D. S. früh und abends zum Einträufeln.

Dabei zeigt sich, daß Fälle, die monatelang mit schwerst entzündeten Konjunktiven behaftet waren, in wenigen Tagen oft vollständig ausheilen, ohne daß weitere Verordnungen gegeben werden. Zwar ist die Anwendung von Borlösungen in der Augenheilkunde kein Novum, jedoch scheint die Kombination des Natr. tetraboricum mit Tannin eine besonders gute Wirksamkeit zu entfalten. Auf eitrige Prozesse, wie sie bei eitrigem Mittelohrerkrankungen zu finden sind, hatte die Lösung keine besondere Wirkung. Will man die obige Rezeptur noch verstärken, so kann man den Zusatz von Acid. tannicum auf 0,4 bzw. 0,5 erhöhen. (D. m. W. 1921 Nr. 25.)

Die Behandlung der Hornhautgeschwüre unter gleichzeitiger Anwendung von Jodtinktur und gelber Präzipitatsalbe. Von van Lint. Atonische skrofulöse Ulzera, Hornhautgeschwüre mit Hypopyon, Herpes corneae und Ulcus rodens wurden mit bestem Erfolg nach folgendem Schema behandelt: 1. Tag: gelbe Präzipitatsalbe am Morgen und am Abend. 2. Tag: Jodtinktur am Morgen, gelbe Salbe am Abend. 3. Tag: 2 mal Präzipitatsalbe. 4. Tag: Jodtinktur am Morgen, gelbe Salbe am Abend usw. L. Cheinisse empfiehlt Jodtinktur mit einem Zusatz von 0,75 g Jodkali auf 20 g Tinktur; wässrige Lösungen werden nicht vertragen. Es ist eine frisch bereitete Tinktur anzuwenden, da sich nach etwa 14 Tagen die stark reizende Jodwasserstoffsäure abzuspalten beginnt. — Man wird am besten tun, eine feine Sonde oder noch besser ein entsprechend zugespitztes Stäbchen anzufeuchten und mit Watte umwickelt in die Jodtinktur einzutauchen. Es darf nur die erkrankte Stelle betupft werden. Die Prozedur ist in der Regel schmerzlos, besonders wenn man es vermeidet, etwas von der Jodtinktur in den Bindehautsack gelangen zu lassen. In dieser Weise angewendet, ist die Jodbehandlung durchaus empfehlenswert, besonders für kleinere Geschwürchen infektiöser Natur und für die torpiden Fälle des nicht infizierten Herpes corneae. Eine Verallgemeinerung der Jodtherapie auf Kosten der anderen Verfahren ist aber nicht angebracht. Das gilt besonders für das Ulcus corneae serpens und für schwerere Fälle des Herpes corneae mit sekundärer Infektion. In diesen Fällen wird man nicht umhin können, durch Entnahme vom Geschwürrand zunächst den Erreger durch Bakterienfärbung und Kulturverfahren festzustellen. Beim Nachweis von Pneumokokken ist das Optochin, von Diplobazillen das Zink in der üblichen Weise anzuwenden. Kleinere Geschwüre werden außerdem mit gutem Erfolg im Frühstadium mittels des Wesselyschen Dampfkauters zerstört, der viel geringere Narbenbildung verursacht als die glühende Schlinge. Letztere, sowie die Spaltung des Geschwüres nach Saemisch kommt nur bei den schwersten Fällen in Frage. Der Tränensack, als etwaiger Sitz der Eitererreger, bedarf stets der Berücksichtigung. Infektiöse Hornhautgeschwüre sind immer als gefährliche Augenerkrankungen anzusehen und bedürfen daher einer spezialärztlichen Fürsorge. Unter Berücksichtigung der hier angeführten Einschränkungen ist aber die Jodtherapie nützlich und ungefährlich. Die braune Färbung der betupften Stelle verschwindet nach kurzer Zeit, eine dauernde Schädigung kann bei vorsichtiger Anwendung ausgeschlossen werden. (Arch. f. Ophth. 1920 S. 349.)

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.12.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

31. Jahrgang

Nr. 3.

Dezember 1921

Aetiologisches.

Diabetes mellitus und hämorrhagische Diathese. Von Dr. Hans Gorko (Aus der Medizinischen Universitätsklinik zu Breslau). Bei einer älteren Frau entwickelt sich zugleich mit einem Diabetes mellitus eine ausgesprochene Purpura haemorrhagica, die in kurzer Zeit zu einer schweren Anämie und Kachexie führt. Ebenso wie bei den von den älteren Autoren beschriebenen Fällen läßt sich auch bei dieser Patientin durch Ausschaltung der Hyperglykämie und Glykosurie ein außerordentlich günstiger Einfluß auf die Blutungsbereitschaft erzielen. Wie kann man nun bei unserer Kranken die hämorrhagische Diathese erklären? Wir müssen unbedingt annehmen, daß durch die Hyperglykämie eine schwere Schädigung der Endothelien und kontraktilen Elemente der Kapillarwandungen verursacht wurde, so daß es auf der Haut und den Schleimhäuten zu ausgedehnten Blutungen gekommen ist. Es läßt sich dieser Fall von Purpura den rein „vaskulären“ Purpuraformen zurechnen, die sich bei durchaus normaler Anzahl von Blutplättchen, bei normaler Blutungs- und Gerinnungszeit allein durch eine Neigung zur Zerreiblichkeit und Durchlässigkeit der Gefäßwände kennzeichnen lassen. Diese beschriebene Purpuraerkrankung ist demnach mit Sicherheit abzugrenzen von allen jenen Formen von Haut- und Schleimhautblutungen, bei denen eine Insuffizienz des blutbildenden Apparates, vornehmlich des Knochenmarks und der Milz, also eine schwere Myelopathie vorliegt. Auch gegenüber den „hämatischen Blutungsübeln“ (Pfaundler), bei denen im Vordergrund des Krankheitsbildes der Plättchenmangel und die verlängerte Blutungszeit stehen, läßt sich unser Fall fest unterscheiden. Es ist von prinzipieller Bedeutung, die Pathogenese der Bluterkrankungen aufzuklären, die ja in den meisten Fällen völlig verschleiert ist. Denn erst bei Aufdeckung der auslösenden Ursachen einer hämorrhagischen

Diathese wird es möglich sein, eine wirksame Therapie zu treiben und die Blutungsbereitschaft bereits im Anfang der Erkrankung energisch zu bekämpfen. Der günstige Behandlungserfolg in obigem Falle ist nur zu verdanken der raschen Ausschaltung der Hyperglykämie, die also tatsächlich für das Auftreten von zahlreichen Blutungen an der Haut und den Schleimhäuten verantwortlich gemacht werden muß. (M. m. W. 1921 Nr. 41.)

Zur Aetiologie der Analfissuren bei Frauen. Von Dr. Ferdinand Kossmann (Aus der Hess. Hebammenlehranstalt zu Mainz). Bei 30 in den letzten 5 Jahren wegen Analfissuren hier operierten Fällen ergab die Anamnese, daß die Beschwerden ganz kurze Zeit nach der Geburt, meist bei der ersten Defäkation, im Wochenbett aufgetreten sind. So deuten schon diese rein anamnestischen Angaben darauf hin, daß diese Verletzungen wohl in ursächlichem Zusammenhange mit der Geburt stehen müssen. (Bei den 30 Fällen handelt es sich 12mal um Erstgebärende, 6mal um Zweitgebärende, die übrigen waren Vielgebärende.) Wenn man unter diesem Gesichtspunkt nach der Entstehung von Analfissuren forscht, so dürfte als Zeitpunkt der Entstehung das Ende der Austreibungsperiode in Betracht kommen, wenn sich infolge des andrängenden Kopfes der After entfaltet und der Damm vorwölbt. Dabei wird der Afterring bis über Fünfmaststückgröße erweitert und dessen Schleimhaut wulstartig hervorgewölbt und überdehnt. Es ist an sich schon verständlich, daß hierbei, vor allem, wenn diese Dehnung längere Zeit anhält, wie es beim Austrittsmechanismus ja der Fall ist, die Analschleimhaut einreißen kann, analog den Scheidenschleimhautrissen bei jeder Geburt. Dieses Einreißen während der Austreibungsperiode wurde in der Tat beim Dammschutz öfters beobachtet. Die Verletzungen waren dabei meist am vorderen Pol des Analringes oder etwas seitlich desselben entstanden, seltener steißbeinwärts. Diese Prädispositionsstelle der Analfissuren liegt also direkt in der Richtung der Führungslinie und muß in der Austreibungsperiode die stärkste Dehnung und Entfaltung aushalten. Verletzungen an den seitlichen Rändern des Analringes sind gar nicht, an den hinteren Rändern nur selten beobachtet worden, sie scheinen also seltener vorzukommen, was wohl darin seine Erklärung findet, daß diese Partien des Analringes in der Austreibungsperiode nicht in der größten Dehnungszone liegen. Zunächst machen diese Risse keine Beschwerden; aber schon bei der ersten Stuhlentleerung im Wochenbett bzw. unmittelbar nach derselben treten die ersten Symptome auf: Die Frauen klagen über quälende, brennende Schmerzen im direkten Anschluß an diese Defäkation, die oft noch stundenlang an-

halten. Diese Schmerzhaftigkeit mag noch dadurch erhöht werden, daß die in und nach dem Wochenbett bestehende Stuhlträgheit zu harter und großkalibriger Entleerung Veranlassung gibt. Vor den weiteren Entleerungen haben infolgedessen die Frauen oft eine solche Angst, daß sie möglichst lange den Stuhl anhalten, um dann zu Abführmitteln oder zum Klistier greifen zu müssen, wodurch die Heilung noch erschwert wird. Es ist begreiflich, daß man so die Koprostase und das Klistierrohr stets für die Urheber dieser Verletzungen hielt, während sie mehr für das Nichtheilen der Fissuren verantwortlich zu machen sind. Die primäre Verletzung entsteht, wenigstens bei Frauen, die geboren haben, vielfach in der Austreibungsperiode einer Geburt, und zwar meistens der ersten Geburt. Der intensive, bei der Entleerung entstehende und nach der Entleerung noch stundenlang anhaltende Schmerz ist typisch für die Analfissur und als diagnostisches Hilfsmittel stets verwertbar gegenüber dem Defäkationsschmerz bei Hämorrhoiden, entzündlichen und anderen Affektionen der Rektumgegend (Periproktitis, Fisteln, Douglasitis, Sigmoiditis, Perisigmoiditis und Rektumkarzinom), wobei der Schmerz stets schon vor oder während der Defäkation eintritt, nach der Defäkation aber bald verschwindet.

(Zbl. f. Gyn. 1921 Nr. 36.)

Prognostisches.

Prognose der Pleuritis im Kindesalter. Von Priv.-Doz. Dr. E. Nobel (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Wien).

1. Fast alle Pleuritiden der Kinder (ausgenommen sind nur jene, bei denen eine sichere andersartige Aetiologie nachzuweisen ist) sind tuberkulösen Ursprungs.

2. Von 78 wegen Pleuritis in Behandlung gestandenen Kindern verstarben 13, 26 konnten aus äußeren Gründen nach der Entlassung nicht mehr nachuntersucht werden, 39 Kinder wurden nach verschieden langem Zeitintervall, wenige Monate bis 19 Jahre, der Nachuntersuchung unterzogen und der klinische Befund mit dem röntgenologischen und dem ursprünglichen Befund verglichen.

3. Von den 39 nachuntersuchten Fällen zeigten 43,6% völlige Ausheilung, 36% nur sehr geringe Andeutung an die überstandene Krankheit, bei je zirka 10% fanden sich mittelschwere, beziehungsweise schwere Veränderungen, deren Ursache in der früher überstandenen Affektion der Pleura gelegen war.

4. Die Prognose der kindlichen tuberkulösen Pleuritis ist demnach im allgemeinen als gut zu bezeichnen. Eine wesentliche Propagation der Tuberkulose ist durch sie kaum zu befürchten.

(W. kl. W. 1921 Nr. 35.)

Heß: Folgezustände nach Encephalitis epidemica lethargica.
Die Prognose ist im allgemeinen sehr schlecht. 50% werden nicht geheilt. Die Therapie ist machtlos, einigen Einfluß gewinnt die Psychotherapie.

In der Besprechung beschreibt Aschaffenburg einen Fall, der einem typischen Delirium analog war. Am 5. Tage fing der Patient an einzuschlafen und kam am 8. Tage ad exitum. Auch das Bild des Katatonikers ist oft vorhanden bei den Spätfällen von Encephalitis epidemica lethargica. Beide Krankheitsbilder sind für die Differentialdiagnose äußerst wichtig. Auch er schätzt die Mortalität auf 50%. Der übrige Teil verfällt in eine „geistige Reduktion“. Ein zweiter Fall wird von Aschaffenburg geschildert: Die Patientin war zuerst äußerst peinlich in ihrer Kleidung. Nach der Erkrankung ist sie völlig verlottert, der frühere ausgezeichnete Charakter ist sehr schlecht geworden. Ein anderes Kind, welches im gesunden Zustande sehr willig und artig war, wurde bei der Encephalitis epidemica lethargica schikanös; auch hier veränderte sich der Charakter völlig. Das Endresultat der Krankheit bezeichnet Aschaffenburg als „Dementia encephalitica“. Er glaubt nicht, daß die geistigen Störungen restlos ausheilen können. Auerbach beschreibt einen Fall von Encephalitis epidemica lethargica, bei der eine komplette Lähmung des Fazialis acht Tage bestand, dann schwand und die Patientin bald darauf unter äußerstem Zwangslachen zu leiden hatte. Beltz sah bei einer Graviden anfangs eine Art Diabetes insipidus mit starker Polyurie. Beltz faßt diese Erscheinung als einen encephalitischen Herd im Mittelhirn auf. Einmal beobachtete er auch das familiäre Auftreten der Encephalitis epidemica lethargica bei Eheleuten. Bonsmann stellte mit der Goldreaktion im Liquor bei der Encephalitis epidemica lethargica eine hochgradige Ausfällung des Goldsols im Liquor fest, wenn Nonne-Reaktion angedeutet war. Die Veränderung des Goldsols reichte noch bis in die Rekonvaleszenz. Thomas behandelte 3 Kinder, ein Fall ging ad exitum, 2 verblödeten völlig. Der eine davon zeigte Leukopenie. Anton Frank konnte Streptococcus lanceolatus aus der Gehirnschubstanz züchten, aber nicht aus dem Liquor. Ob er ätiologisch in Frage käme, läßt er dahingestellt. Im Schlußwort betont Heß noch einmal die sehr schlechte Prognose. Bei zusammenliegenden Patienten sei offenbar die Infektionsgefahr nicht groß. Durch wiederholte vorsichtige Lumbalpunktion hat er mehrfach erhebliche Erleichterung beobachtet.

Die

Ansc.

(Köln, Allgemeiner ärztlicher Verein, 4. 4. 1921.)

Krankheitsbilder.

Hautdiphtherie in der Landpraxis. Von Dr. R. Spiegelberg auf Insel Poel bei Wismar. „Ueber die Wunddiphtherie sind aus Krankenhäusern viele Beobachtungen über Endemien veröffentlicht. Auch in der allgemeinen Praxis scheint ihr Vorkommen nicht ungewöhnlich. Das familiäre Auftreten und ihr klinisches Verhältnis zur Mandeldiphtherie läßt sich vom praktischen Arzte wohl besser beobachten als im Krankenhause. Ich habe nun 11 Fälle beobachtet, bei welchen jedesmal durch das Landesgesundheitsamt zu Schwerin im Wundabstrich Diphtheriebazillen nachgewiesen wurden. Was die einzelnen Fälle betrifft, auf welche ich nur zusammenfassend eingehen kann, so bestand bei einem eine mit pfenniggroßer Membran belegte Fingerwunde, bei einem anderen am Leib zwei etwa pflaumengroße Geschwüre mit festhaftendem schwartigen Belage sowie ein pfenniggroßes Geschwür mit Membran an der rechten hinteren Achselfalte; auch in diesem fanden sich Diphtheriebazillen. Bei einem dritten Fall bestand eine pfenniggroße Druckwunde am rechten äußeren Fußknöchel. Sehr bemerkenswert verlief die Wunddiphtherie bei 2 Schwestern. Beide bekamen spontan an beiden Füßen kleine wunde Stellen, die erst wie Impetigo erschienen, mit dünn aufgehobener Epidermis ringsum; durch Nekrose der Haut bildete sich in der Mitte ein festhaftender, schwartiger „Belag“, nach dessen Abziehen zum Teil Blutpunkte auftraten, zum Teil ein mäßig tiefes Geschwür entstand. In diesem Falle waren vorher eine 9jährige Schwester und die Mutter an ziemlich schwerer Mandeldiphtherie erkrankt. Eine prophylaktische Seruminjektion konnte die Wunddiphtherie nicht verhüten. Bei einem anderen Fall bestanden zunächst zwei pfenniggroße Geschwüre im Nacken, eins noch mit derbem, festhaftendem Belage, nach dessen Abziehen punktförmige Blutungen auftraten; nach 3 Tagen war am Nabel, die ganze Nabelgrube auskleidend, ein derber, schwartiger „Belag“. An beiden Stellen Diphtheriebazillen. Nach 4 Monaten trat eine motorische und sensible Parese der Extremitätennerven ein, die ich als allgemeine Extremitätenparese nach Hautdiphtherie auffasse. Bei einem weiteren Falle trat im Anschluß an oberflächliche Maschinenquetschung des linken Handrückens eine fünfmarkstückgroße, weißliche Nekrose der ganzen Haut auf. Diphtheriebazillen im Wundsekret. Auf dem Hofe (Na.), auf dem der Kranke arbeitete, hatten gleichzeitig 2 Kinder Rachendiphtherie. Analoge Fälle sah ich noch zweimal, die 3 übrigen Fälle boten nichts Bemerkenswertes, außer dem Nachweis von Diphtheriebazillen im Wundsekret. Die von mir beobachteten klinischen Entwicklungsstadien der Hautdiphtherie waren folgende:

1. Impetiginöse Oberhautentzündung (Spongiose), Abhebung eines dünnen Epidermishäutchens; beim unbehandelten, noch fortschreitenden Geschwür zeigen die Randteile fast stets die gleiche Aufhebung der Hornschicht.

2. Nekrose der gesamten Epidermis und Umwandlung in eine mehr oder minder derbe, fibrinöse Membran („Belag“ ist eigentlich keine richtige Bezeichnung). Beim Abziehen derselben werden die Papillen der Lederhaut zum Teil mit durchrissen, so daß Blutpunkte auftreten.

3. Nekrose der Lederhaut, evtl. tiefer ins Unterhautzellgewebe hinabsteigend. Derbe, weißliche Schwarte. Meist geringe Sekretion. Bei Austrocknung schwärzliches Einschrumpeln. Nach Demarkierung tieferes Geschwür. Einmal (Fall 10) karbunkelähnliches, schwammiges Vordringen bei einem Rezidiv.

Therapie: Alle Fälle heilten mit einer Ausnahme glatt bei ambulanter Behandlung, vor allem mit Jodoform oder weißer Präzipitatsalbe. Bei Aolan- bzw. Caseosaneinspritzungen konnte ich keine raschere Demarkierung feststellen, Heilserum war wirkungslos.“
(D. m. W. 1921 Nr. 36.)

E. Engelking: Ueber Schwimmbadkonjunktivitis. Es wird über eine zur Zeit in Freiburg herrschende Epidemie von Schwimmbadkonjunktivitis berichtet. Betroffen sind bisher ausnahmslos Angehörige eines und desselben Schwimmsportvereins. Der Beginn der Erkrankung ist, in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen aus anderen Epidemien, in den meisten Fällen durchaus trachomähnlich; besonders auffallend sind die zahlreichen glasigen Follikel in der tarsalen Bindehaut und vor allem in den Uebergangsfalten, gepaart mit mäßiger Ptosis; häufig zunächst, bisweilen auch dauernd einseitiger Verlauf. Ein großer Teil der Fälle zeigt Mitbeteiligung der Kornea in Form feinsten oberflächlicher Infiltrationen. Im Gegensatz zum Trachom bisher in allen Fällen benigner Verlauf der Erkrankung. Bemerkenswert ist noch ein dem Krankheitsbilde offenbar zugehöriger Tubenkatarrh von zum Teil nicht unbeträchtlicher Dauer, der mit störender Beeinträchtigung des Gehörs einherzugehen pflegt und der schon frühzeitig einsetzen kann. Im Sekret und kulturell kein ätiologisch in Betracht kommender Erreger nachweisbar, wohl aber im Epithelabstrich und im Schnitt Provaczek-Halberstädtersche Körperchen. Bei dem einzigen Fall (10 jähriges Mädchen), der bei klinisch wie mikroskopisch und bakteriologisch gleichen Krankheitserscheinungen einen Zusammenhang mit dem infizierten Bade nicht erkennen ließ, fand sich bei weiterer Nachforschung eine floride Genitalgonorrhoe. — Die Beobachtung dieser Epidemie, die weiter ver-

folgt werden wird, ist insofern von Interesse, als sie in einem trachomfreien Lande stattfindet. Vortragender erörtert die Frage, wie weit vielleicht bei der „Schwimmbadkonjunktivitis“ auch ein genitales Virus in Frage kommen konnte.

(Freiburg, Mediz. Gesellschaft, 3. 5. 21.)

Toxikologisches.

Eine Intoxikation mit Sedobrol. Von Dr. Kurt Ochsenius, Chemnitz. „Bei einem 4 $\frac{1}{2}$ jährigen Mädchen trat im Anschluß an eine leichte Grippeerkrankung folgendes eigenartige Krankheitsbild auf: Ausgesprochene Schlafsucht, in wachem Zustand leichte Benommenheit, stammelnde Sprache, taumelnder Gang. Dabei waren keinerlei Symptome einer Reizung der Meningen nachzuweisen, Kernig und Brudzinski negativ. Die Reflexe waren sehr träge, der Würgregreflex aufgehoben. Durch Excitantien (Kaffee, Abreibungen mit Olivenöl und Spiritus) wurde das Kind etwas lebhafter, eine Klärung des Falles war aber erst nach zwei Tagen möglich. Die Mutter gab auf Befragen dann zögernd Folgendes zu: Von einer Bekannten waren ihr Sedobroltabletten als Kräftigungsmittel gegeben worden, und sie hatte nun dem Kinde als zweites Frühstück täglich eine Suppe aus vier Sedobroltabletten = 4,4 g Bromnatrium gegeben. Das prompte Verschwinden der Symptome nach sofortigem Aussetzen dieses „Frühstücks“ bestätigte die Richtigkeit der Auffassung des Zustandes als Bromnatriumvergiftung. Der Fall verdient meines Erachtens deshalb eine Veröffentlichung, weil Medikamente, die durchaus nicht indifferenter Natur sind, wie z. B. das Sedobrol mit seinem Gehalt an Bromnatrium, unbedingt durch einen Vermerk ‚Nur auf ärztliche Anordnung zu nehmen,‘ gekennzeichnet werden müßten.“ (M. Kl. 1921 Nr. 35.)

Zur Therapie der Kokainvergiftung. Von Dr. Karl Mayer (Aus der oto-laryngologischen Klinik Basel). Aus den Untersuchungen ergibt sich: Morphinum, vor oder nach Kokain gegeben, verstärkt die toxische Wirkung des Kokains ganz erheblich und ist infolgedessen als Gegenmittel ungeeignet. Beim Frosch wurde durch Kalziumchlorid die toxische Wirkung des Kokains abgeschwächt bzw. aufgehoben. (Schweiz. med. Wschr. 1921 Nr. 33.)

Aust und Kron (Nauen). Die Vergiftungsgefahr bei Verwendung des Bariums als Kontrastmittel für Röntgendurchleuchtungen. Neben den bereits verlassenen Bariumpräparaten sind auch das Sulfat und Karbonat nicht unbedenklich, da sie bei gewissen Verhältnissen in Magen und Duodenum löslich werden und ihre Giftwirkung entfalten können. Als Ersatz wird Magneteisensteinpulver empfohlen. (Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1921 Nr. 12.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Die Verhütung von Fingersteifigkeiten. Von A. Krecke in München. „Die erste Ursache für das häufige Auftreten von Fingersteifigkeiten nach Verletzungen und Entzündungen ist eine sachliche. Infolge der Erkrankung entwickelt sich in den Fingern ein Oedem, das die Bewegungen der einzelnen Gelenke erschwert und schmerzhaft macht. Je länger das Oedem bei ruhig gestellten Gelenken besteht, um so eher führt es zu einer Verdickung der Gelenkkapsel. Diese Kapselverdickung macht jeden Bewegungsversuch schmerzhaft, das Fehlen der Bewegungsversuche erhöht wiederum die Gelenkversteifung. Das eine Uebel vermehrt das andere. Setzt nicht eine energische ärztliche Behandlung ein, so wird die Gelenkversteifung zu einer dauernden, die kaum mehr ausgeglichen werden kann.

Die zweite Ursache der Gelenkversteifungen ist eine persönliche: die von den Aerzten durch entsprechende Verbände vorgenommene Ruhigstellung wird auch auf die gesunden Gelenke ausgedehnt und viel zu lange fortgesetzt. Wie oft sieht man es, daß wegen eines einfachen Panaritiums des kleinen Fingers die ganze Hand Wochen hindurch auf ein Brett aufgebunden wird, ohne daß je die gesunden Finger bewegt werden. Wie oft muß man es erleben, daß bei einem einfachen Radiusbruch die sämtlichen Finger mit eingegipst werden, nicht nur für 8 Tage, wie es genügend wäre, sondern für Wochen und gar für Monate. Während des Krieges konnte man Vorderarmverletzungen sehen, bei denen der ganze Arm einschließlich der Finger ein halbes Jahr lang auf eine Schiene aufgebunden war, wo eine Ruhigstellung von 4 Wochen vollkommen genügt hätte, und wo eine Ruhigstellung der Finger überhaupt nicht nötig gewesen wäre.“ — „In den oben dargelegten Ursachen für die Entstehung der Steifigkeit sind auch die Momente gegeben, die zu deren Verhütung dienen. Die Hauptbehandlung der Fingersteifigkeiten muß eine prophylaktische sein.

1. Bei jeder Verletzung der oberen Extremitäten, die nach abwärts nicht über den Bereich der Mittelhand hinausgeht, sind die Finger vom Verbands völlig frei zu lassen. Der Verband darf immer nur bis zu den Köpfchen der Mittelhandknochen reichen, damit die Finger völlig freien Spielraum für Bewegungen haben. Auch bei Entzündungen im Bereiche des Handgelenkes, der Mittelhand und des Vorderarms sollen die Finger vom Verbands vollkommen frei bleiben, solange nicht eine sehr heftige Schmerzhaftigkeit eine vorübergehende Immobilisierung auch der Finger

notwendig macht. Eine solche Immobilisierung der Finger wird im allgemeinen nur für einige Tage notwendig sein. Wir haben mehr und mehr gelernt, daß auch bei Entzündungen eine baldige Wiederaufnahme der Bewegungen nicht so schädlich ist, wie man früher geglaubt hat. Besonders für die Gelenkentzündungen hat uns Bier gelehrt, daß bei seiner Stauungsbehandlung eine baldige Bewegung der Gelenke eher Vorteile als Nachteile bringt. So ist es nicht angängig, daß man bei einer Tuberkulose des Handgelenks neben dem Handgelenke auch die Finger immobilisiert. Hier müssen die Finger in allen Fällen vom Verbands frei bleiben. Leider sieht man gerade bei der Tuberkulose des Handgelenkes immer wieder vollkommene Fingerversteifungen, die sich mit Leichtigkeit hätten vermeiden lassen. Insbesondere gefährdet sind die Mittelhand-Fingergelenke.

2. Bei Verletzungen der Hand und des Vorderarms sind die Kranken, falls keine Neigung zu Fieber und entzündlichen Erscheinungen besteht, vom ersten Tage der Verletzung an anzuhalten, aktive Bewegungen mit ihren Fingern auszuführen. Diese aktiven Bewegungen sollen nicht in der Weise geschehen, daß die Kranken ihre Finger spielend hin und her bewegen. Sie müssen vielmehr in der Weise vorgenommen werden, daß methodisch jedes einzelne Glied, unter Fixierung des nächsthöheren Gliedes, in Pausen gebeugt und gestreckt wird. Auch bei Entzündungen sind derartige Bewegungen in gleicher Weise auszuführen, bei großer Schmerzhaftigkeit der entzündeten Teile muß man selbstverständlich auf die Empfindlichkeit der Kranken Rücksicht nehmen. Bei entsprechender Behandlung darf man aber erwarten, daß die große Schmerzhaftigkeit immer nach einigen Tagen abnimmt.

3. Die fixierenden Verbände am Vorderarm dürfen nur so lange liegen bleiben, als es eben erforderlich ist. Bei den gewöhnlichen Verstauchungen und Quetschungen genügt eine Immobilisierung von 3—4 Tagen, um die Verletzungsschmerzen zum Verschwinden zu bringen. Bei Radiusfrakturen ohne Verschiebung ist in der Regel nur eine Ruhigstellung von 8 Tagen, in vielen Fällen auch nur von 3—4 Tagen notwendig. Bei Frakturen der Vorderarmknochen genügen gewöhnlich 3—4 Wochen, um ein völliges Festwerden der Knochen zu erzielen. Sobald man den Wiedereintritt der Knochenfestigkeit erkannt hat, sind die ruhigstellenden Verbände, zunächst für kürzere Zeit, fortzulassen, und es sind vorsichtige Bewegungen in allen Gelenken vorzunehmen.

4. Bei Verletzungen der Finger ist der Verband stets auf den einen verletzten Finger zu beschränken. Man muß es immer wieder sehen, daß bei einer ganz harmlosen Phalangenfraktur die sämtlichen Finger und die Hand dick eingebunden sind. Die Folge

ist eine völlige Versteifung sämtlicher Gelenke. Ein solch großer Verband ist in der Regel nur für kurze Zeit notwendig. Später genügt ein kleiner Heftpflasterverband für den betreffenden Finger, so daß den übrigen Fingern völlig freie Beweglichkeit gestattet wird.

5. Das Gleiche gilt für die Entzündungen der Finger. Es ist durchaus unstatthaft, bei einem einfachen Panaritium die sämtlichen Finger ruhigzustellen. Das kann vielleicht für einige Tage erlaubt sein. Sobald aber der Hauptschmerz verschwunden ist, müssen die übrigen Finger und die Hand vom Verbands freigelassen werden. Nach meinen Erfahrungen genügt es in jedem Fall von subkutanem Panaritium durchaus, den betreffenden Finger einzubinden, die übrigen Finger können vollkommen freigelassen werden. Bei Sehnenscheidenpanaritium und bei Knochenpanaritium kann man vielleicht etwas länger immobilisieren, aber auch hier soll möglichst bald der Verband auf den kranken Teil beschränkt werden. Wenn man diese 5 Punkte bei allen Verletzungen und Entzündungen von Hand und Arm sorgfältig berücksichtigt, so wird man im allgemeinen keine Fingerversteifungen schlimmerer Art erleben. Dem Patienten wird der Arzt mit diesen Maßnahmen allerdings keinen großen Eindruck machen. Der Patient sieht nicht, welche hochgradige Steifigkeit unter Umständen hätte entstehen können und möchte am liebsten die Hand völlig ruhiggestellt haben. Er beschwert sich womöglich noch über den Arzt, über dessen ständige Plagerei und die vielen Schmerzen, die er bei den Bewegungsübungen auszustehen gehabt hat. Dem Arzt wird es aber eine große Befriedigung gewähren, wenn er bei einem Sehnenscheidenpanaritium nach Heilung der Wunde alle anderen Finger frei beweglich sieht, oder wenn er bei einer Radiusfraktur schon nach 3—4 Wochen eine völlig ungestörte Funktion von Hand- und Fingergelenken zu verzeichnen hat. Ist einmal eine Steifigkeit vorhanden, so ist deren Beseitigung eine außerordentlich schwierige. Jetzt heißt es, mit aller Energie den Versteifungen der Gelenke und Sehnen entgegenzutreten und alle Mittel anzuwenden, um die Gelenke wieder beweglich zu machen. Die Mittel dazu sind: Massage, Handbäder, Heißluftbäder und Bewegungsübungen. Als das wichtigste Mittel müssen die Bewegungsübungen erklärt werden. In gleicher Weise, wie wir es oben für die Verhütung der Fingersteifigkeiten festgestellt haben, müssen jetzt die versteiften Gelenke durch selbsttätige und fremdtätige Übungen dauernd in Tätigkeit gehalten werden. An den Fingern sind diese Übungen am allerschwierigsten anzustellen. Die Schwierigkeit liegt vor allen Dingen darin, daß man das nächsthöhere Glied nicht in der Weise feststellen kann, wie es zu einer richtigen Bewegungsübung erforderlich ist, und daß die so wertvollen Pendel-

übungen an den Fingern nur schlecht vorgenommen werden können. Es sind eine ganze Reihe von sinnreichen Apparaten angegeben worden, um auch an den Fingern die Bewegungen in richtiger Weise vornehmen zu lassen, aber keiner von denselben hat bisher vollkommen seinen Zweck erreicht. Am besten hat sich noch immer das schon oben erwähnte Verfahren der selbsttätigen Fingerübungen bewährt, das wir an einem Beispiel erläutern wollen. Wir wollen annehmen, es handle sich um die Mobilisierung des Endgelenks vom linken Zeigefinger. Zur Ausführung von aktiven Bewegungsübungen wird der Patient veranlaßt, mit Daumen und Zeigefinger der rechten Hand das Mittelglied zu umfassen und dasselbe so völlig unbeweglich zu halten. Es kostet immer einige Mühe, bis der Patient den Witz der Uebung erfaßt hat, und man muß es sich nicht verdrießen lassen, ihm immer wieder den richtigen Handgriff zu zeigen. Das Daumenendglied muß auf der Beuge-seite liegen, die Daumenbeere muß genau mit der Falte zwischen Mittel- und Endglied des Zeigefingers abschneiden. Hat der Kranke das Mittelglied fest fixiert, so wird er aufgefordert, mit dem Endgelenk ganz langsam Beuge- und Streckbewegungen vorzunehmen. Jeder Kranke sagt zunächst: „Es geht nicht“. Im Anfang wird er gar nichts oder fast gar nichts zuwegebringen, auch stellt er sich ganz ungeschickt an, indem er nur ganz unbedeutende Bewegungen ohne jede Kraftanstrengung ausführt. Der Arzt muß darauf dringen, daß der Patient zunächst eine kräftige Beugung ausführt und dann versucht, das Fingerglied in der leicht gebeugten Stellung zu halten. Nach einer kurzen Pause bringt er das Fingerglied wieder in Streckstellung und macht dann wiederum eine Pause. So geht das Spiel weiter, und allmählich wird der Kranke dahinterkommen, wie er seine Muskeln und Gelenke zu betätigen hat, um eine Beuge- und Streckwirkung von zunächst 1—2° zu erreichen. Ganz allmählich wird der Winkel der Bewegung sich vergrößern, und je mehr der Patient Fortschritte sieht, um so mehr wird er selbst Freude an dem Erreichten haben. Nach und nach werden so sämtliche Fingergelenke der betreffenden Hand durchgearbeitet. Die wichtigsten Gelenke sind die Endgelenke, und diesen ist darum die größte Beachtung zu schenken. Sind einmal die Endgelenke beweglich, so gelingt es auch nach nicht langer Zeit, gleichfalls die Mittel- und Grundgelenke beweglich zu machen. Der Patient muß den ganzen Tag auf diese Uebungen verwenden und nicht nur von dem Arzt, sondern auch von der Krankenschwester und den Angehörigen immer wieder angehalten werden. Neben diesen aktiven Uebungen sind selbstverständlich auch passive Uebungen vorzunehmen. Der Patient selbst oder eine andere Person arbeitet die sämtlichen Fingergelenke nach und nach durch,

alle ausgiebig beugend und streckend. Auch diese Uebungen sind von großem Wert, an Bedeutung können sie aber an die aktiven Uebungen nicht heranreichen.“ (M. m. W. 1921 Nr. 40.)

b) Innere Krankheiten.

Ueber Behandlungsversuche der chronischen Amöbenruhr mit Yatren. Von P. Mühlens und W. Menk (Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg). „Allgemein sei über die von uns angewendete Behandlungsmethodik noch Folgendes kurz angegeben: Die Anwendungsweise der Wahl scheint uns — namentlich bei positivem rektoskopischen Befund — die Einführung per rectum von 200 ccm einer körperwarmen $2\frac{1}{2}$ —5%igen Lösung mittels großer Klistierspritze oder Einlauf nach vorherigem hohem Reinigungseinlauf zu sein. Diese Lösung konnte selbst von empfindlichen Kranken stundenlang im Darne behalten werden. Dabei fand eine unmittelbare Einwirkung des Medikaments an den erkrankten Stellen sowie eine ergiebige Resorption vom Dickdarm aus statt, die durch Prüfung des Urins mit Eisenchlorid leicht zu kontrollieren war. Per os gaben wir Erwachsenen die Pulverform des Yatrens entweder in Oblaten, 3 mal täglich 1 g, oder in Pillen, 3 mal täglich je 4 Pillen zu 0,25 g Yatren. Wir hatten uns für diese Zwecke keratinierte Pillen herstellen lassen, die sich erst im Darm lösen sollten. Im allgemeinen wurde Yatren per os gut vertragen. Einige Kranke klagten jedoch über ein Druckgefühl bzw. andere unangenehme Sensationen in der Magengegend nach Yatreneinnahme, die aber niemals so erheblich wurden, daß wir mit der Verabreichung aussetzen mußten. Intoxikationserscheinungen irgendwelcher Art wurden nicht beobachtet. Von einem Versuch der intramuskulären Behandlung mit Injektionen von je 10 ccm einer 5%igen Yatrenlösung an 3 aufeinander folgenden Tagen (im ganzen wurden 3,5 g Yatren gegeben), die gut vertragen wurde, sahen wir keinen Erfolg. Das folgende Behandlungsschema glauben wir nach unseren bisherigen Versuchen empfehlen zu können: Zunächst 8—14 Tage lang täglich Behandlung mit Einläufen oder den genannten Dosen per os unter rektoskopischer und mikroskopischer Kontrolle des Befundes. Nach 7 Tagen Pause; Wiederholung der Behandlung an 3—7 aufeinander folgenden Tagen. Nach gleicher Pause nochmals Yatren an 3—5 Tagen. Weitere Wiederholungen nur dann, wenn nach 5—6 wöchiger Behandlung keine Heilung eingetreten zu sein scheint. Während der Behandlungsperioden wenn möglich Einhalten von Ruhe und zweckmäßiger Kost. Schluß: Unsere berichteten wenigen Beobachtungen beweisen vorläufig noch gar nichts bezüglich einer

definitiven Heilung unserer Amöbenruhrfälle. Jeder Tropenarzt weiß, daß man eine solche erst nach vielen rezidivfreien Jahren denken darf. Wenn wir trotzdem die von uns gesehenen geradezu verblüffenden Erfolge der Yatrenbehandlung in verzweifelten chronischen Amöbenruhrfällen schon in der Sitzung des ärztlichen Vereins in Hamburg vom 8. 3. 1921 demonstriert und heute etwas ausführlicher mitgeteilt haben, so geschah das, um zu Nachprüfungen der Behandlung bei akuter und chronischer Amöbenruhr sowie auch bei anderen infektiösen (Bazillenruhr, Typhus, Cholera) und ulzerösen Darmprozessen anzuregen. Da unser Krankematerial zurzeit gering ist, so haben wir ansgedehnte Nachprüfungen unter genauer rektoskopischer und parasitologischer Kontrolle in tropischen Amöbengegenden (Brasilien, Chile und Niederländisch-Indien) veranlaßt. Das Resultat bleibt abzuwarten. Zusammenfassend wollen wir heute nur sagen, daß wir in dem Yatren ein neues hervorragendes Adjuvans für die Behandlung der Amöbenruhr gefunden zu haben glauben, über dessen Dauer- oder gar spezifische Wirkung erst weitere ausgedehntere Versuche und jahrelange Beobachtungen entscheiden können.“

(M. m. W. 1921 Nr. 26.)

Singultus behandelt Prof. Dr. E. Fuld (Berlin) durch Einführen eines Magenschlauches, der ein paar Minuten liegen bleibt.

(B. kl. W. 1921 Nr. 36.)

Optarson als appetitanregendes Mittel bei Lungentuberkulösen wandte Dr. Schultes (Lungenheilstätte Grabowsee) an und erzielte bisweilen bemerkenswerte Erfolge, auch in Fällen, wo alle anderen Mittel versagt hatten.

(Ther. d. Gegenw. August 1921.)

Peptozon bei Hypersekretion und Hyperazidität. Von Prof. Dr. C. Lewin (Berlin). Die experimentellen Erfahrungen Bickels mit Peptozon, einer Mischung von 30% igem Magnesium-superoxyd und Agar-Agar (Chem. Fabrik Arcula in Rostock) ergaben, daß das Präparat eine mechanische Wirkung hat (Mageninhalt wird gallertig und so die Reizung der Magenschleimhaut möglichst eingeschränkt) und eine chemische (Azidität wird niedergehalten), sowie eine biologisch-chemische (Saftwirkung wird zurückgehalten). Diese Erfahrungen veranlaßten Verf., bei Kranken Versuche zu machen. Dabei zeigte sich der Magensaft nach Peptozon in eine gallertige Masse umgewandelt, in der die Speisereste eingehüllt liegen, ganz ähnlich, wie das Bickel im Tierversuch gefunden hat. Es neutralisiert das Peptozon nicht nur die Säure

des Magensaftes in erheblichem Grade. Durch die erhöhte Schleimbildung unter der Einwirkung des Magnesiumsuperoxyds sowie durch die gallertige Umwandlung des Mageninhalts infolge der Quellung des Agar-Agar wird auch eine Herabsetzung der Saftproduktion der Magendrüsen direkt bewirkt, indem der Reiz des Nahrungsbreies auf die Magenschleimhaut mechanisch verringert wird. Es geht also daraus hervor, daß die Verwendung des Peptozons bei allen Zuständen von Hyperazidität und Hypersekretion indiziert ist. In Dosen von dreimal täglich einen gestrichenen Teelöffel, eine viertel Stunde nach den Mahlzeiten genommen, beseitigt es in vorzüglichem Grade die lästigen Beschwerden des Kranken und wird daher, zumal es ziemlich geschmacklos ist, gern genommen. Eine sehr erwünschte Nebenwirkung des Präparates ist seine abführende Eigenschaft, die nicht nur durch die Magnesia, sondern auch durch den Agar-Agar-Gehalt erklärlich ist, beide ja als Abführmittel gut gekannt. Diese abführende Wirkung ist um so erwünschter, weil bekanntlich gerade bei vielen Ulkuskranken mit Hypersekretion oder Hyperazidität höchst lästige Zustände von Verstopfung bestehen.

(M. Kl. 1921 Nr. 30.)

Apyron, Magnesium acetylosalicylicum. Von Dr. H. Fischer (St. Vinzenzhaus in Köln). Als Ersatzmittel für Aspirin wurde vor einigen Jahren von Johann A. Wülfing (Berlin) ein Präparat hergestellt, bei dem die Acetylsalicylsäure an Lithium gebunden war. Unter dem Namen Apyron kam dies Medikament in den Handel. Neuerdings hat nun dieselbe Fabrik eine Verbesserung vorgenommen, indem sie das Lithium durch Magnesium ersetzte. Das Magnesium acetylosalicylicum hat den Namen Apyron behalten. Es setzt sich zusammen aus 93,8% Acetylsalicylsäure und 6,2% Magnesium. Inbetreff des Acetylsalicylsäuregehaltes unterscheidet es sich von dem Lithium acetylosalicylicum, das 96,26% Acetylsalicylsäure enthielt, nur wenig. Das neue Apyron kommt in der gleichen Form wie das frühere als Tabletten zu 0,5 g und als Pulver in Ampullen zu 1,0 g, letzteres zur intramuskulären und subkutanen Injektion, in Gebrauch. Bei Rheumatismen und Neuralgien entfaltet das angenehm schmeckende Mittel die gleiche Wirkung wie Aspirin (3 mal täglich 2 Tabletten). Sehr prompte Wirkung bei Ischias (2 mal täglich eine Injektion von 1 g in 3—5 ccm Wasser ins Gesäß). Keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen. (Ther. d. Gegenw. Juli 1921.)

Ueber die Verwendung der Treupelschen Tabletten bei der Bekämpfung von Schlafstörungen. Von Oberarzt Dr. J. E. Kayser-

Petersen (Aus der Medizinischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt a. M.). Treupel hat Tabletten angegeben, die aus Phenazetin, Aspirin und Cod. phosphor. in bestimmten Gewichtsverhältnissen bestehen¹⁾. Während die vorzügliche Wirkung dieser Treupelschen Tabletten bei neuralgischen und kolikartigen Schmerzen aller Art genügend bekannt ist (nur bei Menschen, die Aspirin nicht vertragen, macht sich die schweißtreibende Wirkung dieses Bestandteiles unangenehm bemerkbar), wird die Anwendungsmöglichkeit bei der Bekämpfung der Schlafstörungen nicht häufig genug in Betracht gezogen. Gerade bei der Bekämpfung der Schlafstörungen gilt der Grundsatz, daß wir versuchen müssen, „die Bekämpfung eines Symptomenkomplexes von verschiedenen Seiten aus einzuleiten“. Es ist selbstverständlich, daß dort, wo Schmerzen die Ursache der Schlaflosigkeit sind, deren Beseitigung auch den ersehnten Schlaf bringen wird, und hier liegt schon ein weites Gebiet für die Anwendung der Treupelschen Tabletten. Aber auch in anderen Fällen, besonders bei Erregungszuständen, macht sich die beruhigende Wirkung in äußerst günstiger Weise geltend. Ganz besonders gut beeinflussen die Tabletten den Hustenreiz, der ja bekanntlich eine recht häufige Ursache der Schlaflosigkeit ist. Vor allem bei Kindern, die durch das fortwährende Husten und die immer von neuem erfolgende Reizung der Schleimhäute in einen Circulus vitiosus hineinkommen, ist die Wirkung einer viertel Tablette (von 1—2 Jahren) oder einer halben Tablette (von 3—10 Jahren) nicht nur die, daß die Nacht vollkommen ruhig verläuft, sondern auch die einer eben durch die Beruhigung bewirkten schnellen Abheilung des ganzen Krankheitsprozesses. Es bleiben noch genug Fälle übrig, in denen das gewünschte Ziel nicht erreicht werden kann. Hier möchte Verf. dringend empfehlen, die Kombination von Adalin und Treupelschen Tabletten zu versuchen, die sich sehr bewährt hat. Es gelingt mit dieser Medikation, bei der also zu der Wirkung der Bestandteile der Tabletten noch die Wirkung des Bromdiäthylazetylharnstoffs hinzutritt, sehr häufig, den Schlaf herbeizuführen. Aber auch bei den ganz hartnäckigen Fällen, in denen man ohne die eigentlichen Hypnotika nicht auskommt, ja diese oft in ihrer Wirkung nicht ausreichen, hat Verf. von der Kombination von Medinal, Adalin und Treupelschen Tabletten sehr Gutes gesehen. Verf. gibt in solchen Fällen z. B. um 6 Uhr eine Tablette, um 7 Uhr 0,5 Medinal und 1 bis 1 $\frac{1}{2}$ Stunden später 0,5—1,0 Adalin. Auch hier gilt der Satz, „daß

¹⁾ Die Treupelschen Tabletten werden von den „Chemisch-Pharm. Werken Bad Homburg“ in den Handel gebracht.

wir im allgemeinen bereits über eine genügende Zahl von bewährten Mitteln verfügen und daß, wo diese Mittel einzeln zu versagen scheinen, oft durch Zusammenstellung mehrerer gleichsinnig oder in verschiedener Richtung wirkender Arzneistoffe ein Heil-effekt erzielt werden kann“.

(D. m. W. 1921 Nr. 31.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Formoformseife. Von Prof. Heinz in Erlangen. Auf Verfs. Veranlassung bringt die Chemische Fabrik Dr. Ivo Deiglmayr (München) „Formoformseife“ in den Handel. „Formoformstreupulver“ (3% ig und 1,5% ig) wird in Strümpfe bzw. zwischen die Zehen, in die Achselhöhlen, die Leistenfalten, die Nates eingestäubt. Mit Formoformseife schäumt man, nachdem man sie angefeuchtet hat, die betreffenden Teile tüchtig ein und trocknet dann mit dem Handtuch leicht ab. Die Formoformseife, 10% Paraformaldehyd enthaltend, hat natürlich dieselbe Wirkung wie das Formoformstreupulver. Sie wirkt desinfizierend und desodorierend; sie nimmt sofort jeden üblen Geruch fort und wirkt zugleich eminent schweißwidrig; sie macht die Haut widerstandsfähig und verhindert Rhagaden- und Ekzembildung („Wolf“) und mindert die Sekretionsbildung an Anal- und Leistengegend und Glans penis und Praeputium. Da sie als Seife daneben „reinigend“ wirkt, ist sie zu täglichen Waschungen der genannten Teile — morgens und abends — geeignet. Tagsüber ist Einstäuben mit Formoformstreupulver zu verwenden.

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

Ecrasol, ein neues Krätzeheilmittel. Von San.-Rat Dr. Otto Müller in Berlin. Das Ecrasol (eine flüssige Styraxseife) besitzt die großen Vorzüge: wasserlöslich, geruchlos, sauber; schon diese würden bei gleicher Heilwirkung dem Mittel unzweifelhaft den Vorrang vor den bisher gebräuchlichsten geben. Ecrasol wurde an drei aufeinanderfolgenden Abenden nach kurzem Erwärmen (übrigens bei der neuen Herstellungsform nicht mehr erforderlich) in die angefeuchtete Haut des Körpers stark bis zur Trockenheit eingerieben, wozu das Quantum je nach der Größe des Patienten von 1 bis 2 Originalflaschen à 100g erforderlich war; nach 3 Tagen wurde ein warmes Seifenbad genommen, und danach war das Leiden in fast allen Fällen beseitigt, nur selten mußte nach einiger Zeit eine zweite Kur angeschlossen werden. Mit drei Applikationen an einem Tage, wie Schäfer empfiehlt, kam Verf. nicht aus. Er nahm später auch Gelegenheit, bei dem sehr quälenden postskabiösen Ekzem das Mittel zu versuchen, und kann auch hier von besten Erfolgen berichten. Ebenso leistete

Ecrasol bei juckendem, nicht kontagiösem Ekzem der Kinder gute Dienste und wurde auch hier gut vertragen.

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

Die Behandlung oberflächlicher Hautaffektionen mit Zergalin. Von Dr. E. Rieß (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Berlin). „In unserer Poliklinik behandeln wir seit einem Vierteljahr versuchsweise Fälle von chronischen, nässenden Ekzemen der Beine und der Brustwarze, ferner Fissuren und Rhagaden, Pruritus, Intertrigo und ähnliche oberflächliche Hautaffektionen mit geringer seröser beziehungsweise eitriger Absonderung, mit einem uns von der Chemischen Fabrik C. A. F. Kahlbaum (Berlin-Adlershof) zur Verfügung gestellten Wundstreupulver Zergalin. Dasselbe ist eine basische Verbindung der Cer-Erden mit Gallussäure, von grauer Farbe, fühlt sich staubfein, trocken an und ballt sich nicht zusammen. Es löst sich nicht in Wasser und organischen Lösungsmitteln, dagegen ist es in Alkalien löslich. Die Patienten vertragen das Pulver gut, der Juckreiz schwindet, die serös-eitrig Exsudation läßt nach, die Wundflächen trocknen infolge der feinpulverigen Beschaffenheit und hohen Aufsaugfähigkeit des Präparates rasch ein, und die Wunden bekommen dadurch bald ein reizloses Aussehen. Beschmutzungen der Wäsche durch das Mittel sahen wir nicht. Bei einigen Kranken mit besonders empfindlicher Haut benutzten wir vorteilhaft eine 10%ige Mischung mit Talkum. Die Verwendungsmöglichkeit des Zergalins in der chirurgischen Praxis entspricht etwa derjenigen des Bismutum subgallicum, und hat vor letzterem besonders in der gegenwärtigen Zeit ökonomische Vorteile, da das Cer als Abfallprodukt der Glühlichtindustrie leichter zu beschaffen ist, als das teure Wismut.“

(M. Kl. 1921 Nr. 19.)

Mersalyl, eine schmerzlose Modifikation der Hg. sal.-Injektion, nach Dr. J. Schwab (Mannheim): „Um die Unannehmlichkeiten, die durch die Schmerzhaftigkeit der Hg. sal.-Injektionen bedingt sind, zu beseitigen, habe ich die verschiedensten Zusätze von Anästhetizis zur Hg. sal.-Emulsion versucht. Als das brauchbarste erwies sich das von den Höchster Farbwerken hergestellte Novocain. basic., das zum Unterschied von den anderen Novokainpräparaten in fetten Oelen löslich ist. Dasselbe wird in Mengen von 2% der Hg. sal.-Emulsion in Ol. Olivar. oder Ol. Sesami zugesetzt. Die Emulsion muß besonders sorgfältig hergestellt bzw. nach der Lösung des Novokains verrieben werden. Sie ist etwas dünnflüssiger als das gewöhnliche Präparat. Viele hundert Injektionen derselben ergaben, daß die seither so unangenehme Schmerz-

haftigkeit des Hg. sal. auf ein Minimum herabgesetzt ist und daß keiner der Patienten arbeitsunfähig wurde. Die Wirkungen auf die Lueserscheinungen und Wassermannreaktion waren dieselben wie bei der gewöhnlichen Injektion, Intoxikationen durch das Novokain wurden nicht beobachtet. Um ein gleichmäßiges Präparat zu erzielen, wird dasselbe an der Löwenapotheke in Mannheim genau nach Vorschrift hergestellt und unter dem Namen Mersalyl in den Handel gebracht in Fläschchen zu 10 g.“

(M. m. W. 1921 Nr. 26.)

Röntgenbehandlung einiger Komplikationen der Gonorrhoe. Von Wetterer. Besonders erfreulich sind die Erfolge bei Arthritis gonorrhoeica. Die beste Prognose geben begreiflicherweise die akuten und subakuten Fälle, aber auch in chronischen Fällen, in denen es schon zu einem gewissen Grad von Versteifung gekommen ist, ist eine Verbesserung der Motilität noch möglich. Wetterer sah in 75 Fällen von Arthritis gonorrhoeica keinen Versager, meist verblüffende Erfolge. Verzögert sich die Rückbildung gonorrhoeischer Bubonen, so ist oft schon durch eine Sitzung ein Rückgang zu erzielen. Die Prostatitis gonorrhoeica wird meist durch einen Zyklus von wenigen Bestrahlungen geheilt. Ebenso wird der Verlauf bei Spermatozystitis und paraurethralen Abszessen abgekürzt. Schließlich hat Wetterer auch versucht, den unkomplizierten Tripper des Mannes und der Frau mit Röntgenbestrahlungen zu behandeln, und sah nach anfänglicher Steigerung der entzündlichen Erscheinungen in einer Anzahl von Fällen eine Abkürzung des Krankheitsverlaufes. Auch zur Provokation hat er die Röntgenstrahlen mit Erfolg verwandt. Bei den oben genannten Komplikationen der Gonorrhoe, besonders bei der Arthritis gonorrhoeica sind Röntgenbestrahlungen erfolgversprechend und zu empfehlen. Dagegen dürfte die Röntgenbestrahlung des Penis und der weiblichen Genitalien bis zur Zervix aufwärts bei unkomplizierter Gonorrhoe kaum zu befürworten sein. Dazu sind die Röntgenstrahlen doch ein zu differentes Mittel. Bei weiblichen Patienten wird es außerdem kaum möglich sein, die Ovarien bei Bestrahlen der Scheide und der Zervix vor der Einwirkung der Strahlen zu schützen. Auch wenn dieselben nicht im direkten Strahlenkegel liegen, werden sie, namentlich bei der Verwendung der extrem harten Strahlen und der großen Dosen, die Verf. benutzt, von reichlichen Sekundärstrahlen getroffen. Zur Provokation stehen uns ebenfalls harmlosere Mittel zur Verfügung. Wetterer verwendet eine Strahlung, die durch 1 mm Kupfer und 1 mm Aluminium filtriert ist, und verabreicht eine Dosis, die etwas unter der H.E.D. bleibt. Eine derartig extrem gefilterte

Strahlung ist unnötig und unökonomisch. Bei Filtrierung durch 5 mm Aluminium wird man bedeutend billiger bei erheblich kürzerer Bestrahlungszeit dieselben Resultate erzielen.

(Strahlenther. 12 H. 2. — D. m. W. 1921 Nr. 27.)

Zur Trockenbehandlung der weiblichen Gonorrhoe und des Fluors empfiehlt Dr. W. Treuherz (vorm. Lassarsche Klinik, Berlin) das von Mendel angegebene und von der Fabrik Dr. Klopfer (Dresden) hergestellte Kohlensäurewundpulver (9 Teile Weinsäure, 10 Teile Natr. bicarb., 19 Teile Zucker), das mittels Gebläses (Gebrüder Lappe, Essen) appliziert wird.

(Ther. d. Gegenw., August 1921.)

d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur Abortivbehandlung der nach Ulcus molle auftretenden Bubonen. Von Dr. Leo Dub (Aus der Deutschen Universitäts-hautklinik in Prag). Verf. lag daran, ein Verfahren anzuwenden, welches dem Arzte allgemein zugänglich sei. Dies ließ die Vereisung des Bubo mit dem Chloräthylspray versuchen, da Bockenheimer über sehr gute Erfolge seiner Vereisungsmethode bei zirkumskripten pyogenen Infektionen und auch bei Karbunkeln berichtete. Als Erster hat Arning diese Methode für Lupus und Karzinombehandlung vorgeschlagen. Während man früher durch Pusteln und Fächeln eine raschere Verdunstung des Chloräthylsprays erzielte, hat Bockenheimer ein eigenes Gebläse angegeben, welches leicht auf die Flasche montierbar ist. Damit kommt die Erfrierung schneller, intensiver und unter geringerem Verbrauch von Aethylchlorid zustande. Verf. geht in der Weise vor, daß er bei abgenommenem Gebläse den Luftstrom direkt auf die zu vereisende Stelle richtet und darauf aus etwa 40 cm Entfernung den Chloräthylstrahl spritzt. Die rascheste Verdunstung wird durch Verwendung des kalten Luftstroms eines Fön-Apparates erreicht; als Ersatz kann auch ein gewöhnlicher Blasebalg benützt werden. Vor der Kälteeinwirkung wird die Haut des Bubo mit Vaseline eingerieben. Die Dauer der Vereisung soll eine halbe Minute nicht überschreiten; sie wird so ausgeführt, daß zuerst das Zentrum des Bubo und dann die peripheren Teile besprengt werden. Meist genügt eine an 5 aufeinanderfolgenden Tagen vorgenommene Wiederholung, um den Bubo zum Rückgang zu bringen. Unter 19 so behandelten, eben entstehenden Bubonen war nur in einem Fall eine Stichinzision nötig. Bei 3 Kranken kam es im Anschluß an die zu lange ausgedehnte Vereisung zu einer vitiligoähnlichen Pigmentverschiebung. Sobald nach Ulcus

molle auftretende Bubonen früh zur Behandlung kommen, gelingt es in den meisten Fällen, durch wiederholte Chloräthylvereisung die Schwellung zum Rückgang zu bringen. Da diese konservative Methode die spätere Anwendung der anderen Behandlungsarten nicht ausschließt, ist ein Versuch der Vereisung auch in vorgeschrittenen Fällen zu empfehlen. (M. Kl. 1921 Nr. 19.)

Geburtshilfliche Ratschläge für den Praktiker. Von Dr. Rißmann (Aus der Provinzial-Hebammenschule in Osnabrück.) An Stelle der heißen Uterusspülungen von 50° C, die doch in der ländlichen Praxis schwierig und im Hinblick auf Keimfreiheit kaum verlässlich schnell zu bereiten sind, empfiehlt Verf. angelegentlichst die äußere Einwicklung des Leibes. Man geht zu diesem Zwecke mit der linken Hand so tief wie möglich hinter dem Uterus in die Tiefe und stopft unten in den so entstandenen Trichter lockere Watte oder ein dünnes Taschentuch — nicht dicke feste Kugeln oder größere Wäschestücke. Es kommt alles darauf an, recht tief hinter den Uterus etwas zu stopfen, um ihn fest an und über die Schoßfuge zu drängen. Auf die unteren Fremdkörper kann man dann je nach der Schlaffheit der Bauchdecken und der Tiefe des Trichters Taschentücher, Kindertücher oder dergleichen pressen. Während nun eine Person mit beiden Händen alle Stopfmittel fest in die Tiefe preßt, wickelt eine andere Person den Leib der Wöchnerin von oben nach unten fest ein. Da, wo der Fundus etwa die Bauchdecken verwölbt, braucht bei Knappheit der Wickeltücher keine Einwicklung zu erfolgen. — Was die Uterustamponade anbetrifft, so hält Verf. sie für völlig unentbehrlich und in der allgemeinen Praxis für recht gefährlich; sie ist in den höchst seltenen Notfällen stets durch die bimanuelle Massage des Uterus ersetzbar. Dies Urteil hier zu begründen, würde zu weit führen. Verf. möchte nur betonen, daß er seit Jahrzehnten in der von ihm geleiteten Hebammenschule keine Uterustamponade mehr gemacht habe, und rät, einmal die Berichte unserer besten Kliniken über Uterustamponaden daraufhin zu prüfen, wie häufig geschrieben wird: „Da die Tamponade nach kurzer Zeit durchblutet war und es nach außen blutete, wurden die Stopfmittel entfernt, und es wurde nochmals tamponiert.“ Sollte ein Anhänger von Uterustamponaden in der Praxis aber trotz dieser Bedenken sich zu diesem Mittel entschließen, so sollte er sich des Rapidtamponators bedienen. — Bei dem ungemein lästigen Hautjucken in der Schwangerschaft soll sich der Praktiker erinnern, daß auch die innere Darreichung von gewissen Salzen fast stets Heilung bringt. Allerdings geht das nicht so schnell wie durch die subkutane oder intramuskuläre Injektion von Ringerscher Lösung, die anzuwenden

dem ländlichen Praktiker doch oft zu umständlich sein dürfte. Nachdem die Patientinnen einige Tage 3 mal täglich 1 g von

Natr. bicarbon.	
Natr. phosphor.	
Ferri oxyd. sacch. solub. āā	3,0
Calc. phosph.	12,0

genommen haben, pflegt das Jucken verschwunden zu sein. Gutes läßt sich auch erreichen durch folgendes Rezept:

Calc. carbon. praecip.	
Calc. phosp. āā	5,0
Ferr. lact.	1,0

3 mal täglich 1 Messerspitze voll zu nehmen.

Das Wirksame scheint in allen diesen Rezepten der Kalk zu sein, denn in einer Reihe von Fällen war Verf. auch mit folgender Vorschrift (nach Emmerich und Löw) durchaus zufrieden.

Calc. chlorat. crist. pur.	50,0
Aq. font. ad	250,0

3 mal täglich 1 Kaffeelöffel in einem halben Glas Wasser nach den Mahlzeiten zu nehmen.

(D. m. W. 1921 Nr. 38.)

Ruge II: Diätetik in der Schwangerschaft. Um darüber Aufschluß zu erhalten, wie weit in den letzten Monaten der Schwangerschaft sexuelle Abstinenz geübt wird, hat Ruge bei 410 verheirateten Frauen, die in der Universitäts-Frauenklinik entbunden wurden, Nachforschungen gehalten. Hierbei ergab sich, daß in den letzten 2 Monaten in 78,5%, in den letzten 4 Wochen noch in 53% regelmäßige Kohabitation stattfand. Dabei spielt bei vielen Frauen der Glaube eine Rolle, daß durch häufigen Geschlechtsverkehr die Geburt erleichtert würde. Als Folgen fand Ruge 9 mal Frühgeburt (Blasensprengung), 6 mal Blutungen und 14 mal Fieber im Wochenbett. Als diätetische Maßnahmen empfiehlt Ruge Beschränkung der Eiweiß- und Fettzufuhr, weil der Krieg gezeigt hat, daß unter vornehmlich vegetarischer Kost die Eklampsie zurückgegangen ist. Jetzige statistische Erhebungen in den Berliner Kliniken und Krankenhäusern haben gezeigt, daß die Zahl der Eklampsien nach dem Krieg wieder in die Höhe geht. Nicht zweckmäßig sei eine zu große Milchzufuhr, die die Pyelitis begünstige.

(Berlin, Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, 10. 4. 1921.)

Erfahrungen mit dem Hypophysenextrakt Physormon als Wehenmittel. Von Dr. Karl Hellmuth (Aus d. Univ.-Frauenklinik zu Hamburg). In der Mehrzahl der Fälle ist das Mittel intramuskulär gegeben, nur in Ausnahmefällen, bei denen man im Interesse des Kindes sofortige Wirkung erzielen wollte, in-

travenös. Um bei der Feststellung des Effektes des Wehenmittels jede Subjektivität möglichst auszuschalten, ist es nur dann angewandt, wenn durch eine längere klinische Beobachtung der Patient ein vollkommenes Fehlen der Wehentätigkeit sich ergeben hatte; auf die Angaben von frisch eingelieferten Patienten, daß schon seit einiger Zeit keine Wehen mehr vorhanden seien, hatte Verf. sich niemals verlassen. Bei der Mehrzahl der Fälle hat es sich um sekundäre, d. h. Ermüdungs- oder Erschöpfungswehenschwäche gegen Ende der Eröffnungs- oder während der Austreibungsperiode gehandelt, also um Fälle, bei denen nach anfangs guter und ausreichender Wehentätigkeit die Wehen erlahmt sind oder aufgehört haben, so daß die Geburt ins Stocken geraten war. Die Geburt hatte in den einzelnen Fällen seit 30 Minuten als Minimum und 3 Stunden als Maximum stillgestanden. Bei der Anwendung in der Eröffnungsperiode war der Zervicalkanal stets verstrichen und der Muttermund mindestens kleinhandteller groß. Es geht hervor, daß das Extrakt im ganzen 45 mal angewandt ist, und zwar 30 mal mit promptem Erfolg. In diesen Fällen ist die erste Wehe alsbald (3—10 Minuten) nach einmaliger Einverleibung des Mittels aufgetreten, die einzelnen Wehen sind schnell kräftiger geworden und einander in Abständen von 2 bis 3 Minuten gefolgt, so daß die Geburt, die, wie bereits hervorgehoben, seit einiger Zeit stillstand, in kurzer Zeit beendet war. Unangenehme Nebenerscheinungen, insbesondere einen Wehensturm oder Tetanus uteri, wurden nach Physormoninjektionen nicht beobachtet. Trotzdem möchte Verf. nachdrücklichst darauf hinweisen, daß seine Anwendung ebensowenig uneingeschränkt und wahllos erfolgen darf, wie die der anderen Hypophysenpräparate. Die für diese im allgemeinen geltenden bekannten Indikationen und Kontraindikationen sind auch bei der Anwendung des Physormons genau zu beachten. In 12 weiteren Fällen ist die gleiche Wirkung erst bei der zweiten Injektion erzielt, nur in 3 Fällen erlebte man Versager, wobei die Frage offen bleiben muß, ob nicht wenigstens in den beiden Fällen, bei denen das Extrakt am Ende der Eröffnungsperiode gegeben ist, eine Wiederholung der Injektion die Wehen doch noch in Gang gebracht hätte. Unter den 30 Fällen mit promptem Erfolg befinden sich 8 Fälle von Dämmer Schlaf; bei ihnen ist die durch Abschwächung der Preßwehen in die Länge gezogene Austreibungsperiode und damit die Geburt stets nach einer intramuskulären Injektion von 1 ccm Physormons in kurzer Zeit beendet worden. Bei 8 Fällen von pathologischen Geburtsblutungen in der Nachgeburtsperiode mit mangelhaftem Einsetzen der Nachwehen bei unvollkommener Lösung der Plazenta oder nach ^{günstiger} ~~schwieriger~~ Lösung der Plazenta hat in 6 Fällen die intramuskuläre

Injektion des Mittels genügt, um Blutungen von 500—1250 ccm sofort zu stillen. In den beiden anderen Fällen hat Verf. zur manuellen Plazentalösung schreiten müssen.

(Zbl. f. Gyn. 1921 Nr. 37.)

Gleichzeitige Strahlen- und Wärmebehandlung des Krebses der Gebärmutter. Von Dr. Siegfried Weinstein (Aus der Röntgenabteilung und der Gynäkologischen Abteilung des Städtischen Rudolf Virchow-Krankenhauses in Berlin). Bei 4 Fällen von inoperablem Zervixkarzinom wurde zugleich mit der Röntgenbestrahlung eine heiße Scheidendauerspülung mittels Pinkußcher Birne vorgenommen. 2 Fälle sind beträchtlich gebessert worden. Das Ergebnis ist bemerkenswert, weil die eine Kranke alleiniger Strahlenbehandlung getrotzt hatte, bei der andern ein gleiches Verhalten erfahrungsgemäß zu erwarten war und weil während der Versuche nur eine schwache Röntgenstrahlenquelle zu Gebote stand. Ein Schaden ist in keinem Falle entstanden. Für Fälle von Gebärmutterkrebs, die der gewöhnlichen Strahlenbehandlung getrotzt haben oder erfahrungsgemäß trotzen würden, wird das Verfahren als einfach, ungefährlich und nicht aussichtslos in Vorschlag gebracht.

(D. m. W. 1921 Nr. 34.)

Technisches.

Zur Technik der Entfernung aspirierter Massen beim asphyktischen Neugeborenen. Von Dr. Franz Klee (Aus der Frauenklinik der Universität Bonn). Der Ungeübte führt sehr oft den Katheter statt in den Kehlkopf in die Speiseröhre ein. Die richtige Einführung des Trachealkatheters gelingt leicht bei folgendem Vorgehen: Der Zeigefinger der linken Hand wird vorsichtig in den Rachen des Kindes eingeführt und tastet unter Nachvornedrücken der Epiglottis den Kehlkopfeingang, begrenzt durch die Plicae aryepiglotticae und die Incisura interarytaenoidea (die hintere Begrenzung des Kehlkopfeingangs ist durch die kleinen, höckerigen Vorsprünge der Santorinischen Knorpel und die zwischen ihnen befindliche Incisura interarytaenoidea ohne weiteres zu tasten). Während nun die Spitze des linken Zeigefingers hier liegen bleibt und den Eingang in den Ösophagus geradezu verschließt, wird der wie eine Schreibfeder zwischen Daumen und Zeigefinger der rechten Hand gehaltene Katheter entlang der Daumenseite des linken Zeigefingers in den Mund des Neugeborenen eingeführt und dann sein Ende mit der Spitze des im Rachen liegenden (linken) Zeigefingers nach dem Kehlkopf zu herübergeholt und in den Kehlkopfeingang dirigiert; es ist dabei nicht immer nötig, den Katheter

zwischen den Stimmfalten hindurch tief in die Luftröhre einzuführen, trotzdem dies bei richtig liegendem und nicht zu dickem Katheter (etwa 3 mm) keine Schwierigkeiten macht. Auf diese Weise ist es 1. leicht, in den Kehlkopf zu gelangen, und 2. hat der Ungeübte durch den linken Zeigefinger selbst die direkte Kontrolle, daß der Katheter richtig liegt. Als Katheter benutzt man zweckmäßigerweise einen mit eingeschalteter Glaskugel zur Aufnahme der aspirierten Massen, damit ein mehrmaliges Einführen vermieden wird. (M. Kl. 1921 Nr. 38.)

Ein einfaches Instrument zur leichteren Ausführung intravenöser Injektionen. Von Sanitätsrat Dr. Friedlieb (Bad Homburg). Die etwa 6—8 cm lange Pinzette ist aus etwa 1 mm starkem Stahlblech in einem Stück angefertigt und vernickelt. Das Fußende ist so konstruiert, daß die Basis desselben schräg zu der Längsachse der Pinzette verläuft (in einem Winkel von 130—50°). Die entweder deutlich hervortretende oder nur durchschimmernde oder fühlbare Vene wird zwischen die Querleisten der Pinzette, wobei der größere Winkel zwischen Schenkel und Querleiste der besseren Uebersicht wegen distal gerichtet ist, gefaßt, ein leichter Druck ausgeübt und die Nadel der Spitze zwischen den Querleisten eingestoßen. Das Instrument ist zu beziehen von Karl Ott, Bad Homburg v. d. Höhe, Luisenstraße 68.

(M. m. W. 1921 Nr. 44.)

Pinzettenmesser. Von Dr. Rau (Zwickau i. Sa.). Oft ergibt sich für den Arzt die Notwendigkeit, einen Abszeß am menschlichen Körper zu spalten und ihn besonders schnell zur Entleerung zu bringen, z. B. bei unruhigen Patienten und Kindern. Bisher mußte man die Haut mit einem Messer spalten; da nun der Hautschnitt selten klaffte, mußte man die Wunde unter Hinzuziehung besonderer Instrumente (Spreizhaken, Kornzange) auseinanderspreizen, damit der Eiter sich entleeren konnte (Gaumenabszeß!). Diese Art der Abszeßbehandlung war besonders für den praktischen Arzt außerordentlich umständlich und Abhilfe sehr wünschenswert. Das vorliegende Messer ist als Spreizpinzette gestaltet mit oben federndem Bügel. Will man das Messer zum Schneiden benutzen, so werden die beiden Branchen desselben zusammengedrückt, und die Schneide kann als Messer verwendet werden. Der Lappen des einen Schenkels legt sich beim Zusammendrücken der Pinzette in die Aussparung des am anderen Schenkel befindlichen Messers, so daß dieses im Gebrauchszustand eine glatte Fläche bildet. Nach erfolgtem Schnitt läßt man die Federkraft der Schenkel zur Wirkung kommen, so daß durch das Messer und den freien Lappen eine Spreizung der Wunde zustande kommt und die Schnittränder selbsttätig ohne

andere Werkzeuge auseinandergezogen werden. Aus der vorstehenden Gebrauchsanweisung ist ersichtlich, daß die Verwendbarkeit des Pinzettenmessers sehr mannigfaltig sein kann, wenn man bedenkt, daß ein gleichzeitiges Schneiden und Spreizen des Hautschnittes eine für das Auge des Arztes sichtbare Kontrolle der tiefergelegenen Weichteile bietet. Das Freilegen von Sehnen, Arterien, Nerven und eingedrungenen Fremdkörpern wird mit Hilfe dieses Pinzettenmessers bedeutend erleichtert. Das Instrument ist zu beziehen durch: Medizinisches Warenhaus „Frankfurt“, Frankfurt am Main, Stiftstr. 9/17. (D. m. W. 1921 Nr. 40.)

Perkussionsfingerling aus Metall. Für die Perkussion, auch der Schwellenwerte, hatte sich San.-R. Dr. Kollibay (Glatz) folgenden kleinen Apparat aus Woodmetall gemacht, den jeder Zahnarzt oder Zahntechniker anfertigen kann und mit dem er sehr zufrieden ist. Von den beiden Endgliedern des in Perkussionsstellung gebogenen Mittelfingers wird ein Gipsabguß hergestellt und über diesem Modell ein Fingerling aus Wachs (wie ein Handschuhfingerling!) geformt, etwa 2 mm dick, der dann im Schmelzverfahren durch Woodmetall ersetzt wird. Den Fingerling läßt man mit weichem Leder überziehen: er wiegt etwa 80 g. Infolge dieses Metallgewichtes ist der Perkussionston, auch beim leisesten Schlag auf den untergelegten linken Finger, ein viel reinerer, musikalischer und dadurch sicher für manche Ohren die Schallgrenzen deutlicher. Ein stärkerer Schlag klingt natürlich sehr voll. Ist der Hohlraum übrigens etwas zu groß geraten, so kann man über den eigenen Finger einen Handschuhfingerling überziehen oder ihn umwickeln, da sonst das Metall rutschen würde. (M. m. W. 1921 Nr. 28.)

Verschiedenes.

Die Ernährung mit der Sonde. Darüber schreibt Prof. Dr. Geigel: „Bei Erkrankungen des Schlundes oder der Speiseröhre, dann, wenn der Kranke nicht schlucken kann und das mehr als ein paar Tage anhält, pflegt man die Ernährung mit der Magensonde einzuleiten und sie durchzuführen bis zum Ende oder bis das Schlucken wieder möglich ist. Außerdem findet die Sonden-ernährung wohl nur noch ihren Platz bei Nahrungsverweigerung, z. B. bei Geisteskranken, zwangsweise. Ich behaupte, daß eine weitere sehr häufige und wichtige Anzeige nicht berücksichtigt wird: das ist die unzulängliche Zufuhr von Speisen und Getränken bei Leuten, die zu schwach oder zu benommen sind, um sich ausreichend zu ernähren. Im hohen Alter, wo auch das Gebiß gewöhnlich in schlechtem Zustand ist, brauchen die Leute

oft unverhältnismäßig lange zum Essen, sie ermüden bald, das Hungergefühl ist auch nicht mehr so mächtig wie in der Jugend, und so hören sie bald mit dem Essen auf, viel früher, als bis ihr Nahrungsbedürfnis wirklich befriedigt ist. Es ist ein wohlfeiler Trost, ‚daß alte Leute nicht mehr viel zum Leben brauchen‘, ‚daß sie mit ein paar Schalen Milch im Tag genug haben‘. Ich habe, in meiner allernächsten Familie, bei einer hochbetagten Greisin, die eine Embolie der Art. foss. Sylvii erlitten, 88 Stunden vollkommen bewußtlos gewesen und viele Monate hindurch nicht fähig war zu essen, die Ernährung mit der Sonde durchgeführt und zu meiner Freude erlebt, wie die schon vorher furchtbar heruntergekommene Kranke wieder auflebte, voller und kräftiger wurde, indem sie durch die Sonde sehr reichlich genährt wurde, 5 mal im Tag, auch während der Nacht wenigstens einmal, mit Milch, Eiern, Nährpräparaten. Aehnlich ist es gewiß bei vielen alten und schwachen Leuten, namentlich aber auch im Verlauf von akuten Infektionskrankheiten auch bei Jungen und Kräftigen. Ich weiß noch recht gut von meiner Assistentenzeit her, wie bei meinen Typhuskranken die brave Wärterin saß und sie mit dem Löffel fütterte, unermüdlich und ausdauernd, bis eben der ermattete Kranke den Mund nicht mehr aufmachte und nicht zu erwecken war. ‚Nahrungsaufnahme ganz ungenügend‘ wurde dann in die Krankengeschichte eingetragen, und wenn das Herz allmählich schwach wurde, der Kranke arg herunterkam, der Dekubitus drohte, die Rekonvaleszenz sich lang hinzog, dann wunderte man sich nicht weiter darüber. Die Hauptschuld trug gewiß der Typhus, aber auch die lange Unterernährung wird dabei sicher wesentlich mitgewirkt haben. Auch bei Autointoxikationen, Cholämie, Urämie habe ich die Sonde eingeführt, womit sich die reichliche Zufuhr von Flüssigkeit viel leichter als subkutan oder intravenös bewerkstelligen läßt. Die Infusion von Kochsalzlösung in die Vene mag rascher wirken, kann aber auch nicht so beliebig oft wiederholt und so leicht ausgeführt werden. Nicht mit Unrecht fürchtet man bei der öfter wiederholten Sondenfütterung, ganz besonders bei Bewußtlosen, die Schluckpneumonie. Das trifft aber doch wohl nur für die gewöhnliche Einführung der Sonde durch den Mund zu, die sich außerdem die Kranken nicht gern gefallen lassen. Viel schonender als diese rohe Methode ist die Sondierung durch die Nase. Ich habe sie bei der erwähnten Kranken viele Monate lang ohne Schaden durchgeführt, noch dazu bei völliger oder nahezu völliger Bewußtlosigkeit. Die Einführung gelingt leicht auch in Rückenlage bei mäßig erhobenem Oberkörper. Am besten eignen sich dazu die sogen. englischen Sonden, Nr. 18—20. Bekanntlich müssen sie in heißem Wasser weich und biegsam ge-

macht werden, dabei gibt man dem Schnabelende die gewünschte Biegung und taucht es dann, damit sie bleibt, kurz in kaltes Wasser. Da es der Kranke nicht schmeckt, kann man die Sonde ruhig einölen. Das letzte, was durch die Sonde läuft, soll immer reines Wasser sein, für den Fall, daß doch einmal etwas in die falsche Kehle kommen sollte. Nebenbei hat man auch die beste Gelegenheit, dem Kranken Arzneimittel, gelöst oder gepulvert, mit einzulösen. Auch der praktische Arzt kann sehr wohl, so oft er den Kranken besucht, diese Art der Sondenernährung ausführen, sie erfordert, wenn alles schon hergerichtet ist, nicht mehr als 3 Minuten Zeit. Den ganzen Vorteil aber werden natürlich die Kranken in einer Anstalt haben, wo Assistenten oder geübtes Pflegepersonal, so oft es nötig ist, am Tag und in der Nacht die Fütterung besorgen können. Auch bei Kranken, die ziemlich ordentlich essen, als Zuschuß. Wenn ich selber eine Klinik, ein Krankenhaus oder eine Abteilung hätte, so wäre bei mir die beschriebene Art der Sondenernährung schon längst eingeführt, in meinen Krankengeschichten käme der wiederholte Eintrag ‚Nahrungsaufnahme minimal‘ oder ‚unzureichend‘ nicht vor, wo die Verdauung nicht gestört wäre, und ich glaube, daß meine Kranken nicht schlecht dabei gefahren wären.“ (M. m. W. 1921 Nr. 31.)

Lausofan zur Bekämpfung von Kopfläusen. Von Dr. H. Janke (Aus der Frauenanstalt für geschlechtskranke Frauen in Bendorf a. Rh.). Seit August 1920 hat Verf. die Behandlung der Pediculosis capitis ausschließlich mit Lausofan durchgeführt, und das Mittel so bisher bei 172 Patientinnen angewandt, die zum Teil sehr stark verlaust zur Aufnahme gelangten, sei es, daß reichlich lebende Pediculi bei ihnen festgestellt werden konnten, oder daß das mit Nissen übersäte Haar prophylaktische Maßnahmen erforderlich machte. Es wurde in diesen Fällen Kopfhaar und Kopfhaut unter besonderer Berücksichtigung der Prädilektionsstellen an Schläfen und Nacken gut mit der Lösung durchfeuchtet, wozu im allgemeinen 60—70 ccm ausreichen; nur bei sehr dichtem und langem Haar braucht man bis 100 ccm. Dann wurde der ganze behaarte Kopf durch eine möglichst dicht ansitzende Kappe aus wasserdichtem Stoff luftdicht abgeschlossen; diese blieb mindestens 6 Stunden, meistens über Nacht sitzen. Auf diese Weise gelang es regelmäßig durch eine nur einmalige Applikation Läuse und Brut abzutöten, abgesehen von vereinzelten Fällen, bei denen im Verlauf des Krankenhausaufenthalts eine Wiederholung der Prozedur nötig wurde; aber auch bei diesen ist die Möglichkeit einer Neuübertragung nicht ganz auszuschließen. Zur Vermeidung der Nisse soll dem experimentellen Untersuchungen zu-

folge schon eine zweistündige Einwirkungszeit genügen. Die Entfernung der mit ihren Chitinhüllen am Haarschaft festhaftenden Nisse gelingt allerdings ebenso wie bei den anderen Mitteln erst allmählich durch wiederholtes Auskämmen. Läuseekzeme kontraindizieren die Lausofananwendung nicht; in den hier beobachteten Fällen heilten diese vielmehr nach Beseitigung der Causa peccans fast durchweg spontan ab, zweifellos ein schätzenswerter Vorteil, der in der geringen Reizwirkung des Präparats auch unter luftdichtem Abschluß begründet liegt. Vereinzelt wurde über ein leichtes Gefühl von Brennen auf dem Kopf geklagt, das sich aber sogleich wieder verlor. Beim Betupfen der Körperhaut entsteht nach etwa 1—2 Minuten ein erythematöser Fleck, der im Verlaufe der nächsten Minuten wieder spurlos verschwindet. Die Reizung der Augen- und Nasenschleimhäute durch die Verdunstung während der Einspraying wird kaum als besonders lästig empfunden und kann, wie schon in der Gebrauchsanweisung empfohlen, durch Schließen der Augen und Vorhalten eines Tuches leicht vermieden werden. Nach Abnahme der Entlausungshaube verflüchtigt sich der Lausofangeruch sehr bald. Alles zusammengenommen, glaubt Verf. auf Grund seiner günstigen praktischen Erfahrungen das Lausofan als ein bequemes, reizloses und zuverlässiges Mittel zur Vernichtung von Kopfläusen empfehlen zu können. Der Preis ist im Vergleich mit anderen Entlausungsmitteln kein besonders hoher; für die zum einmaligen Gebrauch berechnete 100-g-Flasche stellt er sich auf Mk. 6.—, für 1 kg der Klinikpackung auf Mk. 50.—; zum ausgedehnteren Gebrauch hat die Firma neuerdings auch eine „Lausofanessenz“ zwecks Selbstbereitung der gebrauchsfertigen Lösung in den Handel gebracht. (M. m. W. 1921 Nr. 36.)

Perleiweiß, ein neues Pflanzeiweißpräparat. Von Dr. Alfred Salomon (Aus der I. Medizinischen Klinik der Charité in Berlin). Verf. ist von Prof. A. Loewy ein neues pflanzliches Eiweißpräparat zur Prüfung übergeben worden, das, wie der Stoffwechselversuch zeigt, nicht nur in hygienischer und diätetischer Hinsicht allen Anforderungen in zufriedenstellender Weise genügt, sondern auch vom volkswirtschaftlichen Standpunkt aus von größter Bedeutung ist; es wird nämlich aus einer Leguminosenart gewonnen, die für die Verwertung als menschliches Nahrungsmittel kaum in Frage kam. Sehr wesentlich ist die Billigkeit des Präparates; auch auf diesen Punkt muß mit Rücksicht auf die heutigen Verhältnisse ganz besonders hingewiesen werden.¹⁾ Das Präparat hat

¹⁾ Das Perleiweiß wird hergestellt von der Firma R. Haberer & Co. in Osterwieck a. Harz. Nach dem Prospekt der Firma enthielt die untersuchte Probe 92% Eiweiß, 5,65% Wasser und 2,05% Asche, fett- und N-freie Extraktstoffe in Spuren.

den Namen Perleiweiß erhalten. Das Perleiweiß stellt einen reinen Eiweißkörper dar, dessen Ausnutzung und Verwertung etwa dem des Fleischeiweißes entspricht. Es eignet sich danach als Eiweißnährmittel, das seines billigen Preises wegen auch für breitere Bevölkerungskreise in Betracht kommt. Seine Armut an Nukleinen macht es geeignet zur Anwendung bei Krankheiten, bei denen eine Nukleinzufuhr vermieden werden soll.

Beck: Ueber Gurgeln. Beck hat verschiedene Individuen mit Aufschwemmungen von Eubaryt gurgeln lassen und dann Röntgeneinschlagtaufnahmen gemacht, um festzustellen, wohin die Flüssigkeit bei verschiedenartigem Gurgeln gelangt. Bei dem gewöhnlichen Gurgeln, wobei das laute Geräusch entsteht, bleibt die Flüssigkeit im wesentlichen im Mund, kommt jedoch an Gaumenbögen und Tonsillen heran. Der Rachen selbst bleibt ganz unberührt. Auch beim Gurgeln bei weit herausgestreckter Zunge und nach hinten gebeugtem Kopf bestehen ungefähr die gleichen Verhältnisse. Bei dem sogenannten tiefen Gurgeln wird festgestellt, daß das Gurgelwasser in den Hypopharynx gelangt, wobei die Hauptansammlungen in den Valeculae und um den Sinus piriformis stattfinden. Die Flüssigkeiten werden durch eine richtige Schluckbewegung hinunter befördert, wobei die bekannten Sicherungen, um ein Hineingelangen der Flüssigkeit in den Kehlkopf zu verhüten, eintreten. Nach Lösung der Sicherungen ist es diesen Gurgeln möglich, die Gurgelflüssigkeit bis an die geschlossene Glottis heranzubringen.

(Heidelberg, Naturhistorisch-medizinischer Verein, 7. 6. 1921.)

Zur Verhütung von Salvarsanschädigungen. Von Dr. Albert Markus (Aus der Privatheilanstalt für Hautkranke von Dr. Markus in München).

1. Alle Salvarsanpackungen müssen an dem Ort der Verwendung von einer zuverlässigen Quelle untersucht werden, denn die Ampullen können auf dem Transport von der Fabrik zum Ort ihrer Bestimmung Schaden gelitten haben.

2. Jeder Arzt muß Kontrollampullen mit einem ganz tadellosen Präparat der Sorten zum Vergleich vorrätig haben, welche er verwendet.

3. Die Fabrik darf nur Glassorten einer ganz bestimmten Farbe verwenden; ferner müssen die Etiketts schmaler gehalten werden, damit die Farbe besser kontrolliert werden kann; ferner sollen die Ampullen beim Bekleben mit den Etiketts nicht überall mit Klebstoff verschmiert werden.

4. Jeder Arzt hat selbst die Oeffnung der Ampulle und die Lösung des Präparates vorzunehmen oder durch einen Assistenten vornehmen zu lassen, der ganz genau orientiert ist. Krankenschwestern, Wärter, Apotheker dürfen zur Herstellung der Lösung nicht herangezogen werden.

5. Präparate, welche den notwendigen Anforderungen nicht vollkommen entsprechen, sind sofort zurückzuweisen und an eine bestimmte Stelle einzuliefern.

6. Es dürfte auch eine Kontrolle des zur Lösung zu verwendenden Wassers stattfinden, insofern es nicht von dem Arzt selbst bereitet wird.

7. Bei kongestiven Erscheinungen zum Kopf sind zu vermeiden: übermäßiges und gehetztes geistiges Arbeiten, Alkohol, Nikotin, Kaffee, soweit sie Kongestionen hervorrufen.

8. Bei kongestiven Erscheinungen in den Bauchorganen sind zu vermeiden: übermäßige Nahrungsaufnahme, schwere Speisen, Alkohol, und zu beachten: Magendarmstörungen und Verstopfung.

9. Bei kongestiven Erscheinungen der Haut sind zu vermeiden: Sonnenbäder, welche zur Entzündung führen, starke, allgemeine Schweiß, wie sie durch große körperliche Anstrengung (z. B. bei sportlicher Tätigkeit) ausgelöst werden. Auf schon bestehende Hautentzündungen ist selbstverständlich Rücksicht zu nehmen.

10. Ganz besonders ist in allen Fällen eine Entlastung des Organismus vorzunehmen (daher auch die früheren Entziehungskuren usw. bei der Syphilisbehandlung). Abführmittel, Atophan (Harnsäure!), erhöhte Flüssigkeitszufuhr.

11. Am besten verwendet man für die intravenösen Injektionen das Wasser kalt ($10-16^{\circ}\text{C}$) und sorgt dafür, daß es durch Schütteln keinen Sauerstoff aufnimmt.

12. Ferner ist darauf zu achten, daß immer ein Lösungsverhältnis von 0,05—0,1 ccm zu 20 ccm Wasser vorhanden ist.

13. Die Vene bei der Injektion nicht mit der Kanüle oder der Hand zuklemmen!

14. Bei der Dosierung lasse man sich für gewöhnlich nicht davon abhalten, mit der geringsten Dosis zu beginnen und langsam zu steigen. Lieber im Anfang täglich eine Einspritzung oder mehrere mit steigenden Dosen von 0,05, 0,1, 0,15, als einmalige

Verwendung von 0,2—0,3, wenn man die Reaktionen des Körpers noch nicht kennt. Gerade Abortivkuren, bei denen immer Eile not tut und gleich anfangs höhere Dosen verwendet werden, geben oft Anlaß zu Schädigungen; deshalb hier besondere Vorsicht. Es gilt da immer abzuwägen, welcher Erfolg auf der einen Seite erzielt und welcher Schaden auf der anderen Seite gestiftet werden kann.

Wenn Verf. betont, daß er sogar die schnell vorübergehenden kongestiven Störungen, Husten usw. während der Einspritzung selten zu sehen bekommt, so ist er überzeugt, daß bei Beobachtung der angegebenen Vorschriften die Salvarsanschädigungen sich ganz wesentlich einschränken werden und das hervorragende Präparat, dem der unbestrittene Vorrang in der Syphilisbehandlung gebührt, keine Anfeindungen mehr erfahren kann.

(B. kl. W. 1921 Nr. 33.)

Ueber Nekrosengefahr bei subkutanen Chinininjektionen.
 Von Dr. Alfred Neumann. Pranter hat jüngst einen Fall von Psoriasis vorgestellt, der durch subkutane Injektionen von 0,2 bis 0,5 Chininum bihydrochloricum geheilt wurde. Wahrscheinlich werden nun die Dermatologen dieselben Erfahrungen mit Nekrosen nach subkutanen Chinininjektionen machen, wie z. B. seinerzeit unsere Aerzte in Albanien, denen sogar die subkutanen Chinininjektionen durch das AOK. verboten wurden. Und als vor 2 Jahren Cahn-Bronner subkutane Chinininjektionen für Lungenentzündung empfahl, wurden die damals durch Verf. geäußerten Befürchtungen von vielen Seiten bestätigt. Schon minimale, im Stichkanal zurückgebliebene Mengen, besonders von Chininum bihydrochloricum, genügen zur Entstehung ausgedehnter Gewebsnekrosen. Erst unlängst hat Dudgeon auch experimentell die nekrotisierende Wirkung des Chinins bewiesen. Jedenfalls wäre bei Behandlungsversuchen mit subkutanen Chinininjektionen das einfach salzsaure Chinin in Lösung mit Urethan, Rp.: Chinin mur. 0,5, Aethylurethan 0,25, Aqua dest. 5,0, dem doppelt salzsauren Chinin entschieden vorzuziehen. Doch sind auch hier Nekrosen keineswegs ganz auszuschließen — Verf. selbst sah unter 835 Injektionen 1 mal Nekrose — aber sicher ist ihre Häufigkeit bedeutend geringer als bei subkutaner Injektion von doppelt salzsaurem Chinin. Zum Schlusse noch ein Wort über intravenöse Chinininjektionen. Auch hier empfiehlt sich Chininurethan, das ganz langsam injiziert werden soll. (W. kl. W. 1921 Nr. 34.)

Neue Bücher.

Groedel. Grundriß und Atlas der Röntgendiagnostik. München, J. F. Lehmann. Preis: M. 200.—. Kein Arzt,

der sich mit Röntgenologie beschäftigt, wird dieses vortreffliche, jetzt in 3. Auflage erschienene Werk entbehren können. Durch zweckmäßige Anordnung ist es, obwohl der Umfang wesentlich zugenommen hat — wurden doch z. B. die Grenzgebiete lückenlos aufgenommen — gelungen, das Ganze in einem Bande zu vereinigen. Die Anlage des Buches ist die gleiche geblieben; und das ist gut so, denn besser und übersichtlicher kann der überaus reiche Inhalt uns nicht übermittelt werden, als es hier geschieht.

M. Hirsch. Das ärztliche Heiratszeugnis. Leipzig, C. Kabitzsch. Preis: M. 15.—. Von hervorragenden Autoren sind die 7 Kapitel des Buches geschrieben: „Das Heiratszeugnis im Rahmen der Eugenetik“, von Prof. Westenhöfer, „Familienforschung als Grundlage für das Heiratszeugnis“, von Dr. Szellitzer, „Das Heiratszeugnis vom Standpunkte des Neurologen und Psychiaters“, von San.-R. Leppmann, „Ist ein vom Staat gefordertes Ehezeugnis ein brauchbares Mittel im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten?“, v. Prof. Heller, „Die geburtshilflich-gynäkologischen Grundlagen des Heiratszeugnisses“, von Prof. Straßmann, „Das Heiratszeugnis vom Standpunkte des Juristen“, von Kammergerichtsrat Sonntag, „Heiratszeugnis, Eheberatung, Fortpflanzungspflege“, von Dr. Hirsch.— Man sieht, daß das wichtige Thema nach allen Seiten hin beleuchtet worden ist. Kein Arzt sollte es unterlassen, sich hier Rat und Belehrung zu holen.

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. 12.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

31. Jahrgang

Nr. 4.

Januar 1922

Aetiologisches.

Ueber das Vorkommen von Diphtheriebazillen im Ohrsekret. Von Dr. Heinrich Davidsohn und Dr. Heinrich Heck (Aus dem Waisenhaus und Kinderasyl der Stadt Berlin und dem hygienisch-bakteriologischen Institut des Gesundheitsamtes der Stadtgemeinde Berlin). Aus der Gesamtheit der Befunde ergab sich, daß echte, virulente und avirulente Diphtheriebazillen ein auffallend häufiger Befund im eitrigen Ohrsekret bei den Säuglingen der Anstalt waren. Liegen nun hier dieselben Verhältnisse vor wie beim Diphtheriebazillenbefund im Schnupfensekret der Säuglinge? Dort sind die Bazillen die Erreger einer mitunter leichten, mitunter schweren Erkrankung der Nasenschleimhaut. Sind auch im Ohrsekret die Diphtheriebazillen als die primären Erreger der Eiterung anzusprechen? Zur Beantwortung dieser Frage weisen Verff. auf folgende Momente hin: Eine echte Mittelohrdiphtherie ist nach den Angaben der Literatur ungemein selten. Der Verff. Fälle mit Diphtheriebazillenbefund im Sekret haben nie membranöse Auflagerungen oder ungewöhnlich starken Zerfall im Mittelohr gezeigt, während z. B. die häufiger beobachteten Hautdiphtherien des äußeren Ohres stets eine starke Neigung zur Ulzeration mit Annagung des Ohrknorpels beobachten ließen. In einem Fall der jüngsten Zeit hatten Verff. sehen können, wie innerhalb weniger Tage ein erheblicher Teil des Ohrknorpels durch eine diphtherische Ulzeration glatt aufgefressen wurde. Klinisch spricht also nichts für die ätiologische Bedeutung der Diphtheriebazillen im Ohreiter; auch der relativ häufige Befund avirulenter Bazillen mahnt zur Vorsicht. Verff. sind daher der Ansicht, daß die im Ohrsekret nachgewiesenen Diphtheriebazillen nicht als Ursachen der Eiterung, sondern als sekundäre Infektion aufzufassen sind. Welchen Einfluß hat die sekundäre Infektion des Ohrsekrets

mit Diphtheriebazillen für das befallene Kind im allgemeinen und für den Verlauf der Otitis im besonderen? Allgemein toxische Erscheinungen, die auf Giftproduktion der Diphtheriebazillen des Ohrsekrets hätten zurückgeführt werden müssen, hatten Verff. nicht beobachten können. Der Verlauf der eitrigen Otitis ist nach ihren Erfahrungen beim Anstaltskind häufig langwieriger, wenn auch nicht komplizierter, als beim gut versorgten Kinde eines Privathaushalts. Die Komplikation der Warzenfortsatzvereiterung stellt eine Seltenheit dar. Den Grund für den häufig chronischen Verlauf der Otitis in der Anstalt erblicken Verff. darin, daß das Anstaltskind in der Regel einen schlechteren Allgemeinzustand hat und das Ohrsekret häufiger sekundär infiziert wird. Die Otitiden mit positivem Diphtheriebazillenbefund im Sekret zeigen im allgemeinen einen ganz ähnlichen Verlauf wie die diphtheriebazillenfreien, sie sind also klinisch nicht charakterisiert. Von den besonders hartnäckigen Otitiden, die länger als 3 Monate eitriges Sekret absonderten, waren freilich fast alle mit Diphtheriebazillen behaftet. Bei der üblichen Behandlung (Spülung mit Formalinlösungen) pflegen die Diphtheriebazillen des Ohrsekrets in der Regel allmählich nach kürzerer oder längerer Zeit zu verschwinden, gewöhnlich noch vor dem völligen Versiegen der Sekretion. Von einer systematischen Behandlung der Otitiden mit Diphtheriebazillen mittels Heilseruminjektionen haben Verff. Abstand genommen, da sich das Serum ihnen früher auch gegenüber den Bazillen im Nasensekret meist als wirkungslos erwiesen hat. Verff. haben sich ferner bemüht festzustellen, woher die Diphtheriebazillen des Ohrsekrets stammen. Es bestand einerseits die Möglichkeit, daß sie vom gleichen Kinde herrührten, sei es, daß das Kind eine klinische Diphtherie durchgemacht hatte oder Bazillenträger war, und andererseits die Möglichkeit einer Uebertragung von einem benachbarten Kinde. Da beim jungen Kinde wegen der Kürze und Weite der Ohrtrompete ein inniges Kontinuitätsverhältnis zwischen Mittelohr und Nasenrachenraum besteht, so schien von vornherein am wahrscheinlichsten, daß die Diphtheriebazillen vom Nasenrachenraum her das Mittelohr infiziert hätten. Die Erhebungen haben zu folgender Anschauung geführt: In der großen Mehrzahl der Fälle stammen die Diphtheriebazillen vom gleichen Kinde. Es sind aber weniger die Kinder mit klinischer Diphtherie, bei welchen eine sekundäre Infektion des Ohrsekrets mit Diphtheriebazillen Platz greift, als vielmehr diejenigen, die in Rachen oder Nase Bazillenträger sind. Diese sekundäre Infektion braucht trotz doppelseitiger Ohrerkrankung nicht immer beide Seiten zu betreffen. Nur in einem kleinen Teil der Fälle finden sich in Nase und Rachen keine Diphtheriebazillen beim gleichen

Kinde, so daß für diese Fälle die Infektion von anderen Kindern her wahrscheinlicher ist. Es hat sich also ergeben, daß bei den Säuglingen der Anstalt das Ohrsekret eine häufige Ansiedlungsstätte für Diphtheriebazillen bildet. Da die Säuglinge durch die sekundäre Infektion des Ohrsekrets mit Diphtheriebazillen nie ernstlich gefährdet worden sind, kommt den Befunden klinisch nur eine untergeordnete Bedeutung zu. Bemerkenswert erscheinen sie hingegen vom epidemiologischen Standpunkt aus, da die Diphtheriebazillen des Ohrsekrets die Quelle neuer Ansteckungen bilden können. Wenn es Verff. auch infolge der Eigenart des Materials nicht möglich gewesen ist, derartige Uebertragungen mit Sicherheit nachzuweisen, so ist doch an der Möglichkeit einer derartigen Uebertragung nicht zu zweifeln. Verff. verweisen in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungen bei Nabeldiphtherie der Säuglinge sowie auf die von chirurgischer Seite mitgeteilte Erfahrung, daß im Wundsekret nachgewiesene Diphtheriebazillen die Ansteckungsquelle für gesunde Personen ihrer Umgebung geworden sind. (B. Rl. W. 1921 Nr. 35.)

Die Hämaturien im Kindesalter. Nassau: Die Hämaturie findet sich im Kindesalter einmal als Teilerscheinung eines krankhaften Urinbefundes (Nephritis) und zweitens als einziger krankhafter Befund, dessen Bedeutung für den Zustand der Nieren und des Organismus oft zweifelhaft ist. Von diesen monosymptomatischen Hämaturien ist im wesentlichen die Rede. Die Entstehung der monosymptomatischen Hämaturien im Kindesalter läßt sich auf bestimmte mechanische, nutritive und infektiös-toxische Reize zurückführen. Von den mechanischen Reizen führt Aufrechtsein beim disponierten Individuum nicht nur zur Albuminurie, sondern häufig auch zur Hämaturie. Auch geringe körperliche Anstrengungen (Turnen) sind im Kindesalter begleitet von einer Hämaturie. Die Hämaturie auf nutritive Reize ist ein häufiger Begleiter der Barlowschen Erkrankung und der idiopathischen Hautblutungen (L. F. Meyer und Nassau). Die Neigung zu Nierenblutungen auf infektiös-toxischer Grundlage findet sich im Säuglingsalter häufig bei den Varizellen, bei der Nasendiphtherie und bei der unkomplizierten Grippe (Castro). Die Pyelonephritis der jungen Kinder geht stets mit Hämaturie einher. Diese meist kurzdauernden Hämaturien des frühesten Kindesalters, ausgelöst durch nutritive und infektiös-toxische Bedingungen, scheinen prognostisch günstig zu sein. Schwierig zu beurteilen sind die langdauernden Hämaturien älterer Kinder. Auftreten oder Ausbleiben von Folgezuständen an anderen Organen, vor allem am Herzen und an den Gefäßen, werden nach längerer Beobachtung (Funk-

tionsprüfung) meistens doch gestatten, ein Werturteil über die Bedeutung der Hämaturien abzugeben.

Ernst R. W. Frank: In die von Nassau beschriebene erste Gruppe von Erkrankungen gehört ein Fall, den ich vor 18 Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte. Es wurde mir ein Mädchen von 8 Monaten zur urologischen Untersuchung überwiesen, welches seit 2 $\frac{1}{2}$ Monaten an Hämaturie litt. Etwa im 4.—5. Monat wurde bemerkt, daß die Windeln durch den Urin rötlich gefärbt waren. Es wurde eine Hämaturie festgestellt, die man für renal hielt. Eine Vergrößerung der Niere wurde damals nicht gefunden. Der zu dieser Zeit befragte Kollege Stöltzner nahm einen kindlichen Skorbut als vorliegend an. Unter anderem wurde Ernährung mit roher Milch versucht, die auf den Ernährungszustand günstig wirkte, aber zu Stuhlverstopfung führte. Die Hämaturie dauerte an mit Zwischenräumen bis zu 8 Tagen. Nachdem während der ganzen Zeit das Urinsediment nur rote Blutkörperchen enthalten hatte und nur ab und zu einige Zylinder, zeigte der Urin, etwa 14 Tage bevor ich das Kind sah, Eiterbeimengung. Neben reichlichen Eiterkörperchen wurden massenhaft Kolibazillen ausgeschieden. Es handelte sich also um eine Infektion infolge der Stuhlverstopfung. Ich fand das Kind hochgradig heruntergekommen und hoch fiebernd. Seit 10 Tagen hatte die Blutung aufgehört, die Windeln wiesen deutliche Eiterabgänge im Urin auf. Die rechte Flankengegend war sehr schmerzhaft, ich fand die rechte Niere erheblich vergrößert, hatte aber bei der Palpation nicht das Gefühl einer bösartigen Geschwulst. Zystoskopisch fand ich zystitische Veränderungen geringen Grades. Beide Harnleiter arbeiteten gut, aus der Mündung des rechten floß trüber, mit kleinen Bröckeln und Fetzen gemischter Urin ab, während der aus dem linken Harnleiter austretende Urin makroskopisch klar erschien. Gegen die Annahme einer bösartigen Geschwulst sprach das rasche Entstehen derselben innerhalb von 14 Tagen. Es konnte aber ein langsam sich entwickelnder Tumor vorliegen, der die Grenzen der Niere noch nicht überschritten und zu dem sich sekundär eine Infektion der rechten Niere gesellt hatte. Die Art der Blutung sprach aber gegen das Bestehen einer bösartigen Geschwulst. Am wahrscheinlichsten erschien mir, daß die Blutungen — dafür hatte sich auch Heubner ausgesprochen — die Folge eines Barlowschen Zustandes waren und daß sich zu dieser sekundär eine schwere Koliinfektion als Folge einer hartnäckigen Stuhlverstopfung gesellt hatte. Ob auch die linke Niere infiziert war, ließ sich nicht nachweisen, da ja bei dem jugendlichen Alter eine Sondierung des Harnleiters ausgeschlossen war. Auf Grund dieser Erwägungen

lehnte ich einen Eingriff ab und hielt das Kind für verloren. Von anderer Seite wurde kurz darauf die rechte Niere entfernt mit dem anfänglichen Erfolg der Entfieberung. Die entfernte Niere hatte ich zu sehen Gelegenheit. Sie war bis zum Umfang der normalen Niere des Erwachsenen vergrößert und erwies sich mikroskopisch als durchsetzt von miliaren Herdchen, die stellenweise zu größeren Herden konfluiert waren. Der Gang der Infektion war deutlich aufsteigend und radiär ausstrahlend, ein charakteristisches Bild der „Surgical kidney“. In den bazillär nicht ergriffenen Nierenabschnitten fand sich frische Glomerulonephritis als Ausdruck der Allgemeinerkrankung. Das Kind überlebte den Eingriff 14 Tage. Neben Blut enthielt der Urin der letzten Tage auch reichlich Eiter. Es handelte sich also um einen Fall von aufsteigender Infektion bei vorausgegangener doppelseitiger Barlowscher Erkrankung der Nieren.

J. J. Stutzin: Als Quellen für Hämaturie, die Nassau nicht genannt hat, möchte ich hinzufügen: 1. Die angeborenen Strikturen; sie sind bei Kindern durchaus nicht so selten, wie man gemeinhin annimmt. Da die Kinder über die Schwierigkeiten bei der Miktion nichts auszusagen wissen, pflegt sich oft als erstes Symptom dieser Krankheit die Hämaturie bemerkbar zu machen. Sie ist als Folge erhöhter Stauung in den oberhalb der Striktur befindlichen Harnwegen, eventuell kombiniert mit einer Infektion, aufzufassen. 2. Hinsichtlich der Tuberkulose möchte ich sagen, daß bei ihr die Hämaturie ungefähr in allen Stadien vorkommen kann, nicht nur im Beginn, wo sie allerdings, ähnlich wie bei der Lungentuberkulose, plötzlich in die Erscheinung treten kann. 3. Als besondere, bei uns kaum vorkommende Quelle nenne ich ferner die Bilharzia. Ich habe sie im ägyptischen Grenzgebiet und besonders in Mesopotamien oft beobachtet. Nicht immer ist die Ursache eine Blasen- oder Nierenlithiasis. Jedenfalls erlebt man Enttäuschungen, wenn man nur auf die Diagnose Bilharziahämaturie operativ vorgeht. Es handelt sich oft um entzündlich-ulzerative Prozesse infolge der Infektion mit der *Distoma haematobium*. Und 4. möchte ich noch auf die Appendizitis hinweisen, bei der, insbesondere nach der Appendektomie, Hämaturien nicht allzu selten auftreten. Ich habe diese Erscheinung wiederholt beobachtet und möchte es besonders hervorheben, weil ihr Auftreten ein schweres pathognomonisches Anzeichen ist.

Eckert: Nassau wünscht eine Kasuistik der Hämaturie im Kindesalter. Ich trage folgenden Fall hierzu bei. Junge von $4\frac{1}{2}$ Jahren. Vater und Großmutter väterlicherseits an Schrumpfnieren

gestorben. Erkrankt unter Fieber (38,5°), Erbrechen, Kopfschmerz, Foetor aceticus, blutig-schleimigen Durchfällen, Leibscherzen. Am 4. Tage einzelne Urinportionen blutig gefärbt. Im Sediment Erythrozyten, keine Zylinder, der Eiweißgehalt des Urins entspricht dem Blutgehalt. Am 10. Tage ist das Blut aus dem Urin verschwunden. Das Kind wohl. Vielleicht ist das zweifache Vorkommen von Schrumpfnieren in der Familienanamnese von Interesse.

J. Cassel: Einen Fall von Hämaturie infolge von Billharzia habe ich auch in Berlin vor dem Kriege gesehen. Es handelte sich um einen 5jähr. Knaben, der aus Johannesburg (Transvaal) stammte. — In dem Referate Nassaus habe ich die Erwähnung einer Form von Hämaturie (hämorrhagische Nephritis) vermißt, die nicht so ganz selten ist. Sie tritt bei älteren Kindern auf, die an chronischen Entzündungen und Infektionen des Waldeyerschen Rachenringes leiden und in 1 Jahre ein halbes dutzendmal an akuten Anginen erkranken, die jedesmal von hämorrhagischer Nephritis gefolgt sind. Erst eine gründliche Operation, unter Umständen mit Ausschälung der Tonsillen, pflegt endgültige Beseitigung der Affektion zu bringen. — Ferner möchte ich darauf aufmerksam machen, daß die postinfektiöse hämorrhagische Nephritis, namentlich nach Scharlach, eine nicht ungünstige Prognose zu geben pflegt, unter Umständen eine viel bessere als die nicht hämorrhagische postskarlatinöse Nephritis. — Wie verschieden die einzelne infektiöse Noxe auf die Niere desselben Individuums wirkt, kann man aus folgendem Beispiel ersehen. Ich habe in einer Arbeit über Varizella im Jahre 1893 einen schweren Fall von hämorrhagischer Nephritis beschrieben, der in völlige Heilung auslief. Bei demselben Kinde habe ich einige Jahre später einen Scharlach behandelt, der ohne jede Beteiligung der Nieren verlaufen ist.

Finkelstein: Die von Nassau eingehend berücksichtigte geringfügige Erythrozyturie junger Kinder, auch bei leichten Infekten, sah F. zuweilen vorübergehend so beträchtlich werden, daß sie makroskopisch ohne weiteres auffiel. Diese Erythrozyturie ist auch von Interesse im Hinblick auf gewisse Fälle, die in den Formenkreis gehören, der als „Pyelitis“ oder „Pyelonephritis“ der Säuglinge bezeichnet zu werden pflegt. Es sind diejenigen, die mit Erythrozyturie bis Hämaturie beginnen, danach Leukozyturie zeigen und danach wieder in Hämaturie ausklingen. Zylinder und Nierenelemente fehlen. Trotzdem muß man, da ja die Erythrozyturie nachgewiesenermaßen in der Niere, nicht im Nierenbecken erfolgt und die zutretende Leukozyturie nur als eine Steigerung des krankhaften

Vorganges erscheint, diese Formen als eine besondere Art der primären interstitiellen Nephritis, nicht als Pyelonephritis oder Pyelitis auffassen. Zu den essentiellen Hämaturien dürften folgende familiäre Fälle gehören: 7jähriges Mädchen seit 3 Jahren, 8jähriger Bruder seit 8 Jahren dauernd, wenn auch in der Stärke schwankend, blutiger Urin. Sediment zeigt in längerer Beobachtung vorwiegend Erythrozyten, wenig Leukozyten, nur gelegentlich vereinzelte hyaline oder Blutkörperchenzylinder. Zystoskopie des Mädchens (Dr. Portner) und Ureterenkatheterismus zeigt, daß beide Nieren beteiligt sind. Eiweiß $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{6}$ pro Mille. Niemals Oedeme, Blutdruck normal, Nierenfunktionsprüfung ergibt nichts Abnormes, Allgemeinzustand vorzüglich. Keine Anämie. Kein Anschluß an Infektionskrankheit. Familienanamnese farblos. Finkelstein hat auch einmal eine Hämaturie nach Verordnung von Trockenkost am Nachmittag und am Abend bei einem 6jährigen enuretischen Mädchen beobachtet. Am 3. Tage früh ziemlich stark blutige Urinentleerung, Mittag und Nachmittag wieder normaler Urin.

Lucie Adelsberger: Um darauf hinzuweisen, daß die Hämaturie, selbst wenn sie als einziges Symptom auftritt, doch nicht unterschätzt werden darf, sei eines 7jährigen Jungen Erwähnung getan, der durch Zufall in Beobachtung kam und bei dem sich monatelang eine zuerst zeitweise auftretende, dann anhaltende Hämaturie fand. Keine Veränderung am Herzen. Urin bakteriologisch steril. Bei der ohne sichere Indikation vorgenommenen Operation fand sich, von einer Schleimhautfalte verdeckt (und deshalb wohl im Zystoskop entgangen), ein tiefgreifendes, blutendes Geschwür (Divertikel?) an der hinteren Blasenwand.

Nassau (Schlußwort): Bei Durchsicht der Literatur lassen sich noch zahlreiche andere Bedingungen finden, die gelegentlich beschuldigt worden sind, zur Hämaturie geführt zu haben. Die Annahme der Gutartigkeit der monosymptomatischen Hämaturien möchten wir ablehnen; es können sich schwere organische Nierenveränderungen dahinter verstecken. Stets handelt es sich um ein lädierbares Gefäßsystem. Der Vergleich dieser Veränderungen am Gefäßsystem mit der Arterio capillary-fibrosis von Gull und Stutton, den Baginsky einmal gebraucht hat, scheint weniger die Sachlage zu treffen, als der Begriff der „Débilité rénale“, der eine Niere kennzeichnen will, deren Gefäße und Epithelien auf geringe Anforderungen den Durchtritt von Erythrozyten gestatten.

(Berlin, Verein f. inn. Med. u. Kindhlkd., 14. 3. 21.)

Diagnostisches.

Eine vereinfachte kutane Tuberkulinprobe. Von Prof. E. Feer (Aus der Züricher Kinderklinik). Verf. bevorzugt die Pirquetsche Kutanprobe und hat im Kriege oder nachher kein Schwächerwerden des Alttuberkulins des Schweizer Seruminstitutes (Bern) beobachtet. In der Privatpraxis begegnet man öfters bei den Eltern gewissen Bedenken gegenüber dem Impfbohrer und stößt auf Aengstlichkeit der Kinder. Andererseits sehen viele Aerzte davon ab, diese harmlose Tuberkulinprobe in ihr Rüstzeug aufzunehmen, weil sie keinen Bohrer besitzen und keine Lanzette verwenden wollen. Es hat Verf. dies veranlaßt, eine einfachere Kutanprobe zu suchen. Verf. hat eine gefunden, die sich bewährt hat und die bei vielfachen Kontrollproben in der Klinik genau so sichere Resultate gibt wie die klassische v. Pirquetsche Probe. Das Vorgehen macht sich so: Man schneidet sich eine Anzahl Streifen (5 cm lang, 2 cm breit) aus gewöhnlichem mittelfeinen Rost- (Schmirgel-) Papier. Verf. verwendet die Nummer 00 mit deutlich sichtbarem und fühlbarem Korn. Man legt die Papierstreifen eine Woche lang in ein Fläschchen mit Chloroform und Aether ää. Dadurch werden alle pathogenen Bakterien, auch Tetanussporen, nach der Untersuchung von Herrn Prof. Silberschmidt abgetötet. Man kann das Papier unbegrenzt lange in dem Fläschchen liegen lassen oder nach einer Woche herausnehmen und reinlich verpackt trocken aufbewahren. Zur Probe wird nun die Innenseite eines Vorderarmes mit Aether gereinigt. Man legt einen trockenen Papierstreifen (1—2 Min. nach Entnahme aus dem Fläschchen ist das Papier trocken) um die Spitze des rechten Zeigefingers, hält seine Enden mit Mittelfinger und Daumen fest und reibt nun die Haut an 2 Stellen kräftig in 3—4 Zügen etwa im Umfang eines Quadratcentimeters, wobei die Exkursionen also nur 1 cm groß zu sein brauchen. Damit die seitlichen Enden nicht kratzen, kann man sie um die Fingerkuppe nach oben biegen. Eine Stelle reibt man etwas stärker als die andere, doch so, daß keine sichtbaren Exkorationen entstehen. Man gewinnt bald die Erfahrung, wie stark man reiben muß. Die weiche, gut durchblutete Haut eines Säuglings braucht nur eine sanfte Reibung, die derbe, graue bei älteren Kindern eine stärkere, wie man auch mit dem Impfbohrer oder der Vakzinationslanzette verschieden vorgehen muß. Bei derber, dicker Oberhaut bleiben oft weiße Epidermisschollen am dunklen Papier haften. Es empfiehlt sich, für jede Stelle einen frischen Papierstreifen zu nehmen. Hierauf bringt man auf jede der 2 Reibeflächen 1 Tropfen unverdünntes Alttuberkulin, legt eine winzige Flocke Watte auf den Tropfen und bedeckt die Stelle mit Heftpflaster. Nach 2 Stunden läßt

man das Pflaster wegnehmen und die Haut mit Wasser und Watte abwaschen. Bei positivem Ausfall der Probe ist die Reibfläche nach 12—24 Stunden rot und beetartig erhaben geworden, sie erreicht die stärkste Entwicklung nach 2 Tagen. Es entsteht eine Papel, ähnlich wie nach der gewöhnlichen Pirquetschen Probe, aber ohne zentrale Exkoration. Einzelne parallele Linien zeigen an, daß man unnötig stark gerieben hat, beeinträchtigen jedoch den Erfolg nicht. In zweifelhaften oder negativen Fällen kann man nach acht Tagen nahe den alten Stellen nochmals 2 Reibflächen setzen, läßt aber das Tuberkulin 8—10 Stunden liegen. Bei dieser zweifachen Probe bleibt nur ganz außerordentlich selten ein Fall von aktiver Tuberkulose negativ (abgesehen von den bekannten Ausnahmen), wie Verf. die gewöhnliche Pirquetisierung zeigt, die er seit vielen Jahren in zweifelhaften Fällen in ähnlicher Weise wiederholt, so daß man in der Praxis fast stets auf eine nachfolgende Intrakutaninjektion verzichten kann, da hier die inaktiven Formen wenig Interesse bieten. Vereinzelt Fälle, am ehesten von Drüsentuberkulose, reagieren anfänglich nur auf bovines Tuberkulin (z. B. Phymatin), so daß man in fraglichen Fällen guttut, mit einem Misch-Tuberkulin oder neben dem gewöhnlichen Tuberkulin mit bovinem zu pirquetisieren. Die beschriebene Probe, die man als Papierprobe bezeichnen kann, ist sehr einfach, schmerzlos und zuverlässig. Sie bietet den Vorzug, daß sie kein Instrument erfordert, darum auch nicht auf Wiederstand stößt. Sie ist geeignet, den Tuberkulinproben vermehrten Eingang in die Praxis zu verschaffen. Aether und Chloroform haben die meisten Aerzte vorrätig. Es braucht nur noch etwas Rostpapier, ein Fläschchen (1 g) Alt-Tuberkulin und einen dünnen Glasstab (das diagnostische Tuberkulin von Merck wird mit am Glasstöpsel angeschmolzenem Glasstab abgegeben). Entnimmt man den nötigen Tropfen Tuberkulin nur mit (äther-) gereinigtem Glasstab, so kann man das gleiche Fläschchen jahrelang benutzen. Man kann das Tuberkulin des gleichen Fläschchens auch zu evtl. nachfolgenden Intrakutanproben verwenden. Ein Vorteil der Papierprobe ist der Umstand, daß man nicht mit einer aspezifischen Reaktion zu rechnen braucht, wie bei der Pirquetschen Bohrung, die das Urteil am Tage nach der Impfung öfters erschwert.
(M. m. W. 1921 Nr. 33.)

Ein neuer Handgriff zur Erleichterung der gynäkologischen Untersuchung bei starker Bauchdeckenspannung. Von Dr. Rudolf Hirsch (Aus der Universitäts-Frauenklinik München). Es fiel Verf. bei der Ausführung der rektal-vaginalen Untersuchung des öfteren auf, daß in dem Augenblick, in dem die

Patientin den Sphincter ani externus um den eingeführten Mittelfinger kontrahierte, eine vorher bestehende Bauchdeckenspannung wegfiel. Von dieser Erfahrungstatsache ausgehend, ging Verf. dazu über, bei Patientinnen, deren Untersuchung infolge starker Spannung auf Widerstand stieß, willkürlich eine Kontraktion des Afterschließmuskels hervorzurufen. Verf. führt zu diesem Zwecke der Patientin ein Gummirohr, einen Metallstab oder einen Hegarstift von $1\frac{1}{2}$ bis 2 cm Dicke in das Rektum ein und fordert die Untersuchende auf, den Afterschließmuskel möglichst fest um den eingeführten Fremdkörper zu kontrahieren, etwa so, als müßte sie eine Stuhlentleerung verhindern. Hierbei beobachtet Verf. nun regelmäßig ein Erschlaffen der vorderen Bauchmuskeln, die Bauchpresse kommt in Wegfall, es gelingt der touchierenden äußeren Hand, tief in das Abdomen einzudringen und einen exakten Touchierbefund zu erheben. Für das Zustandekommen dieser Erscheinung glaubt Verf. zwei Faktoren verantwortlich machen zu dürfen: 1. die Ablenkung der Patientin von der Untersuchung, die gerade bei dieser Art besonders intensiv zu sein scheint, 2. ein gewisser, vielleicht gewohnheitsmäßig zustande kommender Antagonismus der Afterschließmuskulatur und der die Bauchpresse unterstützenden Muskeln der vorderen Bauchwand. Bei der Defäkation, beim Erbrechen, beim Austreiben des Kindes während der Geburt, kurzum bei jeder den Bauchraum verkleinernden, gemeinsamen Tätigkeit der Bauchmuskeln erschlafft der Sphincter ani externus mehr oder minder stark, der Anus öffnet sich. Andererseits erschlaffen gewohnheitsmäßig bei kräftiger Kontraktion des Sphincter ani die Muskeln der Bauchpresse, und es ist nur schwer möglich, beide Muskelgruppen, deren Innervation bekanntlich durch verschiedene Nervenstämme erfolgt (Nervi intercostales — Plexus sacralis), zu gleicher Zeit zu kontrahieren. Auf Grund zahlreicher ambulanter Untersuchungen und der hier kurz geschilderten theoretischen Betrachtung hält Verf. sich zu dem Rate berechtigt, in jedem Falle, in welchem infolge starker, nicht zu überwindender, willkürlicher Bauchdeckenspannung eine Narkoseuntersuchung in Frage kommt, eine Untersuchung auf die eben beschriebene Art vorzuschicken. Verf. glaubt, daß auf diese Weise in den meisten Fällen das Ziel, einen eindeutigen Touchierbefund zu erheben, erreicht wird. (M. m. W. 1921 Nr. 36.)

Die Perisplenitis als praktisch brauchbares Symptom der kongenitalen Lues. Von L. F. Meyer (Aus dem Waisenhaus und Kinderasyl der Stadt Berlin). In der Kette der syphilitischen Symptome scheint die Perisplenitis ein klinisch gut brauchbares Glied zu sein. Die Perisplenitis ist nämlich nach Verf. Beob-

achtungen keineswegs nur ein kasuistisch interessantes, sondern ein häufig vorkommendes Symptom der kongenitalen Lues. Unter 46 Fällen von kongenitaler Syphilis zählte er in den letzten 1 $\frac{1}{2}$ Jahren 12, bei denen der klinische und öfters auch der bestätigende anatomische Nachweis einer Perisplenitis geführt wurde, 8 davon allein unter 24, also in einem Drittel der Fälle, im letzten Halbjahr. Es ist bezeichnend, daß sich die Zahl der beim Lebenden nachgewiesenen Perisplenitisfälle um so mehr erhöhte, je mehr Beachtung dem Symptom gezollt wurde. Die klinische Diagnose ist zunächst nicht ganz einfach. Einmal ist die Perisplenitis in der Regel nur wenige Tage hindurch wahrzunehmen. Sie tritt meist gleichzeitig mit der Eruption des Exanthems oder mit den ersten wahrnehmbaren spezifischen Veränderungen auf, aber sie verschwindet sehr rasch, gewöhnlich schon nach 3—4 Tagen, spätestens nach 10 Tagen, lange bevor die übrigen Zeichen der Syphilis geschwunden sind. Das Auftreten der knisternden Reibegeräusche ist eng gebunden an den anatomischen Vorgang der fibrinösen Exsudation auf der Milzkapsel; sobald regressive Veränderungen eintreten, lassen sich die Reibegeräusche nicht mehr wahrnehmen. Zum andern muß die palpierende Hand auf die Wahrnehmung des Reibens oder Knisterns, das ungefähr dem beim Hautemphysem entspricht, eingestellt sein, wozu eine gewisse Übung gehört. Dabei ist stärkerer Druck ganz zu vermeiden. Wer die Hand ganz leicht auf die Milzgegend, am besten an den unteren Pol der Milz legt und nun den Verschiebungen der Milz bei der Atmung folgen läßt, wird am besten das typische Schneeballknirschen fühlen. Auch durch Auskultation unterhalb des Rippenbogens ist oft das durch die Perisplenitis erzeugte weiche Knistern zu hören. Täuschungen können entstehen durch eine trockene Pleuritis, die allerdings weniger feine Reibegeräusche hervorruft, und vielleicht einmal durch das Knirschen, wie es beim Gegeneinanderschieben der Darmwände bisweilen zu fühlen ist. Zu besonderer Bedeutung erwächst die Feststellung einer Perisplenitis in jenen Fällen, in denen die Säuglingssyphilis abortiv verläuft. So kann über einen Fall berichtet werden, der als einziges Zeichen der Syphilis eine kleine Rhagade am Mundwinkel aufwies, ohne Exanthem und ohne jede andere spezifische Erscheinung. Hier verstärkte das gleichzeitig mit der Rhagade auftretende perisplenitische Reiben den Verdacht auf eine syphilitische Erkrankung, der durch den positiven Ausfall der Wa.-R. bestätigt wurde. Als bemerkenswert soll erwähnt werden, daß in diesem Falle auch späterhin andere Symptome der Syphilis ausblieben. Neben der Perisplenitis hat Verf. bisweilen, wenn auch weniger häufig (3 mal), eine Perihepatitis, bedingt durch peritonitische Auf-

lagerungen an der Leberoberfläche, feststellen können. Es findet sich in solchen Fällen das gleiche Reiben am freien Rande der Leber wie sonst an der Milz. Perisplenitis und Perihepatitis zeigen anatomisch identische Veränderungen, die einem bestimmten Entwicklungs- und Rückbildungsgang unterworfen sind. Im Beginn findet man mit Leukozyten durchsetzte, ganz locker aufgelagerte und leicht abziehbare fibrinöse Exsudationen auf der Leber- und Milzkapsel. Je nach der Intensität der Fibrinabsonderung kommt es dabei zu feinen, fadenförmigen Strängen, die sich gitterartig ineinanderweben, zu inselförmigen Flecken oder schließlich zu einem zusammenhängenden, leicht abziehbaren Ueberzug von grauweißer Farbe. Allmählich entwickelt sich aus diesen Belägen, insofern sie nicht resorbiert werden, eine Schwarte, die der Kapsel fest anhaftet und auf lange hinaus als Zeichen der überstandenen Affektion bestehen bleiben kann. Auch bindegewebige Verwachsungen der Milz mit den benachbarten Organen kommen als Folgezustände vor. Es ist besonders zu betonen, daß die klinische Feststellung der Perisplenitis durch Knistern und Reiben bei der Palpation lediglich an das Entstehungsstadium der Exsudation gebunden ist. Sobald die fibröse Schwarte sich ausbildet, schwinden jene typischen klinischen Zeichen des Perisplenitis. Ihrem Wesen nach sind Perisplenitis und Perihepatitis als lokalisierte Formen einer spezifischen Peritonitis aufzufassen. Daß es bisweilen zur diffusen Form der spezifischen Peritonitis kommen kann, bestätigt diese Auffassung. Einmal fand Verf., wie in den beiden von Baginsky beschriebenen Fällen, neben den Ausschwitzungen auf Milz und Leber feine, weißlichgraue Auflagerungen auf dem ganzen Peritoneum; zwischen den Darmschlingen sowie zwischen Dickdarm und Leber spannen sich leicht zerreißen, feine Fibrinfäden, die die Därme miteinander verklebt hatten. Zusammengefaßt darf noch einmal betont werden, daß spezifische Veränderungen am Bauchfell des kongenital luetischen Säuglings in Gestalt der Perisplenitis und Perihepatitis häufiger sind, als man bisher annahm. Namentlich die Perisplenitis hat sich als gut verwertbares Frühzeichen der Säuglingssyphilis bewährt.

(B. kl. W. 1921 Nr. 39.)

Krankheitsbilder.

Epidemische Enzephalitis unter dem Bilde „rheumatischer“ Fazialislähmung. Von Prof. Eduard Müller (Aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Marburg). Die Lehre von der „rheumatischen“ Fazialislähmung bedarf der Revision. Unter diesen altüblichen Sammelbegriff fallen recht verschiedene Dinge. Ursächlich kommt nur ausnahmsweise das Virus des akuten

Gelenkrheumatismus in Frage. Unter 7564 Fällen dieser Infektion — der Leipziger Klinik entstammend — fand Rolly nur 18 mal eine Polyneuritis und nur in einer noch viel kleineren Minderzahl isolierte Fazialisschädigungen. Eine „rheumatische“ Gesichtsnervenlähmung im strengen Sinne des Wortes gehört also zu den allergrößten Seltenheiten. Viel häufiger werden schmerzhaft empfindungen, die eine nukleo-peripherische Fazialisparese begleiten — sei es als Ausdruck einer allgemeinen Infektion, sei es in Form primär-nervöser sensibler Reizerscheinungen —, wohl nicht ganz zutreffend als „rheumatisch“ von Kranken und Aerzten bezeichnet. Die tatsächlich nur ganz losen Beziehungen zwischen solchen Fazialislähmungen und echter rheumatischer Infektion haben zu der wohl gleichfalls irrtümlichen Meinung geführt, daß unter rheumatischer Gesichtsnervenlähmung im wesentlichen die „refrigatorische“, die Erkältungslähmung, zu verstehen sei. Sorgfältige Vorgeschichten in frischen Fällen mit noch klarer Erinnerung zeigen aber, daß sinnfällige sichere Kältetraumen nur in einzelnen Fällen nachweisbar sind¹⁾. Hierzu gehören u. a. die bekannten Fazialislähmungen nach ausgiebiger ungewohnter Einwirkung kühler Zugluft, z. B. nach Eisenbahnfahrten bei offenem Fenster. Selbst hier machen aber die noch ganz unklaren Wechselbeziehungen zwischen Kälteschäden und Infektion Deutungsschwierigkeiten. In den meisten Fällen handelt es sich gar nicht um wirkliche, sondern um angebliche Erkältungen. Krankheits-symptome, die man gern als Erkältungsfolgen bezeichnet, werden nicht nur vom Laien, auch vom Arzte mit Kältetraumen verwechselt. Vielfach hat man sich „erkältet“, weil man eine andere Ursache seiner Beschwerden nicht weiß! Aus diesen Gründen haben vorsichtige Beurteiler schon längst mit einer noch unbekannteren Form der Neuritis als Hauptursache der sog. rheumatischen Fazialislähmung gerechnet. Vielleicht darf man aber noch einen Schritt weiter gehen und sich fragen, ob hier überhaupt — zumindest in einem großen Teil der Fälle — eine wirkliche peripherische Nervenentzündung (besonders im Verlauf des Falloppischen Kanals) vorliegt oder vielmehr eine pontine Kern- und Wurzelläsion. Einen wichtigen Fingerzeig gibt uns hier die epidemische Kinderlähmung, die Heine-Medinsche Krankheit. Wir besitzen vollgültige Beweise — klinische und pathologisch-anatomische, epidemiologische und sogar tierexperimentelle — für das Vorkommen einer Bulbärform der Kinderlähmung unter dem vor-

¹⁾ Denkbar wäre hier auch ein primärer „Rheumatismus“ der Gesichtsmuskulatur mit nachträglichem Uebergreifen der Entzündung auf Fazialisäste und Fazialisstamm nach Analogie der Beziehungen zwischen Lumbago und Ischias.

herrschenden Bilde der nukleoperipherischen Fazialislähmung. Wenn sich im Kindesalter nichtotogene, scheinbar „rheumatische“ Fazialislähmungen entwickeln, so muß man weniger an Neuritis als an Enzephalitis und Polio-Encephalitis pontis mit besonderer Gefährdung des 7. Hirnnerven denken und hier wiederum in erster Linie an eine verkappte epidemische Kinderlähmung. Tumor und Meningitis, beginnende multiple Sklerose, greifbare andere etwa ursächlich verantwortliche Infektionskrankheiten, auch Lues und Tuberkulose sind natürlich auszuschließen. Gleiches gilt wohl auch für die „rheumatische“ Fazialislähmung des Erwachsenen und für jene spezifische Infektionskrankheit, die sehr viel Verwandtes mit der Kinderlähmung hat, vielleicht sogar zur gleichen Erregergruppe gehört und jetzt mit dem allerdings nichts weniger als erschöpfenden Namen „epidemische Enzephalitis“ bezeichnet wird. Epidemische Kinderlähmung und epidemische Enzephalitis treffen sich mitunter in dieser Neigung zur Enzephalitis und Polio-Encephalitis pontis mit vorherrschender, ja ausschließlicher Fazialis-schädigung. Die Unterscheidung zwischen beiden Krankheiten kann dann — namentlich in sporadischen Fällen — um so schwieriger sein, weil die grippeähnlichen Vorläufer bei beiden Krankheiten sich völlig gleichen können, weil die anfänglichen sensiblen Reizerscheinungen, vor allem die Hyperästhesie, selbst die Neigung zum Schwitzen beiden gemeinsam sind und weil schließlich die bekannte Schlafsucht — allerdings durchschnittlich von geringerer Dauer und Stärke — auch bei solchen Formen der Heine-Medinschen Krankheit vorkommt. Erst kürzlich sah Verf. wiederum einen solchen diagnostisch zweifelhaften Fall von akut-fieberhafter Encephalitis pontis (nukleo-peripherische Fazialislähmung, „gekreuzte“ Pyramidenbahnparese der Extremitäten). Vielfach gelingt der klinische Beweis, daß die scheinbar „rheumatische“ Fazialislähmung die Folge einer Allgemeininfektion und nur die hervorstechende Teilerscheinung einer ausgedehnteren Hirn- und Hirnnervenschädigung darstellt. Je eingehender man frische Fälle ausfragt und untersucht, um so häufiger findet man Vorläufer- und Begleiterscheinungen, die für eine Infektion sprechen, vor allem grippeähnliche Störungen, sowie gleichzeitige, wenn oft auch unauffällige und flüchtige nervöse Symptome, die einer isolierten Fazialisschädigung widersprechen. Wiederholt sah Verf. bei solchen Fazialislähmungen gleichzeitige Abduzensparesen, auch andere Augenmuskelstörungen (wohl ein topischer Hinweis auf ursächlich bedeutsame Enzephalitis oder Polioenzephalitis!), ferner ausgesprochene spontane und Druckschmerzhaftigkeit der Trigemini- und Okzipitalispunkte (auch Nackenschmerzen), schließlich u. a. Vestibularisstörungen. Das sind Dinge, die man früher gern zur

„Polyneuritis cerebialis“ rechnete, aber meist wohl mehr im Sinne der Enzephalitis und Polioenzephalitis zu deuten sind. Ein Beispiel mag dies erläutern: Eine 27 Jahre alte, nicht „belastete“, früher durchaus gesunde, auch von Lues klinisch und serologisch freie Frau mit völlig intakten inneren Organen erkrankte ohne erkennbare äußere Veranlassung kurze Zeit vor der Geburt ihres Kindes mit drückenden Kopfschmerzen (besonders in Stirn-Augengegend), mit Appetitlosigkeit, Müdigkeit in allen Gliedern sowie Ohrensausen. Tags darauf beim Erwachen eine linksseitige nukleoperipherische Fazialislähmung. Gleichzeitig entwickelte sich eine leichte Abduzensparese, eine Pupillenstörung (ungenügende Erweiterung beider Pupillen im Dunkeln, rechte Pupille weiter als linke; wohl ein Reizzustand?), schließlich noch Druckempfindlichkeit der Trigeminuspunkte. Die linkseitige Fazialisparese besserte sich rasch; aber kurz darauf entwickelte sich eine leichtere, ebenfalls flüchtige rechtseitige. Solche Fälle sah Verf. seit dem epidemischen Auftreten der Enzephalitis viel häufiger als früher; sie kommen bekanntlich auch im Rahmen sonst typischer Enzephalitis mit Schlafsucht u. dgl. vor. Man muß ferner — wiederum nach Analogie mit der spinalen Kinderlähmung — berücksichtigen, daß abortive, diagnostisch schwer faßbare Fälle auch solcher Infektionskrankheiten wahrscheinlich viel häufiger als die typischen sind. Bedenkt man schließlich, daß die grippeähnlichen Vorläufer- und Begleiterscheinungen der Enzephalitis wie die so charakteristische Hyperästhesie der Kopfhaut (das Haarweh!)¹⁾, die Ueberempfindlichkeit der Nervenaustrittspunkte in gleicher Weise auch bei „rheumatischen“ Fazialislähmungen gelegentlich vorkommen, dann liegt doch die Vermutung nahe, daß angeblich „rheumatische“, scheinbar peripherische Gesichtsnervenlähmungen nur die abortive Erscheinungsform einer an sich meist viel ausgedehnteren infektiösen nervösen Erkrankung, vornehmlich der Brücke, darstellen mögen und in ähnlicher Weise, wie durch das Virus der epidemischen Kinderlähmung, auch durch das wohl verwandte der epidemischen Enzephalitis bedingt sein können. Die klinische und pathologisch-anatomische Buntheit in den Erscheinungsweisen der epidemischen Enzephalitis, auch die auffälligen örtlichen und zeitlichen Verschiedenheiten in dem quantitativen Mischungsverhältnis der einzelnen Typen der Erkrankung lassen von vornherein solche

¹⁾ Diese Hyperästhesie der Kopfhaut, das „Haarweh“, die Lokalisation der Kopfschmerzen in die Kopfschwarte, gehört zu Kardinalerscheinungen des Frühstadiums der epidemischen Enzephalitis — in ähnlicher Weise wie die bekannte Ueberempfindlichkeit des übrigen Körpers bei der Kinderlähmung. — An dieser Hyperästhesie der Kopfhaut kann sich auch die Hornhaut des Auges beteiligen.

Faziaslähmungen nur in schwankender Zahl erwarten. Daß sie aber häufiger vorkommen müssen, beweist schon die Vorliebe der epidemischen Enzephalitis auch für die grauen Zellager in der Umgebung des 4. Ventrikels (Rautengrube!)¹⁾. Befreundet man sich mit dieser Auffassung rheumatischer Fazialislähmungen — wenigstens in einer größeren oder kleineren Zahl der Fälle — als Teil- und Folgeerscheinung eines vorherrschend pontinen spezifischen Infektionsvorganges, so werden manche früheren Unstimmigkeiten im Symptomenbild „rheumatischer“ Fazialislähmungen verständlich, die früher große Deutungsschwierigkeiten gemacht haben, z. B. tatsächliche, nicht nur vorgetäuschte Zungen-, auch Gaumenbeteiligungen, manche Schluck-, Geschmacks- und Sprachstörungen, die gleichzeitige Trigemini- und Okzipitalis-überempfindlichkeit, ein flüchtiges Doppelsehen u. dgl. Der Zweck dieser Ausführungen ist erreicht, wenn bei frischen rheumatischen Fazialislähmungen auch des Erwachsenen an der Hand besonders sorgsamer Vorgeschichts- und Befunderhebung mehr als bisher mit der Möglichkeit pontinen Sitzes und ursächlicher Beziehungen zur epidemischen Poliomyelitis und epidemischen Enzephalitis gerechnet wird. Hierbei ist zu beachten, daß diese epidemische Enzephalitis, ebenso wie die Kinderlähmung, in Form sporadischer Fälle nie zu fehlen scheint und sich nur zeitweise aus noch ganz unbekanntem Ursachen heraus zur Seuche entwickelt. Schon das Beispiel der bulbären Kinderlähmung mahnt, den Krankheitssitz bei der scheinbar „rheumatischen“ Fazialislähmung nicht immer außerhalb des Cavum cranii im Fallopischen Kanal, sondern — vielleicht in erster Linie — innerhalb, und zwar vornehmlich in der Brücke zu suchen, selbst dann, wenn andere Ponssymptome, wie dies ebenfalls bei der Heine-Medinschen Krankheit vorkommt, vollkommen fehlen. Ueberall da, wo keine Querschnittsläsionen des Nerven, sondern gewissermaßen longitudinale Fasererkrankungen anzunehmen sind, darf man überhaupt die bekannten topischen Merkmale der peripherischen Fazialislähmung — schon bei der Möglichkeit von Aussparung und Uebergreifen des Entzündungsprozesses auf dem Querschnitt — nur mit äußerster Vorsicht verwerten. Schließlich würde eine peripherische Miterkrankung, eine Neuritis des Fazialis, keineswegs dem engeren Zusammenhang mit der epidemischen Enzephalitis widersprechen. Mitbeteiligungen der peripherischen Nerven, ja vorherrschendes Befallensein sind hier zwar pathologisch-anatomisch noch wenig studiert, aber auf Grund der klinischen Bilder — wenigstens nach

¹⁾ Die Verknüpfung nukleo-peripherischer Fazialislähmung mit Trigemini- und Abduzens- ja Vestibularisstörungen ist bei der engen Nachbarschaft der Kerne und Ursprungsfasern dann leicht verständlich.

den Erfahrungen des Verf. — sicherlich vorhanden. Genau genommen liegt hier keine epidemische „Enzephalitis“ vor, sondern eine durch ein spezifisches Virus hervorgerufene Schädigung des gesamten zerebrospinalen Nervensystems mit besonderen Prädispositionsstellen (graue Lager in der Umgebung der Ventrikel und des Aquaeductus Sylvii!). Die fließenden klinischen Uebergänge zwischen scheinbar „rheumatischer“ Fazialislähmung und ausgebreiteterer, sicherer Enzephalitis und Polioenzephalitis bilden natürlich nur einen klinischen Indizienbeweis für den Zusammenhang vieler „rheumatischer“ Fazialislähmungen des Erwachsenen mit der epidemischen Enzephalitis. Das entscheidende Wort müssen hier — in gleicher Weise wie bei der bulbären Kinderlähmung — pathologisch-anatomische, vor allem aber spätere tierexperimentelle Untersuchungen sprechen.

(D. m. W. 1921 Nr. 38.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Zur Behandlung der einfachen und komplizierten Knöchelfrakturen. Von Dr. Hans Dewes (Aus dem Fischbachkrankenhaus). Verf. ist vom Gipsverband bei Knöchelbrüchen ganz abgekommen und verwendet statt seiner seit 1911 bei allen Knöchelbrüchen eine nach Angabe von Prof. Drüner angefertigte Holzschiene, die im folgenden kurz beschrieben sei: Die Schiene besteht aus einem etwa 50 cm langen, 6 cm breiten Längsteil zum Anlegen an die Innenseite des Unterschenkels, entsprechend der Dupuytren'schen Schiene. An ihr ist 10 cm oberhalb des unteren Endes eine 25 cm lange, 6 cm breite Fußstütze unter einem stumpfen Winkel von etwa 100° angefügt, je nach Bedarf unverstellbar oder um eine Flügelschraube als Achse im Sinne einer Dorsal- und Plantarflexion verstellbar. Das Fersenende der Fußstütze überragt nach hinten den Längsteil um 3 cm. Die Schiene, die von jedem Tischler angefertigt werden kann, wird nach Polsterung an der Innenseite des Unterschenkels angelegt mit Hypomochlion oberhalb des inneren Knöchels. Der Fuß ruht auf der gepolsterten Fußstütze und wird an ihr in einer dem Neigungswinkel entsprechenden Supinationsstellung, die sich durch Unterpolsterung des inneren Fußrandes beliebig variieren läßt, befestigt. Der Neigung zur Spitzfußstellung läßt sich durch Drehung der Fußstütze entgegenarbeiten. Die Vorteile der Holzschiene gegenüber dem Gipsverband liegen auf der Hand. Man braucht nicht so lange auf das Zurückgehen der Schwellung zu warten wie vor Anlegung eines Gipsverbandes, und hat so den Vorteil des

Frühaufstehens noch mehr als mit Gipsverband. Die Schiene läßt sich mühelos beliebig oft abnehmen und die Stellung des Fußes überwachen und nötigenfalls verbessern. Hierin hat sie gegenüber dem Gipsverband den Vorzug der Billigkeit, Zeiterparnis und Sauberkeit. Auch ehe der Bruch ganz gefestigt ist, kann bei Verwendung der Schiene mit Massage und Uebungsbehandlung begonnen werden, weil sich hinterher der Fuß mühelos immer wieder in der gewünschten Stellung befestigen läßt. Hauptsächlich empfiehlt sie sich aus demselben Grunde der bequemen Auswechselbarkeit gegenüber dem Gipsverband bei Knöchelbrüchen, bei denen gleichzeitig eine Hautwunde vorliegt, und vor allem bei komplizierten Frakturen. (B. kl. W. 1921 Nr. 36.)

Erysipelbehandlung mit 16%igem Argentum nitricum.
 Von Dr. Slavko Hirsch (Aus der Infektionsabteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin.) Es wird jede Erysipelfläche mittels eines kleinen Pinsels oder Wattebausches mit Argentum nitricum einmal gründlich eingepinselt — außerdem noch über den Rand des Erysipels ungefähr zwei bis drei Querfinger breit hinaus. Gleich nach der Einpinselung fühlt der Kranke ein starkes Brennen, das aber nach übereinstimmenden Aussagen der Kranken nicht zu heftig ist. Das Brennen dauert zwei bis drei Stunden. 24 Stunden nach der Einpinselung ist die behandelte Fläche schwarz gefärbt, und etwa drei bis vier Tage nachher beginnt eine Schuppung der oberflächlichen Schichten, welche sechs bis acht bis zehn Tage andauert. Ist die Fläche gänzlich abgeschuppt, und zwecks Vermeidung eines Rezidivs legt Verf. Gewicht darauf, daß die Fläche während dieser Zeit nicht gewaschen wird, so erhält man eine überaus feine Haut, die bei Frauen besonders auffallend ist. Verf. hat auf diese Art Gesichts-, Extremitäten- und andere Erysipele an verschiedensten Körperstellen in 120 Fällen behandelt. Die Erysipelbehandlung mit 16%igem Argentum nitricum hat sich insofern bewährt, als Verf. seit Anwendung desselben, bei vorwiegend schweren Fällen, nur zweimal Weiterschreiten des Erysipels beobachten konnte. Es handelte sich beide Male um schwere Gesichtserysipele. Während er früher aber nicht selten bei Gesichtserysipel mit Oedemen der Augenlider Abszedierungen beobachtete, sah er jetzt Augenliderabszesse nur in zwei von 42 Fällen. Was die Erysipele der anderen Körperstellen betrifft, so sind sie fast sicher durch einmalige Einpinselung der Erysipelfläche und Randbegrenzung auf die befallene Stelle zu beschränken. Die Temperatur fällt entweder am zweiten, dritten oder vierten Tage, meistens kritisch, manchmal auch lytisch, indem es noch zu kleinen Zacken kommen

kann. Gefahren bzw. irgendwelche Schädigung hat Verf. infolge dieser Behandlung nicht beobachtet. Allerdings ließ er während der Schuppung niemals die schuppenden Stellen bzw. Flächen waschen. (M. Kl. 1921 Nr. 43.)

b) Innere Krankheiten.

Zur Aetiologie und Therapie der multiplen Sklerose. Von Direktor Dr. Fritz Kalberlah (Frankfurter. Kuranstalt Hohe Mark). Es steht jetzt fest, daß das Leiden eine von Menschen auf Tiere und durch mehrere Tierpassagen übertragbare Infektionskrankheit ist, vermutlich eine Spirochätose, bei der Salvarsan gute Dienste leistet, wenn es im Frühstadium angewendet wird. Sehr wichtig ist also die frühe Diagnose, die besonders von den Augenärzten erwartet werden kann. Außer bei den passageren Augenstörungen sollte der Arzt bei jedem Fall von vorübergehenden Lähmungserscheinungen im Jugendalter an das Leiden denken und nach Babinski, Störungen der Bauchdeckenreflexe und der Blasenfunktion usw. fahnden. Verf. hat von Silbersalvarsan bemerkenswerte Erfolge gesehen. Er gibt es 2 mal wöchentlich mit 0,03 beginnend und langsam steigend bis 0,1, möglichst mehrere Monate und intermittierend jahrelang mit mehrmonatlichen Pausen (nicht zu früh den Mut sinken lassen, sondern event. jahrelang fortfahren), daneben Chinin-Urethan (1—2 mal wöchentlich 0,5 intramuskulär).

(B. kl. W. 1921 Nr. 33.)

Ueber die Transplantation von Nebenschilddrüsensubstanz bei der Paralysis agitans. Von Dr. Walter Kühl, Altona (Elbe). Bei der absoluten Aussichtslosigkeit anderer Behandlungsmethoden, die lediglich symptomatische Erfolge versprechen, lag es nahe, den Kranken durch Transplantierung eines möglichst lebensfrischen Organes in den Besitz von funktionierendem Nebenschilddrüsengewebe zu bringen. Verf. wählte dazu einen typischen Fall von Paralysis agitans, der von Januar bis April 1921 im hiesigen Krankenhause als solcher beobachtet und diagnostiziert worden war. Unter Assistenz des Tierarztes entnahm er von zwei Kälbern sofort nach der Betäubung, vor der Schlachtung, aseptisch die Nebenschilddrüsen, die in warme, physiologische Kochsalzlösung aufgefangen und eine Viertelstunde später dem Kranken an zwei verschiedenen Stellen unter die Bauchhaut verlagert wurden (Lokalanästhesie, Jodierung der rasierten Haut usw). Der Erfolg ist so überraschend, daß unbeteiligte Nachbarn des Mannes am 10. Tage sich erkundigten, was geschehen sei. Die Retropulsion wurde nach dem 8. Tage nicht mehr, ebenso das

Schürfen der Fußsohlen beim Gehen kaum mehr beobachtet, weiter fällt es auf, daß die Wangen wieder das mimische Muskelspiel zeigen. Am 15. Tage kann der Mann sich auf die Erde legen, um von selbst wieder aufzustehen, während er vorher stets aus dem Bett herausgehoben werden mußte. Auch vermag er die Arme vor der Brust zu verschränken, sogar wieder allein zu essen und die Finger, die bisher geschlossen und steif gestreckt gehalten wurden, zu spreizen. Er schreibt seit 3 Jahren zuerst wieder. — Damit ist erwiesen, daß die Muskelstarre bei der Paralysis agitans auf einem Versagen der Nebenschilddrüse beruht. Durch sie entsteht der maskenartige Gesichtsausdruck, der ein Hirnleiden vorzutäuschen vermag, und die Retropulsion. Erst sekundär entwickelt sich die Versteifung der Gelenke, die ihrerseits wieder eine Atrophie der Knochen bewirkt. Aus allem glaubt Verf. schließen zu dürfen, daß ein so gefahrloser Eingriff zur Hebung eines bisher als unheilbar geltenden Leidens mit gutem Recht zu empfehlen ist, selbst auf die Gefahr hin, daß er von Zeit zu Zeit nach Aufhören der Wirksamkeit des Transplantates wiederholt werden müßte. (M. m. W. 1921 Nr. 34.)

Nächtliche Wadenkrämpfe und ihre Verhütung. Von Prof. Dr. Marwedel (Aachen). Nächtliche Krampi werden in der Regel ausgelöst durch Reckbewegungen die der Ruhende im Halbschlaf ausführt. Je nach der Art des Reckens tritt der Tonus auf der Dorsal- oder der Volarseite des Unterschenkels bzw. Fußes auf. Es kann gelingen, den Krampus zu verhüten, wenn man rechtzeitig die begonnene Reckbewegung unterbricht und nicht zu Ende führt; bei Leuten mit allzu festem Schlafe erreicht man den gleichen Zweck durch Lagerung des Unterschenkels und Fußes auf eine Volkmannsche Schiene. (M. m. W. 1921 Nr. 35.)

Schwere Pneumonien mit Pferdeserum und Aderlaß behandelte Prof. Dr. A. Bingel in der Weise, daß er den Patienten 12 bis 20 ccm Pferdeserum intramuskulär verabfolgte, nach einigen Stunden einen ausgiebigen Aderlaß von etwa 600 ccm machte und nach einigen Stunden die Serumgabe wieder holte. Er hat das Verfahren bisher bei zwanzig schweren, das Leben unmittelbar bedrohenden kruppösen Pneumonien angewandt, und zwar mit dem erfreulichen Erfolge, daß am Tage nach dem Eingriff die Krisis bzw. die Lysis einsetzte. In einigen Fällen war der Erfolg nur von kurzer Dauer, eine Wiederholung des Verfahrens hatte dann endgültige Wirkung. Daß dabei die übliche Therapie mit Umschlägen und Herzmitteln, insbesondere Kampfer, nicht außer acht gelassen wurde, ist selbstverständlich. (Ther. d. Gegenw., August 1921.)

Die Behandlung des Vorhofflimmerns mit Chinidin. Von Dr. Georg Bock (Aus der II. inneren Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses). Zusammenfassung:

1. In 12 von 35 Fällen wurde Flimmern der Vorkammern durch Chinidin beseitigt.

2. Das Chinidin ist im allgemeinen bei der nötigen Vorsicht unschädlich.

3. Die Wirkung des Mittels hält gewöhnlich nur während der Zeit der Verabfolgung an.

4. In einigen Fällen wurde eine nachhaltige Wirkung beobachtet. In 2 Fällen hielt die Wirkung länger als 2 Monate, in 2 Fällen bis heute — ein Jahr — an.

5. In 2 Fällen wurden stärkere Dekompensationserscheinungen durch Chinidin beseitigt; bei ihnen zeigte sich das Chinidin dem Digitalis überlegen.

6. Infolgedessen ist ein Versuch der Behandlung von Fällen von absoluter Arrhythmie mit Chinidin zu empfehlen.

7. Vor Verabfolgung von Chinidin soll versucht werden, Dekompensationserscheinungen durch Digitalis und sonstige Maßnahmen zu beseitigen.

8. Besonders geeignet zur Behandlung sind Personen mit peripherer Atherosklerose oder hypertonen Zuständen.

9. Nicht geeignet für Chinidinbehandlung scheinen Fälle von akuter und rezidivierender Endokarditis zu sein.

(M. Kl. 1921 Nr. 35.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Die prophylaktische Anwendung des Trypaflavins bei Blasenerkrankungen der Haut. Von Prof. Dr. Ed. Arning (Aus der dermatologischen Universitätsklinik im Allgemeinen Krankenhause St. Georg in Hamburg). Verf. läßt beim Pemphigus morgens und abends je nach der Ausdehnung des Prozesses Teile des Körpers oder die ganze Körperoberfläche mit einer 1%igen Lösung von Trypaflavin einpinseln. Um ein leichteres Haften, besonders bei fetter Haut, und ein schnelleres Eintrocknen zu erreichen, hat er gleiche Teile Alkohol und Wasser zur Lösung verwandt, so daß das Rezept lautet:

Rp.: Trypaflavin (Cassella) 2,0

Spiritus vini

Aquae āā 100,0

Mds. mit einem großen Pinsel morgens

und abends aufzupinseln.

Diese Pinselung wird von der Stirn bis zur Zehenspitze vorgenommen, kein Teil des Körpers bleibt frei. Auf diese Weise

erreichen wir eine Fixation und Abtötung der pyogenen Keime in den oberen Epidermisschichten, und die hier und da wahllos aufschießenden Pemphigusblasen bleiben steril und trocknen nach einigen Tagen ein. Sollten größere Blasen zum Platzen gekommen sein, so legt sich die sterile abgehobene Hornschicht an, und die sonst sicher eintretende sekundäre Infektion der ihrer schützenden Hornschicht beraubten Haut bleibt aus. Solche Stellen kann man auch zweckmäßig, um die Eintrocknung zu befördern, mit einem Trypaflavinstreupulver bestreuen, das von der Cassellaschen Fabrik fertig geliefert wird. Der Erfolg ist ein ganz hervorragender und kommt den armen Pemphiguskranken nicht nur allein zu, sondern auch ihrer Umgebung und dem Pflegepersonal. Jeder, der Pemphigusfälle zu behandeln gehabt hat, wird sich bewußt sein der großen Schwierigkeiten, welche die Pflege dieser Kranken macht, ja eigentlich beruht der schwerste Teil der Erscheinungen des Pemphigus auf der sekundären Infektion des Blaseninhalts, dem Entstehen pyogener Geschwüre mit Staphylokokken, Streptokokken, Pyozyaneus und Fäulnisbakterien aller Art. Die bakterielle Zersetzung von epidermoidaler Hornsubstanz ist ja das, was diese Kranken durch den entstehenden schweren Fötor so unerträglich für die Umgebung macht und uns zwingt, die Fälle zu isolieren oder im Wasserbad zu pflegen. Die entstehenden flachen und häufig auch ekthymaartig ins Korium eindringenden Ulzerationen machen das Liegen der Patienten selbst auf Wassermatratzen zur Qual und jeden Verbandwechsel zu einem das Gemeinbefinden stark angreifenden Ereignis. Dabei sind Verbandmaterial und Bettzeug von den serösen und eitrigen Wundsekreten getränkt und hart, und alle diese Umstände haben ja den alten Hebra dazu veranlaßt, für diese unglücklichen Kranken das permanente Wasserbad zu empfehlen. Eigentlich aber war, das müssen wir wohl alle zugeben, ganz abgesehen davon, daß dazu besondere, nur in großen Krankenhäusern vorhandene Einrichtungen gehören, diese Verlegung in das permanente Wasserbad der Anfang des Endes. Die stärkere Beanspruchung des Herzens im permanenten Wasserbad und die Unmöglichkeit, septische Prozesse aufzuhalten, aufsteigende Infektionen der Harnwege und resultierende Pyelitiden waren die Regel. Alles dieses ist anders geworden, seitdem Verf. jetzt in den letzten 3 Jahren die einfache Trypaflavinbehandlung dieser Kranken durchgeführt hat. Die Kranken liegen, ohne durch Geruch und Klagen die Umgebung zu belästigen, ruhig zwischen den anderen Kranken der Abteilung auf den allgemeinen Sälen. Das Fieber bleibt in mäßigen Grenzen, die allgemeine Ernährung leidet nicht durch die toxischen Einflüsse der pyogenen Infektion der Haut. Es kommt, falls nicht schwere Schleimhauterscheinungen

zur septischen Infektion Anlaß geben, zu einer Ueberwindung des Anfalls, allerdings mitunter erst nach langen Wochen. Verf. hat alle Fälle von einfachem, bullösem Pemphigus auf diese Weise durchgebracht und ist auch der festen Ueberzeugung, daß die eigentliche Todesursache beim Pemphigus auf konkomitierender Sepsis beruht. Verloren hat er nur einen Fall, eine ältere Dame mit schweren, schon seit Jahren rezidivierenden, vegetierenden Formen und starker Beteiligung der Schleimhäute. Selbstverständlich wird man neben dieser lokalen Behandlung, die mehr eine prophylaktische als eine kurative Maßnahme darstellt, auch alles das verwenden, was zur allgemeinen Roborierung und zur Erhaltung der Herzkraft notwendig ist, und ebenso spezifische Mittel, von denen man sich Hilfe verspricht, schließlich auch die neuere Therapie mit unspezifischen Mitteln: Serum, Terpentin, Milchinjektionen usw. heranziehen. Als besonders wichtig möchte Verf. zum Schlusse noch bemerken, daß er auch bei durch lange Wochen fortgesetzter Trypaflavinbehandlung der ganzen Körperoberfläche, vom Kopf bis zum Fuß, niemals eine Schädigung der Nieren beobachtet hat, so daß auch nach dieser Richtung hin das Ziel der Chemotherapie, Mittel zu finden, die den menschlichen Organismus nicht schädigen, aber die ihm feindlichen Mikroorganismen abtöten, durch das Trypaflavin erfüllt erscheint.

(Derm. Wschr. 1921 Nr. 18.)

Ueber die Quecksilberbehandlung von Warzen (und spitzen Kondylomen). Von Dr. Alois Ziegler (Aus der Dermatologischen Universitätsklinik Breslau). Charles J. White hat im Jahre 1915 bekanntgegeben, daß er 7 Fälle von planen Warzen mit Hydr. jodatum flavum in Pillenform behandelt und alle mit Ausnahme eines geheilt habe. Im Jahre 1916 hat er 4 weitere Fälle publiziert, von denen 3 ebenfalls unter Hydr. jod. flav., einer unter Sublimat geheilt sind. Jada s o h n hat 1917 ganz kurz über 6 bis 7 Kranke berichtet, bei denen diese Warzen durch Pillen mit Hg. jod. flav. (2—3 mal täglich 0,01 — 0,02) in wenigen Wochen geschwunden sind; — ein Mißerfolg. Verf. hat diese Behandlungsmethode sowohl ihres praktischen als ihres theoretischen Interesses wegen weiter nachgeprüft. Von 22 Fällen mit typischen planen Warzen sind 10 restlos geheilt, davon 5 nach 30, 3 nach 60, einer nach 90 Pillen. Bemerkenswert ist, daß eine Patientin infolge eines Versehens des Apothekers 0,6 Hydr. jod. flav. auf einmal nahm; — Folge: eine heftige Stomatitis und vollständiges Abheilen der Warzen. 5mal war eine deutliche Besserung zu konstatieren, — die Beobachtung ist noch nicht abgeschlossen. 1 mal trat auf 30 Pillen noch keine Besserung ein; es wurde

dann bei der Patientin eine primäre seronegative Lues gefunden und sofort mit Salvarsan behandelt, und zwar ohne Hg; auch darauf keine Heilung. — 6 Kranke haben sich der Behandlung entzogen. Daß es sich bei dieser Behandlung nicht um eine spezielle Wirkung des Hg. jod. flav. handelt, geht schon aus der oben zitierten Beobachtung Whites (Sublimatheilung) hervor. Verf. selbst hat 2 Fälle mit Hydr. oxydulatum tannicum (60 Pillen à 0,03) geheilt; auch hat er einen Versuch mit Injektionen von Hg. salic. gemacht. Die Behandlung wird im allgemeinen sehr gut vertragen; natürlich muß eine besondere Mundpflege befolgt werden. (Doch genügen 3 mal täglich zu wiederholende Mundspülungen und sorgfältiges Putzen der Zähne.) Bekanntlich reagieren die planen Warzen oft auch auf interne Arsenbehandlung. Daß es sich dabei um eine wirklich spezifische Wirkung handelt, wird durch die gelegentliche Beobachtung einer lokalen entzündlichen Reaktion vor dem Verschwinden der Warzen bewiesen; beim Hg hat Verf. Ähnliches noch nicht beobachtet. Im allgemeinen scheint die Arsenwirkung etwas langsamer einzutreten als die des Hydr. jod. flav. Besonders interessant erscheint, daß bei der Hg-Behandlung nicht bloß die planen Warzen, sondern, wie Verf. in einem Fall nach 90 Pillen beobachten konnte, auch gewöhnliche harte Warzen verschwinden können. In einem anderen Fall sind nach 60 Pillen sowohl harte Warzen an den Händen als auch große spitze Kondylome im Sulcus coronarius geheilt. Sehr bemerkenswert ist auch, daß bei einer Patientin mit sehr massigen spitzen Kondylomen der Vulva eine starke Reizung mit Nekrotisierung der Wucherungen unter der Hg-Behandlung eintrat; — leider entzog sich die Kranke der weiteren Beobachtung. Bei einer anderen Patientin sind nach 60 Pillen große spitze Kondylome verschwunden. Immerhin kann Verf. schon jetzt sagen, daß bei gewöhnlichen Warzen und spitzen Kondylomen der Erfolg augenscheinlich viel weniger regelmäßig eintritt als bei den planen Warzen, wenn gleich auch bei diesen, ebenso wie beim Arsen, Versager vorkommen. Auffallend ist, daß von der Wirkung des Hg auf plane und gewöhnliche Warzen und spitze Kondylome bei der antisyphilitischen Hg-Behandlung gar nichts bemerkt worden ist, trotzdem doch Syphilitiker oft genug nebenher diese benignen Geschwülstchen an sich tragen. Das theoretische Interesse dieser Beobachtungen liegt darin, daß wir in den planen Warzen jetzt eine weitere Infektionskrankheit kennengelernt haben, welche ebenso wie die Lues auf As und Hg in einer spezifischen Weise reagiert. Es liegt ferner darin, daß auch die spitzen Kondylome auf Hg reagieren können, welche ebenfalls wie die planen Warzen infektiöse, im wesentlichen epitheliale Neubildungen

sind. Bei ihnen steht freilich der bei den Warzen geglückte Nachweis der Filtrierbarkeit ihres Erregers noch aus.

(M. m. W. 1921 Nr. 11.)

d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber Ergopan. Von Dr. J. Trebing (Aus dem Nollendorf-Sanatorium in Berlin). Ergopan, welches von den Temmler-Werken in Detmold hergestellt wird, ist ein aus der frischen Sekaledroge nach bestimmtem Verfahren hergestellter Extrakt, welcher die aktiven Körper (Alkaloide und Aminokörper) des *Secale cornutum* in haltbarer, konstanter Zusammensetzung, aber nicht die Gangrän verursachende Substanz enthält. Befreit von den unwirksamen und den sogenannten Ballaststoffen der Droge, kommt die typische, reine Sekalewirkung, die sich durch schnelle und zuverlässige Stillung der Uterusblutungen äußert, voll zur Geltung. Die bei den gebräuchlichen Sekalezubereitungen oft auftretenden unerwünschten, manchmal toxisch wirkenden Begleiterscheinungen fehlen dem Ergopan vollständig. Es ist physiologisch genau eingestellt und auf die vierfache Stärke der Droge konzentriert: 1 ccm seiner Lösung entspricht 4 g *Secale cornutum* an Wirksamkeit. Es kommt in Form von Tropfen, Ampullen und Tabletten in den Handel. Experimentelle Untersuchungen am überlebenden Uterus haben den Beweis erbracht, daß kleine Dosen nicht nur eine Steigerung der Tonus-, sondern auch der Rhythmuskurven verursachen, während mittelstarke Gaben ausgesprochen wehenartige Bewegungen, aufeinanderfolgende Kontraktionen und Erschlaffungen, größere Dosen dagegen Tetanus uteri bewirken. Auf Grund dieser Feststellungen wurde das Ergopan zur Verwendung in der Geburtshilfe und Frauenheilkunde empfohlen. Die klinischen Erfahrungen sind in jeder Beziehung gut und entsprechen den experimentellen Befunden. Diese günstigen Resultate sind in einer Anzahl von Fällen nachgeprüft worden. Es handelte sich in erster Linie um Blutungen in der Nachgeburtperiode, im Wochenbett, nach Aborten und bei Atonien. Während Verf. in einfachen Fällen mit dreimal 10—20 Tropfen oder 1—2 Tabletten auskam, mußte er bei bedrohlichen Blutungen zur intraglutäalen Injektion greifen; es genügten in diesen Fällen stets 1—2 Ampullen. Der intramuskulär oder intraglutäal verabreichte Ampulleninhalt wird erheblich rascher resorbiert als die Tropfen vom Magen aus. Zu bemerken ist noch, daß das Ergopan für die normale Rekordspritze dünnflüssig genug ist. Hat man nur ganz feine Nadeln zur Hand, so empfiehlt es sich, die Ampullen vor dem Gebrauch in warmem Wasser von 40° zu erwärmen. Reizerscheinungen irgendwelcher Art, Entzündungen oder schmerz-

hafte Infiltrate an den Injektionsstellen wurden nie beobachtet. Die vorzügliche Wirkung des Ergopans zeigte sich besonders bei Blutungen in der Geburt und bei Abortblutungen. Selbst bei mehreren vaginalen Kaiserschnitten mit bedrohlichen Blutungen konnte die infolge mangelhafter Kontraktion der Muskelfasern ausbleibende Kompression der Gefäße durch zwei Injektionen prompt erzielt werden. Bei den jetzt häufiger als früher vorkommenden Uterusatonien (hervorgerufen zum Teil durch die schlechte Ernährung während der Kriegsjahre und dadurch geschwächte Allgemeinkonstitution) hatte Verf. mit 1—2 Injektionen mit Ergopan gleich günstige Resultate. Desgleichen versagte die Anwendung des Ergopans auch nicht in den meisten Fällen von starker Menstruation und dysmenorrhöischen Beschwerden, Metrorrhagien im Klimakterium und infolge entzündlicher Erkrankungen der Adnexe; gerade in diesen letzteren Fällen konnte Verf. in Verbindung mit kausaler Therapie recht gute Wirkung erzielen. Bei vielen solchen Kranken konnte er neben physikalischer Behandlung (heiße Spülungen, heiße Umschläge, Sitzbäder, elektrische Behandlung in Form von Lichtbrücke und Diathermie) nach 6—8 Wochen normalen Genitalbefund ohne Beschwerden bei der Periode und ohne Blutungen herbeiführen. (Zbl. f. Gyn. 1921 Nr. 41.)

Die Verwendbarkeit des Migräneserums „Bohnstedt“ in der Gynäkologie. Von Dr. G. Abel (Frauenklinik von San.-R. Abel in Berlin). Bohnstedt stellte aus dem Hormon der Plazenta ein Serum her, das bei der Beziehung der Plazenta zu Uterus und den Ovarien auch eine Beeinflussung der Migräne erzielen kann. Auf Grund der Forschungen über die innere Sekretion handelt es sich bei der Migräne um eine Störung der inneren Sekretion. Sehen wir den Zusammenhang der Plazenta mit der Brustdrüsenhypertrophie und der Sekretion in der Schwangerschaft oder die Wirksamkeit der Plazenta auf die Wehentätigkeit, so ist erklärlich, daß auch die Plazenta auf das Einsetzen bzw. Aufhören der Migräne wirksam sein kann. Bei den Versuchen hat es sich gezeigt, daß das Migräneserum bei einer intravenösen Einspritzung einen schwer schädigenden, ja sogar letalen Einfluß haben kann. Es ist daher nur eine intramuskuläre Einspritzung des Serums möglich. Bei der Wirkung des in der Plazenta gebildeten Hormons und des daraus gewonnenen Serums auf die Migräne handelt es sich darum, die Tätigkeit der Ovarien herabzusetzen und hierdurch die Migräne zu beeinflussen. Nachdem Bohnstedt an Tierversuchen die Unschädlichkeit des Mittels bei richtiger Dosierung festgestellt hatte, hat er sich zunächst selber das Serum eingespritzt und

gute therapeutische Erfolge erzielt. Er hat dann im Laufe der Jahre eine Versuchsreihe vornehmen können und gesehen, daß das in der Plazenta hergestellte Hormon die Tätigkeit der Ovarien herabsetzt und hierdurch auf die Migräne ein heilender Einfluß ausgeübt wird. Zeigt es sich doch, daß bei manchen Patientinnen regelmäßig mit dem Einsetzen der Menstruation ein schwerer Migräneanfall ausgelöst wird, der häufig mit den typischen Begleiterscheinungen der Migräne, dem Flimmerskotom, halbseitigen Kopfschmerzen und Erbrechen verbunden ist. Sowohl bei akuten Migräneanfällen als auch bei lange anhaltenden chronischen, oft ererbten Migräneleiden hat Bohnstedt gute Heilerfolge gesehen. Im Jahre 1918 wurde der Klinik das Migräneserum „Bohnstedt“ zum genauen Durchprobieren an die Hand gegeben. Im Laufe der letzten drei Jahre sind über hundert Fälle, darunter einige sehr schwere, mit Erfolg behandelt worden. Das Mittel wird nach den Angaben von Bohnstedt, unter Berücksichtigung der in der Zwischenzeit gemachten Erfahrung, von der Chemischen Fabrik Krewel & Co. in Köln-Raderthal in den Handel gebracht, und zwar in Ampullen zu 1 und 2 ccm. Die behandelten Fälle waren fast ausschließlich in dem Alter von 17–40 Jahren, und es wurde im allgemeinen die Behandlung ähnlich der im Folgenden angegebenen 2 Fälle ausgeführt.

Fall 1. R. M., 25jährige Patientin, leidet seit einem halben Jahr an Amenorrhoe sowie starker Blutarmut. Regelmäßig zur Zeit der Periode tritt ein schwerer Migräneanfall ein. Im Anschluß an den letzten Migräneanfall wird eine Migräneseruminjektion von 1 ccm gemacht. Der Anfall bei der nächsten Periode begann unter viel leichteren Erscheinungen als früher und konnte durch eine sofortige Einspritzung von $\frac{1}{2}$ ccm Serum völlig kupert werden. In den beiden folgenden Monaten trat kein Anfall mehr auf. Es wurde dann noch ein leichter beginnender Anfall beobachtet, an dessen Anschluß $\frac{1}{2}$ ccm Serum gegeben wurde.

Fall 2. T. P., 17jährige Patientin. Die Mutter der Patientin litt an schwerer Migräne, und sie selbst erzählt, daß sie als Kind häufig Kopfkrämpfe gehabt habe. In letzter Zeit klagte die Patientin über dauernde Kopfschmerzen in der linken Seite und häufige Migräneanfälle, verbunden mit Flimmerskotom und Erbrechen. Unmittelbar im Anschluß an einen schweren Migräneanfall wird in der Wohnung der Patientin eine Migräneseruminjektion von 2 ccm gemacht. Die Patientin blieb vollkommen beschwerdefrei für die nächsten 4 Monate. Hiernach trat ein leichter Anfall auf, bei dessen Beginn eine Einspritzung von 1 ccm Serum gemacht wird. Der Anfall kommt nicht zum Aus-

bruch. Nach weiteren 3 Monaten erscheint die Patientin zur Nachuntersuchung und gibt an, nur noch 2mal leichte Kopfschmerzen gehabt zu haben, jedoch keinen Migräneanfall.

Diese 2 Fälle sind typische Beispiele für die erfolgreiche Behandlung durch die Einspritzung mit dem Migräneserum „Bohnstedt“. Gerade in jüngster Zeit hatte Verf. noch Gelegenheit, das Mittel an einem überaus schweren Migräneanfall zu erproben. Es handelte sich hier um eine 28jährige Patientin, die nach einem vor 2 $\frac{1}{2}$ Jahren erlittenen Trauma (Sturz vom Pferde) an heftigsten Migräneanfällen litt. Diese Anfälle wiederholten sich in der letzten Zeit zweimal wöchentlich unter den schwersten Begleiterscheinungen. Nach den ersten 2 Einspritzungen trat eine minimale Besserung des nächsten Migräneanfalles auf. Nach weiteren 3 Einspritzungen von je 1 ccm Migräneserum an jedem zweiten Tag setzte die Migräne 10 Tage aus. Der nächste Anfall war wesentlich schwächer. In der Folgezeit wurde an vier aufeinanderfolgenden Wochen zweimal wöchentlich je 1 ccm Serum eingespritzt. In der 3. Woche trat ein mäßig starker Migräneanfall auf. Seit 6 Wochen ist die Patientin frei von jeden Anfällen. Bei der Behandlung ist zu beachten, daß sämtliche Injektionen nur intraglutäal in einer Tiefe von 2 cm zu machen sind; die Injektionsstelle ist nach der Injektion kurze Zeit zu massieren, damit es zu keiner Quaddelbildung kommt. Bei der Behandlung ist gleichzeitig der Gesamtorganismus zu kontrollieren, da wir häufig im Verlaufe der Migräne andere Vagusstörungen oder sonstige Begleiterscheinungen, z. B. Anämie, Amenorrhoe, sowie zeitweise auch seelische Depressionen beobachten können. Die Unterstützung der Migräneserumbehandlung durch gleichzeitige Verabreichung eines Eisenpräparates, z. B. Sicco-Hämatogen, ist auf jeden Fall zu empfehlen. In vereinzelten Fällen hat Verf. das Serum auch bei Migräneanfällen bei Männern zur Behandlung angewandt und wurden auch hier durchweg gute Resultate erzielt.

(D. m. W. 1921 Nr. 41.)

e) Ohrenkrankheiten.

Ueber Otitis media schreibt Dr. Karl Grahe, I. Assistent der Universitäts-Ohrenklinik zu Frankfurt a. M.: „Setzt die akute Mittelohrentzündung foudroyant ein mit bohrenden Schmerzen im Ohr, Fieber usw., dann ist sie nicht zu übersehen. Doch möchten wir daran erinnern, daß Schmerzen auch von den Nachbarorganen ausgelöst werden können. Die Otalgia e carie dentium und ex angina sind jedem Arzte geläufige Bilder; auch denke man daran, daß wir nicht so selten Schmerzen in und hinter dem Ohre ausgelöst sehen von Myalgien des Sternokleidomastoideus (Halle).

Man kann gelegentlich deutliche Knoten im Muskel fühlen. Auf Massage pflegt die Erkrankung gut anzusprechen. In hartnäckigen Fällen haben wir gute Erfolge mit Vakzineurinjektionen gesehen. Dieses ist ein unspezifisches Bakterienautolysat, das in steigender Dosis subkutan injiziert wird. Schwer kann ihre Erkennung jedoch bei Säuglingen sein, nicht nur, weil bei ihnen direkt aufs Ohr weisende Symptome meistens fehlen, sondern weil die Otoskopie bei den engen Verhältnissen schwierig sein kann. Doch ist es stets möglich, auch bei Säuglingen das Trommelfell zu sehen, wenn man nur einen genügend engen, zylindrischen Ohrentrichter nimmt (Poltz'sche Form) und das Ohrläppchen nach hinten unten zieht — im Gegensatz zum Erwachsenen, wo man zum Ausgleich der Gehörgangskrümmungen die Ohrmuschel nach hinten, oben und außen ziehen muß. Bei der akuten Mittelohrentzündung können wir nach dem Trommelfellbefunde 2 Formen unterscheiden: 1. Die mesotympanale Form. Bei ihr sitzt der Entzündungsprozeß im eigentlichen Mittelohr und macht die bekannten Entzündungserscheinungen am ganzen Trommelfell. 2. Die epitympanale Form. hier sitzt die Entzündung vorwiegend im Recessus epitympanicus — dem oberhalb des Trommelfells gelegenen Teile der Paukenhöhle, in welchem sich Hammer- und Amboßkörper befinden. Durch Schwellung der Bandverbindungen an den Gehörknöchelchen kann der Recessus vom eigentlichen Mittelohr völlig abgeschlossen werden. Der sich bildende Eiter hat dann keinen Abfluß nach dem Mittelohr und der Tube, sondern bahnt sich den Weg in das Antrum mastoideum und die pneumatischen Hohlräume des Warzenfortsatzes. Damit ist leicht zu weiteren Komplikationen Veranlassung gegeben. Daher hat die Unterscheidung der beiden Formen akuter Mittelohrentzündungen große praktische Bedeutung. Otoskopisch sehen wir bei der epitympanalen Form die Rötung und Vorwölbung den hinteren oberen Teil des Trommelfells oft wurstförmig einnehmen, während der vordere Abschnitt ganz unverändert sein kann. Natürlich kommen auch Mischformen vor. Therapeutisch wirken wir einmal auf die Allgemeininfektion ein durch energische diaphoretische Behandlung: wiederholte Schwitzpackungen, heiße Bäder usw. mit den üblichen Salizylpräparaten — in leichteren Fällen kann diese allein zum Ziele führen —, außerdem aber müssen wir lokal die Entzündungen bekämpfen. In leichteren Fällen, wenn keine Vorwölbung des Trommelfells besteht, wird man mit Einträufung von 5—10% Karbolglyzerin, dreimal täglich, Otalgan und ähnlichem auskommen. Wir bevorzugen im allgemeinen die tägliche Einführung von Streifen mit verdünnter essigsaurer Tonerdelösung, die wir vom Patienten zu Hause 2—3 mal anfeuchten lassen. Ist aber eine stärkere Vor-

wölbung vorhanden oder bestehen beim Fehlen einer solchen starke Schmerzen oder hohes Fieber, dann tritt die Parazentese in ihre Rechte. Besonders bei der epitympanalen Form sei man mit ihr nicht zurückhaltend. Wir treten auch für frühen Trommelfellschnitt bei Säuglingen ein. Die Ansicht mancher Pädiater, es zur Spontanperforation kommen zu lassen, können wir nicht teilen. Abgesehen davon, daß bei der Enge der Mittelohrräume und dem Offenstehen der Nähte des Schädels die Eiterretention gar nicht so selten zu Opisthotonus, Somnolenz und Krämpfen führt, bekommt die Mittelohrentzündung der Säuglinge noch eine besondere Bedeutung dadurch, daß sie eine Hemmung der Pneumatisation des Warzenfortsatzes bewirken soll. Nach den interessanten Untersuchungen von Wittmaack entwickelt sich nämlich das pneumatische System des Warzenfortsatzes in den ersten Lebensjahren vom Antrum mastoideum aus. Diese größte Zelle des Warzenfortsatzes steht durch den Recessus epitympanicus mit dem Mittelohr in Verbindung. Durch eine Entzündung wird in dem ganzen Höhlensysteme die Schleimhaut umgewandelt und die weitere Pneumatisation gehemmt. Solche schlecht pneumatisierten Warzenfortsätze geben die anatomische Vorbedingung zur Entstehung chronischer Eiterung. Während nämlich schon lange bekannt war, daß man bei Operationen chronischer Mittelohreiterungen „sklerotische“, das heißt zellarme Warzenfortsätze findet, stellte Wittmaack durch seine systematischen Untersuchungen fest, daß diese Zellarmut nicht Folge der chronischen Eiterung, sondern umgekehrt die Chronizität der Eiterung Folge der Sklerose des Warzenfortsatzes ist und diese wiederum auf eine in frühester Jugend durchgemachte Mittelohrentzündung zurückgeführt werden muß. — Die Parazentese ist bekanntlich sehr schmerzhaft. Man hat daher zahlreiche lokale Betäubungsmittel angegeben, in denen das übliche Anästhetikum (Kokain, Alypin) mit irgendeiner Säure (Karbolsäure, Salizylsäure) kombiniert wird, um das Eindringen des Betäubungsmittels in die Epidermis des Trommelfells zu ermöglichen. Eine gute Zusammensetzung ist folgende:

Rp. Acid. carbol. liquef.	1,5
Menthol	
Cocain	aa 0 5
Suprarenin $\frac{1}{1000}$	1.5
Alkohol 70 $\frac{0}{0}$	20,0

(Man tränkt mit dieser Lösung ein kleines Wattestückchen und legt es 10 Minuten auf den hinteren Trommelfellabschnitt auf.)

Doch wenden wir die lokale Betäubung im allgemeinen nicht an, da die Aetzwirkung wenigstens bei Karbolsäure — wenn das Mittel überhaupt wirken soll — sehr stark ist. Haben wir doch

gelegentlich durch den Aetzschorf direkt Eiterverhaltung gesehen. Dazu kommt, daß es 10—15 Minuten dauert, bis das Mittel gewirkt hat. Deshalb machen wir — außer bei Säuglingen, wo wir keine Anästhesie anwenden — einen Chloräthylrausch. Dieser ist um so gefahrloser, als man schon vor dem Eintritt das Exzitationsstadium (bei Männern im allgemeinen nach ca. 80, bei Frauen nach ca. 60 Tropfen) parazentesieren kann. Man lege den Schnitt über die Höhe der Vorwölbung oder senkrecht durch den ganzen hinteren Abschnitt. Dabei beachte man, daß das Trommelfell von hinten oben nach vorn unten geneigt ist; man muß also gleichsam in das Mittelohr hineinschneiden, damit die Oeffnung ausgiebig wird. Eine Luxation der Gehörknöchelchen — sollte der Schnitt über diese gehen — ist ausgeschlossen. Die einzige — bisher in der ganzen Literatur 6 mal beobachtet! — Gefahr besteht im Anstechen des Bulbus der Vena jugularis, falls deren knöcherne Wand am Boden der Paukenhöhle eine Dehiszenz aufweisen sollte. Doch stand die dabei auftretende stärkere Blutung auf Tamponade. Ein Fall kam infolge eitriger Thrombose ad exitum. Wir möchten dringend empfehlen, die Parazentesenadel, wenn irgend zugänglich, auf einem Objektträger auszustreichen und eine Bakterienfärbung zu machen. Die häufigsten Erreger der akuten Mittelohrentzündung sind die gewöhnlichen Streptokokken; gar nicht so selten aber kommen Kapselkokken — Streptococcus mucosus, Pneumococcus — vor. Da diese sehr schleichende Entzündungen hervorrufen, die leicht durch eine Komplikation überraschen können, so muß man in solchen Fällen ganz besonders achtgeben. Deshalb kommt in erster Linie eine Kapselfärbung in Betracht. Bei uns ist seit Jahren in Gebrauch die von Wittmaack angegebene Thioninfärbung: Man fixiert den Ausstrich nach dem Antrocknen durch 2 Minuten langes Beträufeln mit konzentrierter wäßriger Sublimatlösung, spült mit destilliertem Wasser ab und träufelt filtrierte Thioninlösung auf.

Rp.: Thionin 0,5
 Aq. dest. ferv. 200,0
 filtra, adde 2,0 acid. carbol. liquef.

Nach 5 Minuten langer Einwirkung wird mit Alcoh. absol. differenziert, bis keine Wolken mehr abgehen. Diese Färbung gibt außerordentlich gute Kapselbilder. Strömt nach der Parazentese reichlich Eiter hervor, dann legen wir Watte vor den Gehörgang, die wir den Patienten wechseln lassen, sooft sie durchfeuchtet ist; ist die Absonderung gering, dann führen wir einen feuchten Streifen (mit verdünnter essigsaurer Tonerdelösung) locker bis an das Trommelfell. Hat sich der Eiter durch eine Spontanperforation Abfluß verschafft, dann verfahren wir ebenso. Ein feuchter Um-

schlag und warme Kompressen auf das Ohr wirken oft schmerzlindernd. Bei der Weiterbehandlung kommt es hauptsächlich auf die mechanische Reinigung des Gehörgangs an. Täglich säubern wir ihn durch Austupfen mit sterilen Wattestäbchen (Abbrennen!) eventuell nach vorhergehendem Ausspülen. Danach führen wir den feuchten Streifen erneut ein. Man vergesse nicht, von Zeit zu Zeit Zinkpaste in den Gehörgang einzustreichen, um einer Auflockerung der Epidermis mit Ekzem- und Furunkelbildung vorzubeugen. Diese Behandlung führen wir fort, bis die Entzündungserscheinungen am Trommelfell geschwunden sind. Ist keine Eiterabsonderung mehr vorhanden, hat sich die Oeffnung im Trommelfell geschlossen, dann lassen wir den Streifen fort und vom Pat. angewärmte essigsäure Tonerde einträufeln oder blasen ein wenig Borphpulver ein. Falls sich anfänglich die Parazenteseöffnung wieder verlegt, kann man evtl. zu erneutem Einschnitt genötigt sein. In seltenen Fällen prolabiert durch die Trommelfellöffnung die Paukenhöhlenschleimhaut; dann müssen wir den Prolaps mit der kalten Schlinge abtragen, um eine Eiterretention zu vermeiden. Von vornherein richte man auch die Aufmerksamkeit auf die Nase. Bei dem meist vorhandenen akuten Schnupfen Sorge man für gute Luftdurchgängigkeit durch Adrenalinspray ($\frac{1}{20000}$) oder eins der bekannten Mentholschnupfpulver. Eine sehr empfehlenswerte Zusammensetzung ist:

Natr. soziod.	1,0
Cocain		
Menthol	āā 0,1
Acid. boric.		
Sacch. alb.	āā 4,0.

Mit operativen Eingriffen aber (Rachenmandelentfernung usw.) sei man zurückhaltend, bis die akuten Entzündungserscheinungen geschwunden sind.“ (M. Kl. 1921 Nr. 29.)

Neue Bücher.

F. Müller und A. Koffka. Rezepttaschenbuch der billigen Arzneiverordnungen. Leipzig, G. Thieme. Preis: Mk. 9.—. Bei den hohen Preisen der arzneilich verwendbaren Chemikalien und Drogen, sowie der Apotheker-Arbeitslöhne muß der Arzt weit mehr als früher, auch in der Privatpraxis, darauf sehen, daß die Preise seiner Verordnungen sich in erträglichen Grenzen halten. Die Verfasser haben nun die gebräuchlichsten Arzneimittel in möglichst billiger Verordnungsart, sowohl was Arzneiform als Arzneimenge betrifft, zusammengestellt und die Preise beigefügt. Sie haben damit den Aerzten, besonders den jüngeren, einen sehr großen Dienst geleistet, und es ist sicher, daß von dem Büchlein reichlich Gebrauch gemacht werden wird.

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis halbjährlich
M.12.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

31. Jahrgang

Nr. 5.

Februar 1922

Aetiologisches.

Angina Plaut-Vincenti und Ulcus phagedaenicum. Von Dr. Curt Schelenz (Aus der Lungenheilstätte Trebschen). Im März v. J. kam ein 22jähriger landwirtschaftlicher Arbeiter in Behandlung, der wegen eines Geschwüres am rechten Ringfinger bereits seit 3 Monaten in ärztlicher Behandlung war. Er war der Anstalt zur ambulanten Höhensonnenbestrahlung als ultima ratio überwiesen und auch in Verf. Abwesenheit schon etwa sechsmal bestrahlt worden. Die Vorgeschichte ergab, daß er vorher immer gesund gewesen war. Während des Krieges war er ein Jahr in englischer Gefangenschaft, beim Laden von Schiffen, zusammen mit Indern beschäftigt gewesen. Lues wurde streng abgeleugnet. Am 10. Januar v. J. bemerkte er am Mittelglied des rechten 4. Fingers ohne besondere Ursache einen kleinen Pickel. Dieser vergrößerte sich in den nächsten Tagen. Beim Ausdrücken dieses Pickels kam, wie ihm auffiel, kein Eiter, sondern klare Flüssigkeit. Dieses Geschwür wuchs allmählich immer mehr, bis es am 27. Januar etwa Fünfpfennigstückgröße erreicht hatte. Jetzt ging der Kranke zum Arzt. Es begann die übliche Behandlung mit feuchten Verbänden und Salben, unter der das Geschwür sich nicht nur nicht besserte, sondern allmählich immer mehr vergrößerte. Im Februar begann die Höhensonnenkur, die jedoch keinen Erfolg zeitigte. Am 12. März wurde Verf. der Kranke von seinem Assistenten vorgestellt, wobei Verf. die Diagnose auf Ulcus phagedaenicum stellte. Er erhob folgenden Befund: Der 4. Finger war im ganzen stark verdickt und gerötet. Eine Beugung des Fingers war nicht möglich. Auf dem zweiten Gliede lagen die Sehnen frei. Das ganze Glied war von einem gut fünfmarkstückgroßen, etwa 4 cm im Durchmesser haltenden, wallartig begrenzten, speckig belegten, nicht absondernden Geschwür eingenommen. Es bestand keine Schmerzhaftigkeit,

keine Schwellung der zugehörigen Lymphdrüsen. Wa.-R. negativ. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Eine mikroskopische Untersuchung des durch Reiben gewonnenen Serums aus der Geschwürsfläche ergab nur einen fraglichen Befund an Spirillen, keine fusiformen Stäbchen. Trotzdem entschloß Verf. sich zu einer Behandlung mit Neosalvarsan, die schon nach der ersten Spritze Erfolg versprach. Es bildeten sich bereits nach 4 Tagen vom Rande her frische Granulationen. Das ganze Geschwür sah frischer aus und war nicht mehr so speckig belegt. Es wurden im ganzen 5 Injektionen in steigender Dosis gegeben. Der Enderfolg war glänzend. Das Geschwür ist heute vollkommen abgeheilt, der Finger gänzlich beweglich, und nur noch eine kleine, oberflächliche Narbe zeugt von der früheren Erkrankung. Gleich gut wie bei dieser Erkrankung waren die Erfolge mit Salvarsan bei Angina Plaut-Vincenti, so daß Verf. nicht ansteht, auch für dieses Ulkus die gleichen Erreger anzunehmen, selbst wenn es nicht gelungen ist, sie einwandfrei nachzuweisen. Der Erfolg gibt recht, ebenso wie Plaut bei seinen großen Erfolgen mit Salvarsan in seinen Fällen von Noma. Andererseits bestätigt sich nur wieder, daß man sich viel zu häufig auf eine einfache Diagnose festlegt, ohne daran zu denken, daß auch seltenere Erkrankungen vorkommen, die nicht außer Betracht gelassen werden dürfen. Es gibt unbedingt klinisch sichere Fälle von Angina Vincenti, bei denen der Nachweis der Bazillen und Spirillen nicht gelingt. Jedenfalls kann man in geeigneten Fällen lieber einmal mehr einen Versuch mit Salvarsan machen als zu wenig. Es liegen genügend günstige Erfahrungen, auch schon aus der Zeit Ehrlichs, vor, die über Erfolge bei lokaler oder intravenöser Verwendung berichten und einen Versuch stets rechtfertigen. Verf. persönlich wird immer der intravenösen Anwendung den Vorzug geben, und hat mit 0,3, einmal gegeben, stets raschen Erfolg gehabt. Verf. verspricht sich von ihr den größeren Erfolg, da wegen des gestörten Allgemeinzustandes anzunehmen ist, daß ähnlich wie bei der Lues nicht nur eine lokale Erkrankung, sondern eine allgemeine Infektion vorliegt. Auffallend ist die Mitteilung von Stuhl, der eine hartnäckige Angina Plaut-Vincenti mit Tuberkulin Rosenbach erfolgreich behandelte. Hierbei ist nur zu sehr die Frage nach dem post oder propter hoc gerechtfertigt. (B. kl. W. 1921 Nr. 40.)

Zur Aetiologie der Akne vulgaris. Von Franz Seibold (Aus dem Städtischen Krankenhause Weiden i. d. Obpf.).

Fall 1. Vor 2 $\frac{1}{2}$ Jahren erkrankte eine 16jährige Tochter der Familie R. an Skabies, die nacheinander auf Vater, Mutter und noch 4 Kinder überging. Auf eine antiskabiöse Kur wurde die

Tochter vollständig geheilt und blieb gesund. Aber bei den anderen Familienmitgliedern entwickelte sich nach Ablauf der Skabies eine typische Komedonenakne, lokalisiert im Gesicht, auf Nacken und Rücken, und zum Teil so stark, daß z. B. bei der Mutter Gesicht, Nacken und Schultern wie mit schwarzen Punkten übersät waren. Zuletzt wurde sogar das jüngste (3jährige!) Kind davon ergriffen. Die Akne war sehr schwer zu beeinflussen und betseht in geringem Grade auch jetzt noch. Angewandt wurde mancherlei. Am besten bewährte sich 10%ige Salizylsalbe bei Nacht, morgens Benzinwaschung, darnach Ausdrücken der Mitesser, Nachwaschem mit heißem Wasser und darnach Pudern.

Fall 2. Im 2. Falle wurde die 4 köpfige Familie K. von Krätze befallen. Nach 2 $\frac{1}{2}$ monatlicher, ohne ärztliche Konsultation durchgeführter Behandlung mit täglichen Abwaschungen mit warmem Wasser, in das sog. Flechtenpulver geschüttet wurde, mit Seife und Krätzensalbe heilte die Krätze ab, um jedoch beim Vater durch eine typische Akne vulgaris abgelöst zu werden, die sich über Gesicht und Hals bis tief unter die Haare hinein, über Rücken, Hüften, Brust, Arme und Oberschenkel hin ausbreitete. Er war bedeckt mit Abszessen, die zum Teil konfluieren, so daß große Flächen eine vereiterte Akne conglobata bildeten. Trotz energischer Behandlung ist sie auch jetzt noch nicht ganz abgeheilt.

Daß bei der Skabies reichlich Gelegenheit zur Infizierung und Entzündung der Follikel gegeben ist, ist ja selbstverständlich, aber wie kommt es zu einer dauernden Schädigung der Talgdrüsen, wie sie durch die hartnäckige Komedonenbildung zum Ausdruck kommt? Es bliebe noch übrig, daß vielleicht die bei der Behandlung (vor Eintritt ins Krankenhaus) gebrauchte Salbe das auslösende Moment darstellte. Durch Teer oder Chlor soll z. B. Akne hervorgerufen werden können. Leider gelang es nicht, in beiden Fällen die genaue Zusammensetzung der Arzneimittel zu erfahren. Im ersten Falle wurde ein Ungu. contr. Scab. irgendwelcher Zusammensetzung + Perubalsam angewandt, im zweiten Falle befanden sich sicher Teerprodukte unter den angewandten Mitteln. Aber selbst dann, wenn, was wahrscheinlich ist, wirklich die Salbenbehandlung an der Entstehung der Akne schuld ist, so ist doch ihre enorme Ausdehnung und das familiäre Auftreten der Krankheit herab bis zum 3jährigen Kind eine Seltenheit. (M. m. W. 1921 Nr. 44.)

Krankheitsbilder.

Krätze und Furunkulose beim Säugling. Von Dr. Gatersleben (Aus der Kinderklinik des Krankenhauses Altstadt in Magdeburg). „Vor dem Kriege war es geradezu eine Seltenheit, daß in den Beratungsstunden der hiesigen Säuglingsfürsorge ein

mit Ungeziefer behaftetes Kind vorgestellt wurde. Das hat sich sehr geändert. Im Krankenhaus kamen 1917 wegen Krätze drei Säuglinge in Behandlung, 1918 waren es vier, 1919 dagegen nicht weniger als elf, 1920 sogar dreizehn, in diesem Jahr bisher sieben Säuglinge. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle war die Krätze vor der Aufnahme ins Krankenhaus als solche nicht erkannt, der ‚Hautausschlag‘ infolgedessen erfolglos behandelt worden. Das wird verständlich, wenn man berücksichtigt, daß die Krätze beim Säugling gewisse Besonderheiten aufweist, die sie von der Krätze des Erwachsenen unterscheiden. Eine Krätze ist im allgemeinen um so leichter als solche zu erkennen, je weniger Sorgfalt ihr Träger auf seine Hautpflege zu verwenden gewöhnt ist. Nun werden aber Säuglinge in dieser Beziehung im allgemeinen besser behandelt als die der gleichen Gesellschaftsschicht angehörigen Erwachsenen, zumal was die Gewohnheit eines täglichen Bades angeht. Dazu kommt, daß die Krätze beim Säugling nicht dieselben Körperstellen wie beim Erwachsenen bevorzugt. Sind es dort die Gegend der Haut an den Gelenkfalten zwischen den Fingern, an der Beugeseite des Handgelenks, in zweiter Linie dann der Rumpf, so ist bei Säuglingen recht häufig das Gesicht befallen, das bei Erwachsenen meist verschont bleibt. Der Säugling steckt sich oft bei Gelegenheit des Trinkens an der Mutterbrust an, woraus sich das Befallensein des Gesichtes ohne weiteres erklärt. Auf eine weitere Besonderheit der Säuglingskrätze muß ich noch zu sprechen kommen, da ihr nicht nur für die Erkennung, sondern ebenso für den Verlauf eine besondere Bedeutung zukommt. Beim Säugling kommt es im anscheinenden Widerspruch zu dem über die Hautpflege vorher Gesagten auffallend frühzeitig zur Infektion der Krätzegänge mit Eitererregern, der wir im späteren Alter doch nur ausnahmsweise begegnen. Dadurch sind dann die Krätzegänge nicht mehr auf den ersten Blick als solche erkennbar, und dem Arzt, der diese Eigentümlichkeit nicht kennt, wird die Annahme nahegelegt, daß es mit einer pustelartigen Hauterkrankung statt mit einer Krätze zu tun habe. Wird aber nicht rechtzeitig in solchen Fällen eine zweckmäßige Behandlung durchgeführt, so entwickeln sich aus den zunächst kleinen Pusteln umfangreiche Abszesse und schließlich eine Sepsis. Daß dies keine ausgeklügelten Möglichkeiten sind, mag folgende Angabe belegen: In den letzten drei Jahren kamen bei uns zwölf Fälle von Krätze zur Aufnahme, von denen fünf einer Furunkulose und Sepsis zum Opfer fielen, die sich bei ihnen allen an die Krätze angeschlossen hatte. Waren auch die meisten von diesen Kindern schon bei der Aufnahme ins Krankenhaus in einem schlechten Allgemeinzustand und anscheinend durch Ernährungsstörung geschädigt, so

traf dies doch nicht ausnahmslos zu. So erlebten wir einen tödlichen Ausgang der Erkrankung z. B. bei einem Kinde, das im Alter von neun Wochen mit einem Gewicht von 4590 g ins Krankenhaus gebracht wurde, behaftet mit einer sehr ausgedehnten Krätze und übersät mit kleinen Furunkeln. Trotz sorgfältiger Behandlung stieg das anfangs mäßige Fieber bald hoch an, das Kind verlor an Gewicht, es traten Lungenerscheinungen hinzu, und am zehnten Tag erlag das Kind seiner Erkrankung. Sowohl im Leben wie nach dem Tode wurden aus dem Blut Streptokokken gezüchtet. Vermutlich ist die Zahl der Erkrankungen an Furunkulose, denen eine Krätze zugrunde lag, noch größer, als ich sie angeführt habe. In vielen Fällen gelingt es nicht mehr, diesen Zusammenhang mit Sicherheit nachzuweisen. Jedenfalls darf man vermuten, daß an der Zunahme der Fälle von Furunkulose, wie sie in den letzten Jahren bei uns zu beobachten war, die Krätze nicht ganz unbeteiligt ist. Während 1917 nur zwei Kinder wegen Furunkulose in die Klinik aufgenommen wurden, stieg die Zahl 1918 auf sechs, 1919 auf 13, 1920 auf 23 an, und in diesem Jahre sind bisher acht Aufnahmen zu verzeichnen. In nicht weniger als acht von diesen Fällen muß die Furunkulose als Todesursache angeschuldigt werden. Immer wieder mußten wir die Beobachtung machen, daß auch in den Fällen von Furunkulose, die bereits unter ärztlicher Überwachung gestanden hatten, die Behandlung nicht ausreichend durchgeführt worden war. Nicht nur war eine der Furunkulose zugrunde liegende Krätze als solche nicht erkannt und dementsprechend nicht berücksichtigt worden, sondern es scheint auch den meisten Ärzten nicht genügend bekannt zu sein, daß eine beginnende Furunkulose beim Säugling durch rechtzeitige Eröffnung der Eiterherde fast immer schnell zur Ausheilung gebracht werden kann, während im andern Fall immer neue Furunkel entstehen mit der Gefahr des Ausgangs der Erkrankung in Sepsis. Noch ein Wort über die Behandlung der Krätze beim Säugling. Während wir trotz gründlicher Behandlung mit starken Schwefelsalben, mit Wilkinsonscher Salbe und mit Styrax recht häufig nach kürzerer oder längerer Zeit die Krätze von neuem auftreten sahen, haben wir in den letzten Monaten recht befriedigende Erfolge mit Mitigal erreicht. Das Mittel wurde gut vertragen, nur sehr selten hatten wir den Eindruck einer Reizwirkung auf die Haut. Doch möchten wir empfehlen, die Einreibung mit Mitigal nicht auf drei Tage zu beschränken, sie vielmehr auf fünf bis sechs Tage auszudehnen. Denn nach dreimaliger Anwendung konnten wir uns noch von der Anwesenheit lebensfähiger Milben überzeugen. Im allgemeinen aber waren unsere Erfolge mit Mitigal denen mit allen anderen von uns versuchten Mitteln unbedingt überlegen.“ (M. Kl. 1921 Nr. 35.)

Klinische Beobachtungen bei Endocarditis lenta. Von Prof. P. Morawitz in Würzburg (Aus der Medizinischen Klinik Greifswald).

1. Die Endocarditis lenta ist im Laufe der letzten Jahre recht häufig geworden, daher praktisch wichtig.

2. Findet man ein Vitium cordis, besonders ein Aortengeräusch, so überlege man sich stets, ob nicht die übrigen Krankheitserscheinungen mit dem Herzfehler im Zusammenhang stehen können.

3. Läßt sich außerdem Anämie, Milztumor, remittierendes Fieber nachweisen, so gewinnt die Diagnose Endocarditis lenta an Wahrscheinlichkeit. Fehlen von Streptokokken im Blute spricht nicht dagegen.

4. Neben der ziemlich häufigen, oft allerdings wenig ausgesprochenen hämorrhagischen Herdnephritis kommt bei Endocarditis lenta auch die diffuse chronische Glomerulonephritis mit Erscheinungen der Niereninsuffizienz vor.

5. Aneurysmen, die sich spontan an atypischen Stellen bilden, müssen die Diagnose auf die Möglichkeit einer Endocarditis lenta lenken. (M. m. W. 1921 Nr. 46.)

Kasuistisches.

Gonorrhöischer Abszeß im M. tibialis anterior. Von Dr. F. W. Kloeppel (Aus der medizinischen Abteilung des Landeskrankenhauses in Braunschweig). Ella K., 26 Jahre, Dienstmädchen, aufgenommen 6. 10. 20. Vorgeschichte: Früher nie ernstlich krank. Vor 16 Tagen erkrankt mit Kopfschmerzen und Schmerzen im linken Schultergelenk. Die linke Schulter konnte der starken Schmerzen wegen nicht bewegt werden. Während die Schmerzen in der Schulter abnahmen, traten neue im rechten Knie- und Fußgelenk auf. Seit 3 Wochen starker Ausfluß. Befund: Mittelkräftige Patientin in leidlichem Ernährungszustande. Kein Exanthem, keine Drüsenschwellungen. Tonsillen mäßig geschwollen, auf der rechten Tonsille kleine Stippchen (Angina lacunaris). Innere Organe o. B. Temperatur 38—39°. Genitale: Starke Rötung der Vulva und Vagina. Eitriger Ausfluß aus Zervix und Urethra. Go. ++, WR. —. Rechtes Fußgelenk geschwollen und gerötet, bei passiven Bewegungen sehr schmerzhaft; aktive Bewegung nicht ausführbar. Erguß im Gelenk nicht nachweisbar. Es scheint mehr das periartikuläre Gewebe befallen zu sein. Therapie: Bettruhe, Salizylpräparate. 1. 12. ansteigende Temperatur bis 39,5°, die periartikuläre Schwellung im Abklingen begriffen. Die Außenseite des Unterschenkels dicht oberhalb des Fußgelenks zeigt Schwellung und Rötung. Sie ist stark druckempfindlich. Therapie: Gonargin, Heizen und Stauen. 5. 12. Fuß fast ganz abgeschwollen,

Bewegung nur noch wenig schmerzhaft. Die Rötung und Schwellung hat sich bis zur Mitte des Unterschenkels heraufgezogen. Die Entzündung befällt in den nächsten Tagen allmählich ansteigend den ganzen M. tibialis anterior, um in seinem obersten Teile besonders stark zu werden; hier fühlt man Fluktuation in der Tiefe. 10. 12. Punktion ergibt blutig gefärbten Eiter, der im Abstrich reichlich intrazellulär in Haufen gelagerte, gramnegative, semmel-förmige Diplokokken (typische Gonokokken!) aufweist, keine anderen Bakterien. 12. 12. Fluktuation deutlicher. Durch Punktion werden 20 ccm Eiter entleert, in dem Gonokokken, aber in geringerer Menge als vordem, in Reinkultur nachgewiesen werden. 13. 12. Oeffnung des Abszesses in leichter Narkose. Reichlich Eiter. Der Abszeß liegt im M. tibialis anterior und reicht bis auf die Faszie. Glatte Heilung. Gonokokken in Zervix und Urethra weiter ++.

Für eine gonorrhoeische Sepsis möchte Verf. den beschriebenen Fall nicht ansehen. Zeichen einer Endokarditis haben nicht bestanden, auch sprechen der kurze Verlauf der Fieberperiode sowie das gute Allgemeinbefinden gegen eine gonorrhoeische Sepsis. Eine Blutkultur anzulegen, ist leider versäumt worden. Es handelte sich sicherlich um eine gewöhnliche periartikuläre Entzündung des Fußgelenks, von der aus sich auf dem Lymphwege eine gonorrhoeische Entzündung des Muskels mit Gonokokkenabszeß entwickelt hat. Allerdings waren objektiv Zeichen für eine Lymphangitis nicht festzustellen. Es dürfte zweckmäßig sein, in Fällen wie in dem vorliegenden möglichst frühzeitig zu punktieren, um die Aetiologie des Abszesses klarzustellen; denn schon bei der zweiten Punktion waren erheblich weniger Gonokokken vorhanden, und es ist wahrscheinlich, daß sie später ganz verschwinden bzw. infolge Mischinfektion sich dem Nachweise entziehen. Lehrreich ist, daß trotz der Anwesenheit eines gonorrhoeischen Abszesses und trotz energischer Gonarginbehandlung die Gonokokken in Zervix und Urethra nicht verschwanden. Entweder war der Organismus nicht imstande, Antikörper zu bilden — das ist unwahrscheinlich —, oder aber er hat sie gebildet, aber sie konnten die Gonokokken nicht angreifen. Das ist wahrscheinlicher. Die Gonokokken werden eben häufig unter uns unbekanntem Umständen zu Schmarotzern, die durch die Antikörper des Wirtes nicht beeinträchtigt werden, wie wir es ja auch von anderen Bakterien, Diphtheriebazillen, Typhusbazillen, Pneumokokken u. a. wissen.

(Derm. Wschr. 1921 Nr. 37.)

Sekundäre Vakzine auf der Tonsille. Von Dr. Wilhelm Hedrich (Aus der Universitäts-Kinderklinik Erlangen). Das ungeimpfte 9 Monate alte Kind B. H. kommt am 20. 5. 1921 in ziemlich

schlechtem Allgemeinzustand, blaß, haloniert, mit 39,2 Fieber in die poliklinische Sprechstunde der Kinderklinik. Bei der Inspektion des Rachens zeigt sich auf der rechten Tonsille, die mäßig geschwollen ist, ein schmutzig gelb-weißer Belag. Die Unterkiefer- und Nackendrüsen rechts sind als kirschgroße, harte Knoten zu tasten. Aufnahme wegen Rachendiphtherie in die Kinderklinik. Hier stellte sich heraus, daß das 2jährige Schwesterchen Anna der B. H. sich seit 14. 5. wegen sekundärer Vakzine arht enmen Arm und Genitalien ebenfalls in der Klinik befand. Sofort lag nun natürlich der Verdacht nahe, daß es sich auch bei B. H. um eine inokulierte Vakzine auf der rechten Tonsille handeln könnte. Die Möglichkeit des Zustandekommens einer Uebertragung auf die Tocsille wurde noch durch die Aussage der Mutter erhärtet. Diese gab an, dazugekommen zu sein, als das Schwesterchen Anna mit den Fingern so weit der B. H. in den Mund gelangt habe, daß fast Erbrechen aufgetreten sei. Im Abstrich von der Tonsille wurden keine Di-Bazillen, keine fusiformen Stäbchen und Spirillen gefunden, sondern Streptokokken und massenhaft gramnegative Diplokokken, die sich nach Gewinnung einer Reinkultur als *Micrococcus catarrhalis* herausstellten. Differentialdiagnostisch kam noch Lues in Betracht, doch auch das Ergebnis der Untersuchung der WaR. verlief negativ. Nach 10 Tagen war die rechte Tonsille wieder völlig gereinigt, keine Schwellung der Unterkiefer- und Nackendrüsen mehr vorhanden. Die endgültige Sicherung der Diagnose brachte noch die etwa 4 Wochen später vorgenommene Vakzination, die nur bei diesem Kinde völlig erfolglos geblieben ist, während sie bei weiteren mit der gleichen Lympe geimpften Kindern gute Pustelbildung zur Folge hatte. (M. m. W. 1921 Nr. 35.)

Schottmüller über a) **Hämaturie bei Cysto-Pyelitis gonorrhoeica.** Symptome: Heftiger Harndrang, Verringerung der Blasenkapazität, zunächst Eiter im Urin, später starke Blutung, so daß bei negativem Bakterienbefund mit Rücksicht auf die Schmerzen in der rechten Nierengegend von chirurgischer Seite an Tuberkulose der rechten Niere gedacht wurde, obwohl auch Tuberkelbazillen im Urin nicht nachweisbar waren (in 80% von Tuberkulose der Harnwege vermißt man Tuberkelbazillen). Deshalb Entfernung der rechten Niere, die sich als intakt erwies. Nach einem Jahre erneute Blasen-Tenesmen, Urin rein blutig. Kultur des Urins zunächst steril, erst nach langem Suchen werden im Harnsediment intrazellulär liegende, gramnegative Kokken (Gonokokken) gefunden. Nunmehr gelingt auch durch ein besonderes Kulturverfahren die Züchtung der Gonokokken. (Züchtung auf Schottmüllers Blutagarplatte in feuchter Kammer.) So starke Blutungen, wie im

vorliegenden Fall, die immer den Verdacht auf Tumor oder Tuberkulose erwecken, sah Schottmüller bei Cystitis gonorrhoeica, die er im Gegensatz zur landläufigen Auffassung für eine seltene Erkrankung hält, bisher nie. (Einmal bei einer Bacterium coli-Pyelitis.)

b) Cysto-Pyelitis gonorrhoeica mit Haut- und Gelenkmetastasen. Eine 26 jährige Frau erkrankte unter hohem Fieber an einer Angina. Zu gleicher Zeit bestanden Schmerzen in der linken Nierengegend. In der 3. Krankheitswoche, nachdem zwei Schüttelfröste vorhergegangen waren, stellen sich Hautmetastasen verschiedener Form an den Extremitäten ein, namentlich an den Unterschenkeln. Man sieht zahlreiche linsengroße Bläschen von gelblichweißer Farbe, in deren Umgebung die Haut in pfennig- bis erbsengroßer Ausdehnung gerötet ist. Neben diesen Bläschen gleichgroße Herde von rein hämorrhagischem Aussehen, ebenfalls mit entzündlichem Hof. Weiter — wahrscheinlich als Abheilungsstadium — rostbraune, linsengroße Flecke in der Haut. Endlich am Fuß und einem Finger ein diffuser, etwa pfenniggroßer, rötlicher, schmerzhafter Knoten (wie bei Erythema nodosum). Als Ausgangspunkt des septischen Exanthems ist nicht die Angina, sondern eine Cysto-Pyelitis gonorrhoeica anzusehen, denn im Urnsediment werden kulturell und mikroskopisch Gonokokken nachgewiesen, ebenso wie in dem eitrigen Pustelinhalt. Heilung. (Aerztl. Verein Hamburg 31. 5. 21.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Ueber die Behandlung des Erysipels durch Einpinselung mit Jodtinktur. Von Dr. Reye. „In den letzten 10 Wochen habe ich im ganzen 18 Fälle von Erysipel aller Art behandelt und keine Versager erlebt. Wenn ich auch weiß, daß gerade beim Erysipel mit seinem verschiedenartigen Ablauf bezüglich der günstigen Einwirkung eines Mittels besonders strenge Kritik geboten ist, so halte ich mich doch auf Grund meiner zahlreichen, prompten und vor allem regelmäßigen Erfolge für berechtigt, der Jodtinktur eine vorzügliche Einwirkung auf das Erysipel zuzuschreiben. Einen Mißerfolg habe ich also bei diesen 18 Fällen nicht gesehen. Ich pinsele alle 10—12 Stunden. Wie Sie gesehen haben, bin ich fast immer mit 2 oder 3 Einpinselungen ausgekommen, nur je 1 mal waren bei besonders schweren Fällen 4, 5 und 6 Einpinselungen notwendig. Oft habe ich, nur um ganz sicher zu gehen, noch einen Jodanstrich angefügt, auch wenn nach der 1. oder 2. Pinselung die Erscheinungen zurückgegangen waren. Ganz ähnlich wie z. B. bei der Diphtherie, wirkt das Mittel um so besser, je früher es gebraucht wird. Auch wie bei der Di-

phtherie bei Anwendung des Heilserums geben die Kranken schon wenige Stunden nach der Applikation des Jods an, daß sie sich von einer schweren Krankheit befreit fühlen. Dabei braucht die Temperatur noch nicht zur Norm abgeklungen und der lokale Prozeß noch nicht völlig zurückgegangen zu sein. Drei Gesichtspunkte, die alle gleich wichtig sind, müssen bei Anwendung des Mittels unbedingt beachtet werden: 1. Es darf nur gute, intensiv wirkende, offizinelle 10%ige Jodtinktur angewandt werden. 2. Es muß richtig gepinselt werden, am besten mit einem Haarpinsel, so daß das ganze bestrichene Gebiet dunkelkaffeebraun erscheint. Etwas vorsichtig muß man ausschließlich an den Uebergängen der Haut auf die Schleimhäute sein, besonders an Augen, Vagina und Anus, weil das Jod auf den Schleimhäuten erhebliches Brennen verursacht. 3. Es muß in genügender Ausdehnung mit Jod eingepinselt werden. Nicht nur der erkrankte Hautteil selbst muß in ganzer Ausdehnung eingepinselt werden, sondern in großem Umkreise sozusagen auch völlig von dem übrigen Körper abgeschlossen werden. Sitzt das Erysipel an der Hand, so werden Hand und dazu Vorderarm bis zum Ellenbogen eingepinselt. Bei Erkrankung am Kopf oder im Gesicht werden prinzipiell jedesmal das ganze Gesicht, der behaarte Kopf, Nacken und Hals mit Jod bestrichen. — Erst seitdem ich diese Grundsätze streng beobachtet habe, habe ich Versager nicht mehr gehabt. Ob unter der Behandlung das Erysipel weiter gegangen ist, kann man, da die Röte ja durch das Jod verdeckt ist, ohne weiteres an der Empfindlichkeit, an der Schwellung und am Verhalten der Temperatur erkennen. Ich hatte mich zunächst namentlich bei Frauen gescheut, die Kopfhaut mit Jod zu bepinseln, weil es sich nicht vermeiden läßt, daß die Haare intensiv braungelb werden; aber nach 8—10 Tagen ist die Farbe der Haare wieder normal. Irgend einen dem Jod zuzuschreibenden Schaden habe ich niemals beobachtet. Leichtes Brennen und Spannen in der Haut nach Anwendung des Jods wird von den Kranken als durchaus erträglich bezeichnet. Wenige Tage nach der Einpinselung stoßen sich die oberen Schichten des Epithels oft in großen Lamellen ab, und es tritt dann zur großen Freude des Kranken eine völlig saubere, rosige, frische Haut zutage.“

(B. kl. W. 1921 Nr. 41.)

Erfahrungen über die Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit Tebecin Dostal. Von Dr. Rudolf Höfer (Aus der Chirurgischen Abteilung des Kaiser-Franz-Josef-Spitals Wien). Die mit dem Präparat erzielten Wirkungen sind um so höher zu bewerten, als man infolge der traurigen Verhältnisse auf die wirksamste Unterstützung jeder Tuberkulose-therapie, eine kräftige und

ausreichende Ernährung dieser Kranken verzichten mußte. Was die Dosierung betrifft, hielt man sich im allgemeinen an die von Dostal gegebenen Vorschriften: Beginn mit 0,1 ccm, Steigerung um 0,2 ccm nach einem Intervall von 2—5 Tagen, das je nach der Reaktionsweise bemessen wurde, bis zur höchsten Einzeldosis von 3—4 ccm. Die Applikationsart war immer die subkutane. Was nun die Wirkungsweise des Tebecins betrifft, so erscheint zunächst seine Spezifität dadurch erwiesen, daß in allen behandelten Fällen nach der Injektion eine lokale, eine allgemeine und eine Herdreaktion festzustellen war. Das Tebecin ist ein Präparat von zweifellos spezifischer Wirksamkeit. Es beeinflußt Fälle von leichter und mittelschwerer chirurgischer Tuberkulose in günstigem Sinne, indem es einerseits die allgemeinen Abwehrkräfte des Organismus steigert, andererseits die Heilungsvorgänge im Krankheitsherd durch vermehrte Einschmelzung des pathologischen Gewebes und konsekutive raschere Regeneration beschleunigt. Das Präparat kann praktisch als unschädlich bezeichnet werden. Die geringen lokalen und allgemeinen Reaktionen gestatten — natürlich bei streng individualisierendem Vorgehen — ein rasches Ansteigen mit der Dosis bis zur gewünschten Höhe und machen das Tebecin ganz besonders für die ambulatorische Behandlung der Tuberkulose geeignet.

(M. Kl. 1921 Nr. 38.)

Zur Behandlung der Empyemfistel mit Pepsinlösung.
Von Prof. Jenckel (Altona). Im Juni 1920, nach 18 monatigem Bestehen der Fistel, machte Verf. die erste Füllung der großen Empyemhöhle mit saurer 1%iger Pepsinlösung. Pepsin 1,0, Acid. boric. 3,0 auf 100 Aqua, und zwar kam Verf. auf diese Lösung durch die guten Erfolge, welche die Dermatologen mit dieser Lösung bei Verbrennungen zur Beseitigung der ausgedehnten Hautnarben und bei Keloidbildung erzielen konnten. Verf. sagte sich, wirkt die saure Pepsinlösung auf Hautnarben und Schwielenbildungen so günstig ein, so muß diese Lösung auch auf derbe, dicke Pleuraschwarten, die in erster Linie die Ausdehnung der eingesunkenen und komprimiert gehaltenen Lunge verhindern, durch Andauen zur Auflösung und Erweichung bringen. Seine Annahme war richtig. Schon nach einigen Wochen konnte eine Verkleinerung der Empyemhöhle festgestellt werden. Er ließ anfangs alle 2 Tage 30—50 ccm der 1%igen sauren Pepsinlösung in die Fistel hineinspritzen und diese Flüssigkeit bei Lagerung des Kranken auf die gesunde Seite längere Zeit einwirken, mehrmals wurde vor dem Zubettgehen das Drain entfernt, die saure Pepsinlösung in die Höhle gebracht, die Fistelöffnung mit einem

Tupfer verschlossen und am andern Morgen das Gummidrain wieder eingeführt, um einen vorzeitigen Verschuß der Fistelöffnung und damit eine Retention des Eiters mit all ihren Nebenerscheinungen zu vermeiden. Der junge Mann ging im übrigen wieder seiner Beschäftigung als Kaufmann nach und erholte sich sichtlich unter dieser Pepsinbehandlung. Großes Gewicht wurde auf systematische Atemübungen gelegt, die täglich ausgeführt wurden, um durch tiefe In- und Expiration eine Dehnung und Lockerung der kollabierten Lunge zu erzielen, auch wurde die Neigung zum Rudern und Schwimmen warm unterstützt. Durch diese Maßnahmen gelang es, die große Emphyemhöhle durch Erweichung und Verdauung der die Ausdehnung der Lunge hindernden Pleuraschwarten zur Verödung zu bringen. Die Lunge dehnte sich mehr und mehr aus, und am 28. 10. 1920 konnte das Gummidrain, das allmählich immer dünner und mehr und mehr gekürzt worden war, ganz entfernt werden. Die Fistelöffnung heilte zu, und Patient ist seitdem völlig gesund. Die Untersuchung der linken Lunge im Frühjahr 1921 ergab eine völlige Entfaltung, überall war reines Zellenatmen zu hören, nur in unmittelbarer Nähe der früheren Fistelöffnung ist eine kleine Partie abgeschwächten Perkussionsschalles geblieben. Wichtig ist, daß der Thorax keinerlei Deformität aufweist, speziell keine Skoliose der Wirbelsäule besteht und letztere nach allen Seiten hin frei und schmerzlos bewegt werden kann. Verf. möchte gerade bei solchen Fällen, bei denen die plastischen Operationen wegen des Allgemeinzustandes der Patienten nicht ausgeführt werden können, diese Behandlungsmethode alter Emphyemfisteln mit saurer Pepsinlösung aufs wärmste empfehlen. (M. m. W. 1921 Nr. 36.)

b) Innere Krankheiten.

Zur Therapie des Fleckfiebers. Von Dr. A. Brenner (Lemberg). Verf. versuchte die Anwendung des Terpentins sowie seines Derivats, des Terpinhydrats, in ca. 150 Fällen von Fleckfieber innerhalb eines Jahres. Zuerst gab er die Mittel per os in Pillenform bzw. in alkoholischer Lösung sowie per rectum in Suppositorien. Die subkutane Einführung eignete sich nicht wegen der unerwünschten phlogistischen Nebenwirkung. Um eine kontinuierliche Einwirkung des Mittels zu erzielen, gab Verf. kleine Dosen von 0,05 bis 0,10 in Abständen von höchstens einer Stunde, wobei er besonderes Gewicht darauf legte, daß auch in der Nachtzeit womöglich keine Unterbrechung in der Darreichung eintrat. Bei weiteren Versuchen erwies sich als noch wirksamer die Einführung des Terpentins durch die oberen Luftwege mittels Inhalation, und zwar durch die Nase. Die Ausführung gestaltete

sich sehr einfach. Verf. ließ den Kranken kleine, mit Terpentinöl befeuchtete Wattetampons in die Nasenlöcher abwechselnd einführen, dieselben wurden in häufigen Abständen, je nach der Intensität der Symptome gewechselt. Es wurden Mengen bis 20,0 Ol. tereb. in 24 Stunden verbraucht. Die meisten Kranken ließen sich diese Behandlung gefallen, auch bei tagelanger Anwendung traten gewöhnlich keine Reizerscheinungen von seiten der Schleimhaut auf. Auf diese Weise war es möglich, bei allen schwersten, benommenen, sogar stark delirierenden Fällen auf einfachem Wege eine ständige Einwirkung des Mittels zu erzielen, wobei man auch, rein empirisch, einen starken Konzentrationsgrad desselben in Blut und Geweben erwarten durfte. Die Resultate der Behandlung, wobei vorwiegend die nasale Inhalation, bei leichteren Fällen auch die orale Darreichung zur Anwendung kamen, seien nachstehend zusammengefaßt. — Wo die Behandlung frühzeitig, d. h. am 3.—5. Krankheitstage einsetzen konnte, gelang es, und zwar in mehreren Fällen, eine derartige Abkürzung des Verlaufs mit rascher Entfieberung zu erreichen, daß man an eine Abortivkur denken konnte. Da aber die meisten Fälle erst nach Ausbruch des Exanths oder gar beim Einsetzen schwerer Symptome in Behandlung kamen, konnte man bei ihnen höchstens eine günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufs erwarten. Tatsächlich sah Verf. in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen eine derartig günstige Einwirkung auf die subjektiven Symptome, vor allem auf die Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, dann auch auf die objektiven Nervensymptome, besonders auf die motorische Unruhe und Tremor, wie sie bei der bisherigen Therapie nie zu beobachten war. Auffallend war das Verhalten des Respirationstrakts, bronchitische Erscheinungen kamen auch bei schweren, stark benommenen Fällen nicht zur Entwicklung oder hielten sich in mäßigen Grenzen. Sehr ausgesprochen war die günstige Einwirkung auf Herz und Kreislauf, Verf. konnte in allen, auf die beschriebene Therapie ansprechenden Fällen ganz ohne Kardiakum oder die so beliebten Kampferölinjektionen auskommen. Inkonstant war hier dagegen der Einfluß auf das Verhalten des Fiebers. Nur in einzelnen Fällen sah man eine prompte antipyretische Wirkung. Ziemlich regelmäßig aber gaben die Kranken an, daß sie seit der Behandlung das Fieber nicht mehr so peinlich empfinden. Immerhin gelang es doch in der Mehrzahl dieser Fälle, die Fieberperiode bis auf 11—14 Tage abzukürzen. In denjenigen Fällen, welche bereits zu Beginn der Behandlung ein schweres Krankheitsbild boten, hatte man häufig den Eindruck, daß dank der Behandlung keine weitere Verschlimmerung eintrat und, wenn auch zögernd, sich eine Wendung zum Besseren bemerkbar machte. Insbesondere

trat bei den behandelten Fällen nur selten jene bedrohliche Aenderung im Krankheitsbilde ein, welche um den 9. bis 11. Krankheitstag mit schweren Gehirn-, speziell Bulbärsymptomen einzusetzen pflegt, die vielleicht auf eine Spätinvasion des Zentralnervensystems zurückzuführen sind, jedenfalls aber die Prognose in der Regel ganz infaust gestalten. Bei aller Vorsicht in der Beurteilung therapeutischer Resultate, die bei jeder Infektionskrankheit geboten ist, um so mehr aber beim Fleckfieber, wo der Charakter der einzelnen Epidemien, sowie die Mortalitätsziffer bekanntlich sehr stark variieren, glaubt Verf. doch nachgewiesen zu haben, daß die Terpentinöltherapie einen gewichtigen Faktor in der Behandlung des Fleckfiebers bilden kann. Ueber die Art der Wirkung läßt sich nur die Vermutung aussprechen, daß das Terpentinöl eine vermehrte Oxydationsfähigkeit im Organismus des Fleckfieberkranken auslöst, welche einerseits auf die Erreger und ihre Gifte schädigend einwirken, andererseits aber die Reparationsvorgänge in den durch dieselben lädierten Zellen vorteilhaft zu beeinflussen vermag. Von dieser Annahme ausgehend, versuchte Verf. vorerst in den schwersten Fällen, welche gegen die Therapie sich refraktär verhielten, die Anwendung des sog. ozonisierten Terpentinöls. Die Darstellung dieser Modifikation ist bekanntlich sehr einfach. Es genügt das Ol. tereb. rectific. in einem Glasgefäß für 1—2 Stunden der Einwirkung des Sonnen- bzw. des Tageslichtes besonders auf freier Luft auszusetzen, um die Umwandlung an dem charakteristischen Ozongeruch zu erkennen. Durch die nasale Inhalation des ozonisierten Terpentinöls ließ sich auch in ganz infausten Fällen eine sehr ausgesprochene symptomatische Wirkung, ja sogar Remissionen, feststellen. Es ist daher in hohem Grade wahrscheinlich, daß bei rechtzeitiger Anwendung desselben die kupierende Wirkung der Terpentinöltherapie ins volle Licht treten wird, somit aber auch das ärztliche Handeln beim Fleckfieber an Sicherheit gewinnen wird. (M. Kl. 1921 Nr. 33.)

Trockenhefe als Prophylaktikum gegen Rachenkrankheiten.
 Von Dr. Hans Feriz (München). Die Versuche, durch Einbringung von Hefe in entzündlich erkrankte Körperhöhlen die primäre, bakterielle Infektion zu bekämpfen, sind alt und bekannt. Trotz der geringen Erfolge der von Gallion vorgeschlagenen, lokal unterstützenden Diphtherietherapie durch Züchtung von Hefe auf den Membranen und der Hefetherapie gewisser gynäkologischer Erkrankungen wird mit Recht angenommen, „daß es bis zu einem gewissen Grad möglich ist, Keime, die im Lumen von Körperhöhlen oder in den diese auskleidenden Sekreten wuchern, durch Hefe zu vernichten“. Angeregt durch ein Volksmittel, das ihm

ein Salzburger Bauer mitteilte: „Bei Halskratzen soll man mit frischer Bierwürze gurgeln“, hat Verf. eine Reihe von Versuchen angestellt. Da die bakterizide Kraft von Hefen und Hefepräparaten schon mehrmals nachgewiesen wurde, ging er wohl nicht fehl, wenn er die Hefenenzyme als die wirksamen Agentien der Bierwürze ansah und in der Hauptsache die Versuche allein mit Hefe bzw. Hefepräparaten anstellte. Bei seinen klinischen Versuchen bediente er sich der „Levurinose Blaes“. Er begann mit einem Selbstversuch. Er litt seit seiner Kindheit an häufigen anginösen Halsaffektionen, die ihn in der schlechten Jahreszeit fast regelmäßig alle 4—6 Wochen heimsuchten und stets für 1—2 Tage arbeitsunfähig machten. Lokale Bekandlung: Schlitzen der kleinen, aber kryptenreichen Tonsillen, Touchieren konnte die Disposition zu diesen Anginen nicht beseitigen. Jede Erkältung hatte prompt eine Angina lacunaris zur Folge. Trotz häufigsten Gurgelns mit adstringierenden oder desinfizierenden Lösungen konnte Verf. nur ausnahmsweise die Erkrankung im Prodromalstadium kupieren. Er versuchte nun beim Auftreten der ersten, noch geringen Schluckbeschwerden (die den Halsentzündungen stets 1—2 Tage vorherzugehen pflegten) eine lokale Behandlung mit Hefe, indem er sich die feinpulverige Levurinose mittels eines kleinen Gebläses (wie man es zum Zerstäuben von Wundstreu- und Nasenpulver verwendet) in die Gegend beider Tonsillarbuchten einblies. Das Ergebnis überraschte außerordentlich. Verf. kupierte mit dieser Einblasung jeden Anfall, so daß er seither wohl wiederholt nach Erkältungen Schluckbeschwerden bekam, deren objektive Grundlage Mandelschwellungen und lokale Rötungen waren, niemals kam es aber nach der reichlichen Einblasung des Hefepräparates zum Ausbruch der lakunären Angina, die früher nie ausgeblieben war. Die offenbare Unschädlichkeit der Levurinose machte die Anwendung und Empfehlung der Methode leicht, und Verf. sah bei Erwachsenen stets, bei Kindern in den meisten Fällen die gleichen überraschenden Erfolge. Am besten schien es, die Einblasung abends knapp vor dem Schlafengehen vorzunehmen. Vor dem Spiegel kann sie jeder Erwachsene leicht selbst machen. Verf. läßt soviel Levurinose einblasen, daß die entzündete Region wie gepudert aussieht. Kinder läßt er vorher einige süße Bonbons (sog. Malzbonbons) lutschen, ein auf die Kinderpsyche berechnetes, suggestives Adjuvans, das vielleicht auch die Wirkung der Levurinose durch die Zuckerlösung günstig beeinflussen kann. (D. m. W. 1921 Nr. 42.)

Die Oxyuriasis für den Praktiker. Von Dr. Mayer (Leutershausen). „Ich habe in meiner Stadt- und Landpraxis hauptsächlich ein Präparat der Chemischen Fabrik Goedecke & Co., Berlin, die

Gelonida Aluminium subacetici angewandt, und zwar, wie ich gleich vorwegnehmen möchte, auch an mir selbst mit bestem Erfolg. Als angenehm empfand ich es auch, daß die Firma eine feststehende Gebrauchsanweisung gleichzeitig mit dem Präparat verabfolgt, da sich dadurch Rückfragen von seiten der Patienten erübrigen und dieselben noch besonders auf die Befolgung der Nebenvorschriften aufmerksam gemacht werden, die sich bei der Behandlung der Krankheit als notwendig erweisen — peinliche Sauberkeit als Schutz gegen Reinfektion, Klistiere usw. Besonders hervorheben möchte ich, daß ich in Eigenbehandlung ohne Klistiere, lediglich durch Einnehmen von Tabletten selbst, zum Ziele kam. Im übrigen habe ich gewöhnlich 3 mal täglich 2 Tabletten nehmen lassen nebst einem Abführmittel. Dies 8—10 Tage lang, dann habe ich nach einer Pause von mehreren Tagen die Kur wiederholen lassen. In hartnäckigen Fällen, solchen, die seit längerer Zeit schon bestanden, habe ich die Dosis gewöhnlich erhöht, da ich von dem Mittel keine irgendwie geartete Nebenwirkung sah und dasselbe stets gut vertragen wurde. Meine Beobachtungen gehen dahin, daß die Gelonida Aluminium subacetici ein sehr brauchbares Medikament gegen die Oxyuriasis vermicularis sind, das ich den Herren Kollegen zur Nachprüfung empfehlen kann.“ (M. m. W. 1921 Nr. 38.)

O. Fischer: Unspezifische Behandlung und Prophylaxe der progredienten Paralyse. Die bisherigen Antiluetika (Jod, Hg, Salvarsan) haben trotz immer wieder in scheinbar neuer Richtung gemachter Versuche keinen besonderen Wert für die Behandlung der Paralyse. Es scheint sogar, daß diesen Mitteln nicht einmal ein wesentlich prohibitiver Wert zukommt. Die besten therapeutischen Erfolge zeigt die Fiebertherapie Wagners bzw. die Leukozytose-therapie Fischers. Fischer ging von der Auffassung aus, daß die Remissionen nach fieberhaften Erkrankungen durch die Leukozytose und ihre chemischen Begleitprozesse hervorgerufen werden. Er führte das Nuklein in die Therapie vor 12 Jahren ein, und es besteht für ihn kein Zweifel, daß man durch diese Therapie Erfolge erzielt, die Heilungen gleichzusetzen sind. Wohl rezidivieren viele dieser Fälle, aber er verfügt über Fälle, die seit 12 Jahren keine Rezidive aufweisen und ungestört ihrem Berufe nachgehen. Der Grad der Erkrankung spielt bei dem Erfolge eine große und wesentliche Rolle. Von seinem Sanatoriumsmaterial, also von den anstaltsbedürftigen Fällen, zeigten nur 21 % Heilungsremissionen, wogegen das Sprechstundenmaterial, das sind sichere, aber nicht anstaltsbedürftige Fälle, bis 74 % aufwies. Bei letzteren rezidivierten die einmal behandelten, während die in Abständen behandelten gesund blieben. Das Alter der Patienten und die

Dauer der Behandlung spielten bei dem Sanatoriummaterial eine große Rolle. Von den Fällen, die unter 10 g Nuklein bekamen, übergangen in Heilung nur 9%, von denen, die über 10 g bekamen, hingegen 35%. Patienten unter 40 Jahren zeigten 37% Heilung, Fälle unter 40 Jahren, die über 10 g erhielten, 55%.

(Prag, Verein deutscher Aerzte, 22. 4. 1921.)

Weygandt: Die 1919 mit Mühlens begonnene **Behandlung der Paralyse mit Impfung durch Malaria oder Rekurrens** wurde mit Kirschbaum unter sehr ermutigendem Erfolge fortgesetzt. Die Remissionen und Besserungen sind ganz wesentlich günstiger, als sie spontan oder durch eine der bisherigen Methoden erzielt wurden. Von den 4 bis 22 Monate lang behandelten 50 Fällen sind hinsichtlich Berufsfähigkeit oder Anstaltsbedürftigkeit folgende Ergebnisse zu berichten: berufsfähig 26%, ziemlich berufsfähig 22%, beschäftigungsfähig 10%, etwas beschäftigungsfähig 6%, häuslicher Pflege fähig 22%, nicht gebessert 10%, fortschreitend verschlechtert 2%. Es ist demnach bei 88% eine Remission, bei 48% eine gute Remission zu verzeichnen. Die neurologische und serologische Besserung geht der klinisch-praktischen nicht parallel. Mehrfach wurde die Impfmethode mit Endolumbalsalvarsaninjektion verbunden. Es werden 8 Fälle guter und sehr guter Remission demonstriert, die zum Teil in amtlicher Stellung und unter sehr guter Bezahlung tätig sind. Es ist ärztliche Pflicht, in jedem Falle von Paralyse zu prüfen, ob Malariabehandlung angezeigt ist.

(Hamburg, Aerztl. Verein 5. 4. 1921.)

Zur Verbesserung der Kalzium-Chlorid-Therapie durch Calcaona. Von Prof. Dr. E. Fuld (Berlin). In letzter Zeit wurde Verf. aufmerksam auf das Präparat Calcaona der Chemischen Fabrik Marienfelde bei Berlin. Das Präparat ist, wie der Name sagt, eine Komposition aus Kakao und Kalk, und zwar dient als Kalksalz das Chlorkalzium. Die Angabe der Firma, daß es ihr gelungen sei, hiermit eine wohlschmeckende Form der Chlorkalziumanwendung gefunden zu haben, schien interessant genug, um mit dem Mittel Versuche anzustellen. Das Ergebnis hat Verf. zunächst nach dieser Richtung hin voll befriedigt, und es ist in puncto Geschmack durch Calcaona einem wirklichen Bedürfnis entsprochen worden. Ueber die Einzelheiten der Untersuchungen und Beobachtungen mit Calcaona sei in Folgendem kurz berichtet: Calcaona wurde in Päckchen von 100 g übergeben, denen ein unverkennbarer Kakaogeruch entströmte. Nach Angabe der Firma enthält ein Teelöffel Calcaona 0,5 g Chlorkalzium, von dem mehr als die Hälfte chemisch, ein weiteres Drittel kolloidal gebunden

sein soll. An freiem ungebundenen Chlorkalzium verbleiben genau 30 %₀. Daß dieser Kakao sich im Geschmack und Aussehen von gewöhnlichem Kakao nicht unterscheidet und daß insbesondere die Aehnlichkeit zwischen Calcaona-Kakao und dem als Ausgangsmaterial dienenden Rohkakao eine vollkommene ist, kann Verf. durchaus bestätigen. Patienten, die er mit Proben von Calcaona versah, nahmen das Mittel gern und äußerten sich lobend über den Geschmack. Nur eine Patientin, und zwar merkwürdigerweise die am wenigsten verwöhnte, aber auch am wenigsten mit Kakao bekannte, glaubte auf die Länge einen salzigen Geschmack zu bemerken. Indessen, wer einmal hochprozentige Chlorkalziumlösung selbst genommen hat und deren säuerlich abgestandenen, brennenden und vor allem widerlichen Geschmack kennt, der wird auch in diesem Tadel noch ein Lob erblicken müssen. Von entscheidender Bedeutung scheint, daß 2 Kinder im Alter von 2 und 5 Jahren das Mittel regelmäßig und gern nehmen. Man kann also wohl zugeben, daß in Richtung der Geschmackskorrektur die Aufgabe, die sich die Firma gestellt hat, glücklich gelöst ist. Eine scheinbare Schwäche des Präparates scheint die Dosierung zu sein. Wenn Verf. von derjenigen Kalkmenge ausgeht, die er seither zu geben gewohnt war, so sind das drei Eßlöffel einer 10 %₀igen Lösung oder 3 g Calcium chloratum siccum täglich. Diese 3 g würden sechs Tassen Calcaonalösung und damit etwa 900 g Flüssigkeit entsprechen. Indessen kann man wohl die Zubereitung des Calcaona in Fällen, bei denen eine so große Gesamtflüssigkeitsmenge kontraindiziert ist, mit zwei statt mit einem Teelöffel Pulver pro Tasse vornehmen. Auf der anderen Seite kann es aber nicht wundernehmen, wenn z. B. in Fällen von Hyperhidrosis oder Schnupfen mit reichlicher Sekretion bei Verabreichung von sechs Tassen Calcaona kein bemerkenswerter Erfolg eintritt. Verf. hat daher in diesen Fällen mit prompt kupierendem Einfluß 10 ccm einer 10 %₀igen Chlorkalziumlösung intravenös mit anschließend innerlicher Verabreichung einer Chlorkalziumlösung gegeben. Ob bei einem Falle von Urtikaria, den Verf. durch intravenöse Injektion sogleich kupieren konnte, durch die nachfolgende Verabreichung von täglich vier Tassen Calcaona ein Rückfall verhindert wurde, läßt sich nicht mit Sicherheit beurteilen, ist aber wohl anzunehmen. Irgendwelche unangenehmen Nebenwirkungen hat Verf. niemals gesehen. Als zweckmäßig hat sich Verf. auch folgende Darreichungsform von Calcaona erwiesen: Man gebe $\frac{1}{8}$ der Tagesmenge, also etwa zwei Teelöffel mit dem $1\frac{1}{2}$ fachen bis doppelten Volumen Streuzucker verrührt und lasse diese Mischung roh essen. Der Rest von vier Teelöffeln Calcaona wird nach Vorschrift der Firma (unter Vermeidung von Kochen) mit Wasser oder Milch

unter Zuckerzusatz wie gewöhnlicher Kakao zubereitet und eingenommen.
(M. Kl. 1921 Nr. 36.)

Ueber **Erythroltetranitrat** verbreiten sich Prof. Dr. Zinn und Dr. K. Liepelt (Berlin). Im stenokardischen Anfall selbst war in den zahlreichen Versuchen das Nitroglyzerin dem E. überlegen. Die Wirkung des Nitroglyzerins zeigt sich hier am schnellsten bei der mehrfach empfohlenen Anwendung der alkoholischen Lösung (am besten auf Zucker), die schnell zur Resorption und nach wenigen Minuten zur nachweisbaren deutlichen Wirkung kommt: entweder von der 1%igen alkoholischen Lösung zwei- bis viermal zwei bis zehn Tropfen oder in der besonders geeigneten Form nach **R o s i n** Nitroglyzerin 0,02, Spiritus vini 20,0, davon zehn Tropfen = $\frac{1}{2}$ mg ein- bis viermal auf leeren Magen. Die Dauer der Nitroglyzerinwirkung beträgt etwa eine Stunde. Die Wirkung des E. tritt bei dem üblichen Einnehmen in Tabletten langsamer ein, in etwa einer halben bis einer Stunde. Die Wirkung ist dafür wesentlich nachhaltiger und erstreckt sich über mehrere Stunden hin. Dadurch ist man leicht in der Lage, durch eine täglich etwa dreimal wiederholte Dosis eine lange andauernde Wirkung zu erzielen. Die Nitritwirkung äußert sich in Gefäßerweiterung mit Blutdrucksenkung und Pulsbeschleunigung und zeigt sich beim E. oft sehr deutlich. In günstigen Fällen geht dieses Verhalten aus der Beobachtung und den Angaben der Kranken klar hervor. Wird die Dosis zu hoch gewählt, so ist die Erweiterung der sichtbaren Gefäße, besonders des Kopfes, Weicherwerden und Beschleunigung des Pulses leicht erkennbar, und von dem Patienten wird ein lebhaftes Gefühl von Hitze, Unbehagen im Kopfe, vermehrtes Klopfen der Gefäße angegeben. Daraus geht hervor, daß auch die übrigen Nitritwirkungen, nämlich die Erweiterung nicht nur der Haut-, sondern auch der Kranz-, Hirn- und Darmgefäße zustande kommt. Dieser Einfluß auf das Gefäßsystem ist nach **F i e h n e** die Folge der Reizung der Vasomotorenzentren und wohl auch ein peripherer direkt auf die Gefäßwände. Uebergroße Gaben wirken auf das Herz wie auf die allgemeine Muskulatur lähmend. — Die zweite Hauptgruppe für die Anwendung des E. sind diejenigen Fälle, bei welchen stärkere Symptome der Hypertonie bestehen. Die dauernd vermehrte Gefäßspannung bedingt häufig erhebliche Beschwerden wie Kopfdruck, Kopfschmerz, Schwindel (Gefahr der Apoplexie), Herzbeschwerden, Reizbarkeit und andere. In der Verminderung der Tension wird natürlich nur ein Symptom bekämpft. Es ist selbstverständlich, daß bei diesen Fällen eingehend die Ursache (Adipositas, Alkohol-, Nikotinabusus, geistige Ueberanstrengung, Nierensklerose, allgemeine Angiosklerose usw.) für die Aufstellung

des therapeutischen Planes berücksichtigt werden muß. Die diätetische, hydrotherapeutische und die Schonungsbehandlung ist zuerst genau zu regeln. Danach fragt sich, ob und welche medikamentöse Therapie zur Herabsetzung des abnorm hohen Blutdrucks für den einzelnen Fall angezeigt ist. Neben Diuretin, Jod, Papaverin, Kalksalzen kommt hier das E. zu seinem Recht. Verff. richten sich für seine Verordnung mehr nach den subjektiven Beschwerden der Kranken als nach der Höhe des Blutdruckes. Selbst höherer Blutdruck (180 und mehr mm Hg. Riva-Rocci) wird von manchen Kranken jahrelang ohne wesentliche Klagen ertragen, während andere schon bei niedrigem Drucke (160—170 mm Hg) unter den oben genannten Symptomen sehr leiden. Diese Dinge sind bekanntlich abhängig von der Ausbreitung und der Intensität der Arterienveränderungen. Bei der ausgesprochenen Nierensklerose, bei der die Hypertonie mit ein Kompensationsvorgang sein kann, kommt die medikamentöse Herabsetzung des hohen Blutdruckes kaum in Frage, erfordert jedenfalls besondere Vorsicht. Auf E. reagieren am günstigsten die Fälle, bei denen erhöhter Gefäßspasmus noch ohne schwere anatomische Veränderungen der Arterien besteht. — Verff. verordneten M. B. K.-Compretten (Merck, Boehringer, Knoll) 25 Stück in Originalpackung zu je 0,005 (Preis: Mk. 3.50), 3 mal täglich 1 Stück. In den günstigsten Fällen Wirkung meist vom 2.—3. Tage an. Notwendig lange fortgesetzter Gebrauch über Monate, evtl. Jahre hin. Erste Periode meist 3 Wochen, mit kurzen Pausen von 8—14 Tagen zu wiederholen. Es sind auch Compretten zu 0,03 im Handel. Manche Patienten sind aber schon gegen 0,005 empfindlich, 0,03-Dosen gebe man lieber nicht. In den Fällen, die auf 3 mal täglich 0,005 nicht reagieren, nehme man eine Steigerung nur langsam vor. (Ther. d. Gegenw. Sept. 1921.)

Ueber den Einfluß einer Kalzium-Gummilösung auf Blutgerinnung und Blutung. Von Dr. Hermann Götting (Aus der Inneren Abteilung des Marienkrankenhauses in Hamburg). Das Mittel wurde bei allen möglichen Blutungen, bei parenchymatösen Blutungen, bei Hämoptoë, bei Uterusblutungen usw., erprobt. Die Wirkung war ausgezeichnet. Verf. injiziert deshalb seit $\frac{3}{4}$ Jahren bei Blutungen aller Art 10 ccm einer 10%igen Lösung von Chlorkalzium in 3%iger Gummiarabikumlösung mit dem Erfolge, daß die Blutungen durchweg zum Stehen kamen. Nur in einzelnen Fällen hat Verf. am folgenden Tage prophylaktisch eine 2. Injektion folgen lassen. Die Kombination der sofortigen mit der Dauerwirkung, die Schmerz und Wischo durch Ca in physiologischer Kochsalzlösung intravenös + Ca-Gelatine subkutan anstreben, wurde in vereinfachter Weise erreicht. Die Vermutung, daß es sich bei der Injektion von Ca-Gummilösung vielleicht um eine

verzögerte Ausscheidung des Ca handeln könnte, hat Verf. dadurch zu beleuchten versucht, daß er Jodnatrium einerseits in wäßriger Lösung, andererseits in 3%iger Gummilösung injiziert. Er hat dabei eine Verzögerung der Jodausscheidung im Harn um einige Stunden festgestellt, ohne daß er geneigt wäre, aus diesem Ergebnis bindende Schlüsse über die wirklichen Vorgänge zu ziehen. Die Herstellung des Präparates, die anfangs in der Krankenhausapotheke erfolgte, stieß infolge der ungleichen Beschaffenheit des Gummiarabikums insofern auf Schwierigkeiten, als Verf. mehrere Male unangenehme Nebenerscheinungen beobachtete. Bayliss hat ähnliche Beobachtungen mitgeteilt und über die Beschaffenheit des zu verwendenden Gummis genauere Angaben gemacht. Verf. hat daher das Präparat von der Firma P. Beiersdorf & Co. in sterilen Ampullen nach einem besonderen Verfahren herstellen lassen. Die Firma gibt das Präparat unter dem Namen Mugotan ab. Seitdem beobachtet Verf., abgesehen von dem bei Kalziuminjektionen immer auftretenden leichten Hitzegefühl, das nach kurzer Zeit wieder verschwindet, keine Nebenerscheinungen mehr.

(D. m. W. 1921 Nr. 33.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Steinkamm: Die Strahlenbehandlung der Aktinomykose, zugleich einige Bemerkungen zur Strahlenbehandlung der Trichophytia profunda. Steinkamm beweist an der Hand von drei Fällen von Aktinomykose des Gesichtes, die der Behandlung mit Jodkali, Salvarsan und operativen Eingriffen getrotzt hatten und durch Röntgenstrahlen geheilt wurden, den Wert der Röntgenbehandlung bei diesen Fällen. Technik: 1 Erythemdosis durch 4 mm Aluminium. Wiederholung der Bestrahlung in Abständen von 3—4 Wochen. Alle Fälle von Trichophytie, sowohl die oberflächlichen wie die tiefen, wurden mit Röntgenbestrahlung behandelt: 1 Epilationsdosis durch 4 mm Aluminium. 3 Felder, je eines auf die Wangen, eins auf das Kinn. Bei der oberflächlichen Form der Trichophytie ist tatsächlich die Röntgenbestrahlung das einzige Mittel, welches in kurzer Zeit zu einem Erfolg führt. Dagegen ist bei tiefen Formen die Röntgenbehandlung überflüssig. In diesen Fällen findet eine Selbstimmunisierung des Körpers statt, durch die die Pilze in kurzer Zeit abgetötet werden. Wir erreichen daher mit Breiumschlägen dasselbe Resultat. Wenn Steinkamm bei diesen Bestrahlungen niemals länger dauernde Schädigungen gesehen hat, wenn auch in den meisten Fällen vorübergehende Schwellung der Schleimhaut des Mundes eintrat, so sei doch darauf hingewiesen, daß bei Bestrahlungen in obigen Dosen, falls sämtliche Felder an einem Tage verabfolgt werden,

ausnahmsweise einmal schwerere Schädigungen, wie monatelang andauerndes völliges Versiegen der Speichelsekretion mit seinen überaus quälenden Folgen eintreten kann. Es ist deshalb zu empfehlen, zwischen der Bestrahlung jeden Feldes einige Tage Pause zu machen, und ferner, zum Schutze der Mundschleimhaut Bleigummiplatten in die Backetaschen einzulegen.

(Strahlenther. 12 H. 2, D. m. W. 1921 Nr. 27.)

Ueber die Anwendung des Doramad bei der Behandlung von Hautkrankheiten. Von Prof. W. Scholtz und Dr. B. W. Fischer (Aus der Universitäts-Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Königsberg i. Pr.). Es ist eine Thorium-X-haltige Salbe und wird auch als alkoholische Pinselung in den Handel gebracht (Chemische Werke, vorm. Auergesellschaft in Berlin). Es entfaltet gute — der Röntgenbehandlung gleichkommende — therapeutische Wirkungen bei oberflächlichen, im Epithel und Papillarkörper sich abspielenden Krankheitszuständen der Haut, wie Psoriasis, squamösen und lichenoiden Ekzemen, Lichen ruber planus, zum Teil auch bei Gefäßnävi und Lupus erythematodes. Die Vorteile vor der Behandlung mit Röntgenstrahlen liegen dabei nicht nur in der bequemen und technisch einfachen Anwendungsweise, sondern auch in der offenbar viel geringeren Gefahr schädlicher Ueberdosierungen. Natürlich kommen für Doramadbehandlung aber nur kleinere Krankheitsherde in Frage. Unangenehm ist die bisweilen längere Zeit zurückbleibende Pigmentation der behandelten Herde. Die Technik der Behandlung gestaltet sich kurz folgendermaßen: Da das Thorium X sehr rasch zerfällt, verlieren die Doramadpräparate bereits nach wenigen Tagen ihre Wirksamkeit. Sie müssen infolgedessen gleich am Tage ihrer Ankunft und am darauffolgenden Tage zur Anwendung gelangen. Am 4. Tage nach der Herstellung ist die Wirkung schon erheblich geringer und beträgt nur noch etwa 60 % der Herstellungsaktivität. Zur Anwendung gelangt am besten das übliche, in 1 g Salbe oder 1 ccm Alkohol 1000 elektrostatische Einheiten enthaltende Präparat, und nur in besonders hartnäckigen Fällen (Gefäßnävi, Lupus erythematodes) wird man gelegentlich höher konzentrierte Präparate (3000 elektrostatische Einheiten im Kubikzentimeter) anwenden. Vor Auftragen des Doramads wird die Haut durch Abreiben mit Alkoholäther von Auflagerungen befreit und möglichst entfettet, da nach den Versuchen hierdurch das Eindringen des Doramads in die Epidermis und damit seine Tiefenwirkung etwas befördert wird. Die alkoholische Lösung pinselt man dann bei jeder Applikation etwa 5 mal hintereinander auf den Herd auf und bestreicht nach Eintrocknen mit Wisol; untern läßt man dies, so ist die Wirkung etwas geringer, sich

da den Versuchen zufolge ein Teil des Doramads nachträglich durch Abwischen und Abschuppen der Haut verloren geht. Bei Anwendung der Salbe umgrenzt man den Krankheitsherd am Rande mit Pflasterstreifen oder klebt eine dem Herd entsprechende Leukoplastschablone um den Herd auf, so daß man das Doramad etwa messerschneidendick auftragen kann und es nicht über die gesunde Haut wegzufließen vermag. Als Abschluß kommt darüber Billrothbatist und Schutzverband. Am nächsten evtl. auch noch am übernächsten Tage wird Doramad der gleichen Sendung nochmals in derselben Weise appliziert, und nach 5—8 Tagen folgt nochmals dieselbe Behandlung mit neuem Doramad. Ist 10—14 Tage nach Beginn der Behandlung die Heilwirkung noch ungenügend und dabei noch keine Reizung der Haut (Erythem) vorhanden, so kann nochmals Doramad in gleicher Weise angewandt werden. Bei hartnäckigen Affektionen, bei denen eine kräftigere Wirkung nötig ist und eine stärkere Hautreizung durch Doramad nichts schadet (Gefäßnävi, Lupus erythematodes), kann man nach den beiden ersten Doramadtagen gleich noch zwei weitere mit neuem Doramad folgen lassen und dies nach 8—10 Tagen nötigenfalls wiederholen.

(B. kl. W. 1921 Nr. 38.)

Hexursan, ein Antigonorrhöikum für internen Gebrauch.
Von Prof. Dr. R. Polland (Graz). Es wird aus den wirksamen Bestandteilen bewährter Mittel (Bärentrauben- und Bruchkrauttee, Salol, Urotopin) unter Hinzufügung eines Salizylates und Phosphorsäure hergestellt (Grazer Neutor-Apotheke). Verf. verordnete es (täglich 3—4 Eßlöffel oder 6—8 Kaffeelöffel in etwas Wasser nach dem Essen) besonders in frischen Fällen, namentlich bei reichlicher Sekretion. Ganz besonders hält Verf. das Mittel für geeignet bei Urethritis posterior und allen Graden der Mitbeteiligung der Blase, Tenesmus, Blut im Harn, Strangurie, Prostatitis, sowie vor allem solchen Zuständen, die eine Lokalbehandlung verbieten. Wirkungsvoll ist Hexursan auch bei den verschiedenen Reizzuständen der Blase beim weiblichen Geschlecht, gonorrhöischer oder anderer Natur, ebenso auch bei nichtgonorrhöischen Katarrhen der Harnwege. Ein Vorzug des Hexursans liegt vor allem darin, daß sich die Patienten das Kochen ersparen, was erfahrungsgemäß bei vielen Patienten, die meist dem Junggesellenstande angehören, auf Schwierigkeiten stößt; es kann daher das Mittel auch ohne Umstände auf Reisen usw. gebraucht werden. Weiter ist es nicht unangenehm zu nehmen und hat keinen ungünstigen Einfluß auf die Verdauung; es ist jedenfalls nie darüber geklagt worden. Die therapeutische Wirkung ist eine sekretionsbeschränkende, dann Verminderung des Brennens, des Tenesmus, Anregung der Urin-

sekretion, Vermehrung der Harnmenge. Der Harn zeigt eine neutrale oder schwach saure Reaktion; eine wichtige Rolle scheint der beträchtliche Zusatz von Phosphorsäure zu spielen, denn durch die dadurch bedingte saure Reaktion des Harnes kommt erst die Wirkung des ebenfalls reichlich beigefügten Hexamethylentetramins zur vollen Entfaltung. Eine Nierenreizung, wie sie bei den üblichen Balsamicis vorkommt, hat Verf. beim Hexursan nie beobachtet.
(M. Kl. 1921 Nr. 37.)

Zur Behandlung der spitzen Kondylome. Von Dr. B. Zelnik (Aus der Frauenabteilung der Krankenanstalt Rudolfstiftung in Wien). „Der Fall, über den ich zu berichten mir erlaube, betrifft eine 26jährige Frau, die am 17. Mai 1920 in unsere Behandlung kam. Sie war im 6. Monate gravid und bemerkte seit 4 Monaten einen immer stärker werdenden Ausfluß, zu dem sich im Mai „Wucherungen“ am äußeren Genitale gesellten. Die Untersuchung ergab am äußeren Genitale nur einige spitze Kondylome bei mäßigem schleimigen Ausfluß, wogegen die Portio vaginalis und das Scheidengewölbe so dicht mit Kondylomen besetzt waren, daß das Ganze wie ein apfelgroßer, blumenkohlartiger Tumor imponierte, an dem gar keine normale Schleimhaut zu sehen war. Trotz wiederholter Untersuchungen konnten keine Gonokokken gefunden werden. In bezug auf die Therapie mußten wir mit der bestehenden, schon vorgeschrittenen Gravidität als erschwerenden Faktor rechnen — erschwerend wegen des großen Blutreichtums des Genitales während der Schwangerschaft und besonders wegen der Gefahr der Herbeiführung eines Abortus bei operativem Vorgehen, den sowohl die Frau als auch wir zu vermeiden wünschten. Wir entschlossen uns daher zu einer konservativen Behandlungsart, die darin bestand, daß wir zuerst mit Pulvis frondum Sabinae, und als dies nach kurzer Zeit keine Besserung brachte, mit 10% Cholevalbolus (Merck) jeden dritten Tag das äußere Genitale, die Vagina und die Portio dick bestreuten. Nach vier Wochen konnten wir einen ganz außerordentlichen Erfolg feststellen. Die Kondylome waren bis auf einen kleinen Rasen im vorderen Scheidengewölbe ganz verschwunden, die Portio zeigte ihre normale Konfiguration und spiegelnde Oberfläche. Der letzte Rest verschwand nach einer weiteren zweiwöchentlichen Behandlung. Die Gravidität ging ungestört weiter. Dieser Erfolg mit der konservativen Therapie steht gewiß nicht vereinzelt da, und ich verdanke der mündlichen Mitteilung Prof. Kermauners die Kenntnis mehrerer Fälle, von denen einer innerhalb ganz weniger Tage unter Behandlung mit Frondes Sabinae trotz großer Ausdehnung zum Ausheilen kam.

Dennoch wird in den dermatologischen und auch gynäkologischen Hand- und Lehrbüchern das operative Verfahren als überlegen angegeben und allgemein das Abtragen mit dem scharfen Löffel mit nachheriger Blutstillung mittels Lapis oder Paquelin empfohlen. Diese Behandlungsart mag in vielen Fällen den Vorteil der schnelleren Wirkung haben, hat aber gewiß auch den Nachteil, daß sie oft tiefgreifende, verunstaltete Narben hinterläßt und eine längerdauernde Nachbehandlung erfordert. Insbesondere ist die operative Therapie bei Schwangeren aus den oben bereits erwähnten Gründen kontraindiziert, was wohl Scherber zur Empfehlung des Abbindens mit starken Seidenfäden veranlaßt haben dürfte. Auch bei dieser Methode ist die Nachbehandlung gewiß nicht von kurzer Dauer. Für die konservative Therapie bleiben die Aetzmittel, wie Resorzin, Arsen, Formalin usw., die alle den großen Nachteil der Schmerzhaftigkeit und wie bei der Chromsäure auch den der Gefährlichkeit haben, was ihrer Verwendungsfähigkeit natürlicherweise nur enge Grenzen zieht. Demgegenüber ist der von uns angewandte Cholevalbolus vollkommen ungefährlich und keinerlei Schmerzen verursachend. Es wird daher zur Nachprüfung an einem größeren Material empfohlen, was vielleicht zu einer Revision der bisher einstimmig vertretenen Meinung von der Ueberlegenheit der operativen Behandlung gegenüber der konservativen führen könnte.“

(Ther. Hbmbh. 1921 Nr. 13.)

d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Behandlung des fieberhaften Abortus. Von Prof. Dr. Rud. Th. v. Jaschke (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Gießen). Richtig ist auch nach Verf. Erfahrungen, daß die aktive Behandlung fieberhafter Aborte ganz allgemein und unabhängig von dem bakteriologischen Befund schlechtere Resultate ergibt, als eine abwartende oder dauernd konservative Behandlung. Das Wesentliche in der ganzen Behandlung des fieberhaften Abortus scheint Verf., die Ausräumung erst nach eingetretener Entfieberung vorzunehmen, ganz gleichgültig, welche Bakterien im Zervixsekret nachweisbar sind. Dabei ist zuzugeben, daß vorher nachgewiesene hämolytische Streptokokken nach dem Absinken der Temperatur oft gleichfalls verschwunden waren, ja wiederholt das Zervixsekret sich bei der neuerlichen Untersuchung als steril erwies. Bis zur Entfieberung werden nur große Dosen Secacornin und bei im Gang befindlichen Abortus außerdem Pituglandol gegeben. Verf. Standpunkt läßt sich auch in der allgemeinen Praxis leicht durchsetzen, um so mehr, als die Entfieberung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nach 2—3 Tagen erfolgt. Freilich möchte Verf. zur

Herabsetzung der puerperalen Morbidität raten, nach erfolgter Entfieberung noch 3—4 Tage mit der Ausräumung zu warten. Nicht so selten — falls es sich nur um zurückgebliebene Eihautreste handelt — hat innerhalb dieser Zeit die Blutung gänzlich aufgehört, und der Fall kann auch weiter rein konservativ behandelt werden. Bildet sich nachträglich doch eine Endometritis post abortum mit unregelmäßigen Blutungen heraus, so kann noch nach Wochen die gefahrlose Abrasio vorgenommen werden.

(Zbl. f. Gyn. 1921 Nr. 44.)

Ueber Transannon „Gehe“ gegen die Ausfallserscheinungen der Frauen schreibt San.-Rat Dr. Carl Abel, Frauenarzt in Berlin: „Durch Transannon sollen in der Hauptsache die nervösen Symptome beeinflusst werden. Und in der Tat: die Erfolge sind sehr gute und werden schneller wahrnehmbar als sonst mit den Eierstockpräparaten! Nach 8 bis 10 tägigem Gebrauche äußern sich zuweilen die Patienten schon befriedigt: daß die Schweißausbrüche seltener geworden, die Wallungen aufhören und daß sie nicht mehr so aufgeregter seien und auch ruhig schlafen. Im beginnenden Klimakterium und nach Oophorektomie war die Wirkung besonders auffallend. Nach derartigen Operationen lasse ich daher immer bald Transannon nehmen: 3 mal täglich 1 Bohne nach dem Essen 6—8 Wochen lang, dann Pause, bis die Beschwerden wieder einsetzen. Gewöhnlich hielt die Wirkung 2—3 Monate vor. — Merkwürdig war auch, daß in einigen Fällen von klimakterischer Arthritis nach Tr. die Schmerzen vergingen und die Schwellungen sich verringerten, was mit spezifischen Mitteln nicht erreicht worden war. Wahrscheinlich tritt dabei eine Wandlung des Mineralstoffwechsels ein. Das Mittel enthält Kalzium 10%, Magnesium 1%, Calc. ichthyolic. 3%, Extr. Aloes 2,5%, Ol. Salviae 0,3%. Dem Kalzium kommt demnach die Hauptwirkung zu. Es hat die Aufgabe, die in diesem Zustande schwer gestörte Harmonie zwischen Sympathikus und Vagus wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Die gute Wirkung scheint diese Theorie zu bestätigen. Nach meinen Erfahrungen ist daher ein Versuch mit dem Transannon bei allen Ausfallserscheinungen zu empfehlen.“

(M. m. W. 1921 Nr. 34.)

e) Ohrenkrankheiten.

Kein Karbolparaffin statt Karbolglyzerin! Von Prof. Boenninghaus (Breslau). Ein 10 jähriger Knabe, welcher bisher niemals am Ohre gelitten hatte, bekam wegen Ohrenstechens von einem Arzte Ac. carbol. liquef. 1,0, Paraffinum liquid. ad 10,0 als Ohrentropfen verordnet. Die Folgen für das Ohr waren furcht-

bar: das halbe Trommelfell wurde durch die Karbolsäure zerstört, Gehörgang und Ohrmuschel stark verätzt. Karbolsäure löst sich nämlich nicht in Paraffinöl, sie sinkt in ihm vielmehr ungelöst zu Boden. Benutzt man nun außerdem, wie es im vorliegenden Falle geschah, ein Tropfglas, so begibt sich beim Umkippen des Glases die reine Karbolsäure momentan in den Ausguß und entleert sich zunächst allein. Der junge Arzt aber hatte Karbolparaffin statt Karbolglyzerin verordnet, weil im Feldlazarett streng darauf geachtet wurde, das knappe Glyzerin durch Paraffinöl nach Möglichkeit zu ersetzen. Das aber ist bei vorliegender Verordnung eben nicht möglich. Dies zur Warnung!

(D. m. W. 1921 Nr. 49.)

Fr. Becker: **Opsonogenbehandlung der Gehörgangsfurunkulose.** Bericht über Behandlung von 48 Fällen von Gehörgangs- und 2 von Nasenfurunkeln durch subkutane Opsonogeninjektionen unter die Rückenhaut. Bei 25% der Fälle hatte die Behandlung keinen Erfolg; bei den anderen Fällen — darunter 10, die schon nach den üblichen Methoden vorbehandelt waren, und 1 Fall kompliziert durch Diabetes — kam es zur Heilung, bei kleineren Furunkeln oft schon nach einer Einspritzung, bei hartnäckigeren 6 Fällen nach 2—4, meist erst nach 8. — In 12 Fällen trat nach der Einspritzung Temperatursteigerung auf, meist bis 38,6, in Fällen heftige Kopfschmerzen. Verf. betrachtet auf Grund dieser Erfahrungen die Opsonogenbehandlung der Gehörgangsfurunkulose als einen wesentlichen Fortschritt. Nach dem Mitgeteilten erscheint ein Versuch mit dieser Behandlungsmethode bei hartnäckigen Fällen gerechtfertigt, bei den gewöhnlichen Fällen wird man die alte, einfachere Behandlung beibehalten.

(Arch. f. Ohrhkd. 107 H. 3/4.)

Prophylaxe der Mastoiditis im Kindesalter. Von Dr. F. Rohr (Aus dem Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus Berlin). Beobachtungen an dem großen Säuglingsmaterial des Waisenhauses und Kinderasyls der Stadt Berlin hatten die Frage nahegelegt, ob nicht für das Auftreten von Komplikationen der Otitis media, insbesondere von Warzenfortsatzerkrankungen, zu einem Teile die übliche aktive Art der Versorgung des eiternden Mittelohrs verantwortlich gemacht werden könnte. Neben der Möglichkeit kleiner Verletzungen bei dem Austupfen, der Verschleppung von Eiter bei dem Ausspritzen schien namentlich die Gazedrainage verdächtig, die unter Umständen eher abfluhemmend als abfluhfördernd wirken könnte. Aus diesem Grunde war seit Jahren in den genannten Anstalten die Parole äußerster Zu-

rückhaltung ausgegeben worden. Schon die Otoskopie wurde auf ein Mindestmaß beschränkt, Drainage, Austupfen und Spülungen unterlassen, statt dessen nur täglich mehrmalige Einträufelungen, namentlich von Wasserstoffsperoxyd, vorgenommen. Der Erfolg schien der Vermutung recht zu geben: 9 Mastoïtiden in den 4 Jahren vor Einführung des zurückhaltenden Verfahrens standen in der gleichen Zeit nachher nur 2 gegenüber. In den letzten 3 Jahren bot sich im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus Gelegenheit, in gleicher Weise auch bei älteren Kindern, insbesondere auch bei solchen mit Infektionskrankheiten, vorzugehen. Ueber das Ergebnis der Vergleiche mit den Verhältnissen der vorhergehenden 3 Jahre, in denen die Versorgung der Otitiden eine aktive war, wird berichtet werden. Was die operierten Mastoïditiden nach Masern anlangt, ist in den letzten Jahren kein Fall einer im Krankenhaus entstandenen Masernotitis operativ angegriffen worden. Von den zur Operation gekommenen Mastoïditisfällen nach Scharlach ist ebenfalls in den letzten 3 Jahren keiner im Krankenhaus entstanden. Wir stehen also vor der recht bemerkenswerten Tatsache, daß unter sämtlichen zur Operation gekommenen Mastoïditisfällen sich keiner befindet, der unter der im Kinderkrankenhaus seit 3 Jahren üblichen Zurückhaltung in der Behandlung der kindlichen Ohreiterung sich entwickelt hat. Es liegt Verf. fern, das Ergebnis zu verallgemeinern, und er hält es auch für nicht ausgeschlossen, daß bei Epidemien von schwererem Charakter weniger günstige Zahlen gewonnen werden. Namentlich ist es auch ausgeschlossen, daß die in schweren Fällen auftretenden Frühmastoïditiden durch die Behandlungsart der Otitis perforativa beeinflußt werden könnten. Unbeschadet dessen hat Verf. die volle Uebereinstimmung dieser neuen Erfahrungen mit den in früheren Jahren an ohrenkranken Säuglingen gewonnenen in dem Grundsatz bestärkt, bei der Versorgung der Otitis media purulenta von jeder aktiven Behandlung abzusehen, weil sie im Gegensatz zu der geübten Zurückhaltung verdächtig ist, das Entstehen von Spätkomplikaionen am Knochen zu begünstigen. Verf. ist überzeugt, durch diese Zurückhaltung nicht nur nichts zu versäumen, sondern im Gegenteil in erheblichem Umfang prophylaktisch zu wirken. Ausdrücklich sei hinzugefügt, daß die Notwendigkeit einer frühzeitigen Parazentese bei klarer Indikation anerkannt wird. (B. kl. W. 1921 Nr. 37.)

Verschiedenes.

Vorkastner: Die forensische und therapeutische Bedeutung der Hypnose. Die Hypnose ist ein eigenartiger, aber nur oberflächlich veränderter Seelenzustand, der unter Zuhilfenahme gewisser

Vorschlaferscheinungen suggestiv erzeugt wird und in welchem die Versuchsperson dem Hypnotiseur gegenüber besonders suggestionsempfindlich ist, nicht in letzter Linie deshalb, weil sie glaubt, durch die Macht des Hypnotiseurs in den Zustand versetzt zu sein und unter seiner Macht zu stehen. Der Realität mancher grotesker Versuche von Schauhypnotisuren ist mit großer Skepsis zu begegnen. Auch sonst ist mit bewußten Schauspielereien oder Gefälligkeiten zu rechnen, das erste besonders bei berufsmäßigen Medien. Kriminelle Suggestionen, hypnotische oder posthypnotische, gelingen nur, soweit deutlich der Anschein der Ungefährlichkeit oder Unwirklichkeit besteht. Auch der Fall Mia Osten ist kein Gegenbeweis. Die Gefahr der Verleitung zu einem Verbrechen durch die Hypnose ist äußerst gering. Häufiger vorkommend sind dagegen verbrecherische Handlungen an Hypnotisierten. Es handelt sich so gut wie ausschließlich um Sittlichkeitsdelikte. In der heutigen Gesetzgebung klafft insofern eine Lücke, als unzüchtige Handlungen an hypnotisierten Erwachsenen straflos vorgenommen werden können, soweit nicht die Hypnose bereits mit der entsprechenden Absicht eingeleitet worden ist. In letzterem Falle fällt die Hypnose juristisch unter den Begriff der Gewalt. Die Hypnose in Laienhänden kann viel Unheil stiften. Beispiel Fall Czynski und andere. Gesundheitsschädigungen schließen sich häufig an hypnotische Schaustellungen an, während sie bei ärztlicher Hypnose selten sind und bei geeignetem Vorgehen vermieden werden können. Forderung des gesetzlichen Verbots von Laienhypnosen. Therapeutisch kommt die Hypnose in Betracht bei hysterischen Störungen, soweit diese nicht durch Wunschvorstellungen unterhalten werden, und gewissen neurotischen Störungen, bei denen das Moment der ängstlichen Erwartung des Eintritts der Störung eine Rolle spielt. Ungeeignet ist die Hypnose bei neurasthenischem Komplex mit diffusen Beschwerden. Schlechte Aussichten bieten auch Zwangsvorstellungskranke und im allgemeinen die Homosexualität. Die Vornahme chirurgischer Eingriffe in der Hypnose beschränkt sich auf kleine, kurz dauernde Eingriffe.

(Greifswald, Medizinischer Verein, 22. 7. 1921.)

Klinger: Prophylaxe des endemischen Kropfes. Bei der Untersuchung der Schulkinder in 7 Schulen des Kantons Zürich wurde bei insgesamt 760 vorgeführten Kindern in 90% eine Vergrößerung der Schilddrüse festgestellt. Nach 15 Monate langer Behandlung mit wöchentlichen Gaben von 10—30 mg Jod in Form von Jodosterin zeigten nur noch 28,3% die Schilddrüsenvergrößerung. Ähnliche Erfolge wurden nach Verabreichung von Jodnatrium erzielt (60 mg Jod auf 6 Monate verteilt); bei Beginn der Behandlung

hatten 90 % der Kinder eine vergrößerte Schilddrüse, nach 6 Monaten nur noch 41 %, ein Beweis dafür, daß relativ kleine Jodmengen schon eine spezifische Wirkung auf die Thyreoidea ausüben. Basedow-ähnliche Erscheinungen oder Jodismus wurden auch nach größeren Jodgaben (3—5 mg wöchentlich) nicht beobachtet. — Zur Prophylaxe des endemischen Kropfes wird deshalb vorgeschlagen, daß in den bedrohten Gegenden eine systematische Jodbehandlung aller Schulkinder eingeführt wird, die aus ein- oder zweimaligen wöchentlichen Gaben von 3—5 mg Jod besteht, 4 Wochen lang durchgeführt und in jedem Frühjahr und Herbst wiederholt wird. Aehnliche Erfolge berichtete Neißer (Stettin) schon früher bei vergrößerter Schilddrüse, so daß man dieses Vorgehen weiter prüfen sollte.

(Schweiz. med. Wschr. 1921 Nr. 12.)

Neue Bücher.

E. Graetzer. Diagnostische Winke für die tägliche Praxis. 2. Auflage. Berlin, S. Karger. Das Buch ist bereits in der Hand Tausender von Ärzten. Kürzlich schrieb Kerschensteiner in der M. m. W. über das Werkchen: „Die Krankheiten sind alphabetisch aufgeführt; zuerst ist in kurzen Worten der typische Verlauf geschildert, dann sind, und darauf liegt das Schwergewicht, die atypischen Symptome und Verlaufsformen kurz zusammengefaßt. Nachdem schon nach 4 Jahren eine zweite Auflage nötig geworden ist, scheint Anlage und Darstellungsart den Bedürfnissen des praktischen Arztes gut zu entsprechen.“

Reichs-Medizinalkalender. Herausgegeben von Geh. San.-R. Prof. Dr. Schwalbe. Leipzig, G. Thieme. Auch der Jahrgang 1922, der 43. dieses allbeliebten Kalenders, dessen Vorzüge hier oft genug hervorgehoben worden sind, hat sowohl in seinem Hauptteil als auch in dem umfangreichen Beiheft Verbesserungen und Ergänzungen erfahren, so daß der Inhalt auf der Höhe steht. Sicher werden zu den alten Abnehmern viele neue hinzukommen, die sich selbst davon überzeugen werden, daß dieser Kalender ihnen die besten Dienste leisten wird.

F. Lenz. Menschliche Auslese und Rassenhygiene. München, J. F. Lehmann. Preis: M. 38.—. Dieser II. Band des „Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene“ mit seinen drei Abschnitten: „Die Auslese beim Menschen“, „Praktische Rassenhygiene“, „Private Rassenhygiene“ behandelt das aktuelle, hochwichtige Thema in mustergültiger Weise, so daß das Buch allen Kollegen warm empfohlen werden kann.

E. Brezina. Internationale Übersicht über Gewerbekrankheiten. Berlin, J. Springer. Preis: M. 66.—. Ein äußerst inhaltsreiches und lehrreiches Werk, das den Stoff aus den Berichten der Gewerbeinspektoren der Kulturländer über die Jahre 1914—18 bearbeitet. Über Blei, Quecksilber, Arsen, Kohlenoxyd, Benzin und viele andere Stoffe findet man aus den verschiedenen Ländern Berichte, Milzbrand, Staub, ungeeignete Arbeitsräume, Haut- und Augenerkrankungen, Wirkungen des elektrischen Stroms und zahlreiche andere Themen sind kurz und klar besprochen.

C. Breul. Tuberkulose im Mittelstand. Leipzig, J. A. Barth. Preis: M. 20.—. Das Buch, Nr. 6 der „Tuberkulose-Bibliothek“, behandelt ein Gebiet, das wohl heute mit das aktuellste und wichtigste ist. Der Verfasser hat es verstanden, sein Thema so zu bearbeiten, daß auch der beschäftigte Praktiker das kurze, aber inhaltreiche Buch studieren kann. Er wird es mit großem Nutzen tun, zumal auch Vorschläge zu einer Erweiterung der Bekämpfungsmaßnahmen gemacht werden, die volle Beachtung verdienen.

Dornblüth-Bachem. Arzneimittel der heutigen Medizin. Leipzig, C. Kabitzsch. Preis: M. 48.—. Die 13. Auflage! Das sagt genug, zumal wenn man weiß, daß die vorhergehende erst 1919 erschienen war. Daß diese Beliebtheit und Verbreitung wohl verdient sind, wird jeder neue Käufer sehr bald erkennen. Ein zuverlässigeres, handlicheres und besser orientierendes Nachschlagebuch läßt sich kaum denken. Es sei allen, die es noch nicht besitzen, warm empfohlen.

Breitensteins Repetitorien. Leipzig, Joh. Ambr. Barth. Welcher Beliebtheit sich diese kleinen Vademeka erfreuen, zeigt die Tatsache, daß immer neue Auflagen nötig werden. So liegen jetzt in 3. Auflage vor das Repetitorium für Zahnheilkunde von Dr. Greve (Preis: M. 9.—) und das Repetitorium für Ohrenheilkunde (Preis: M. 7.80). Beide, vollständig umgearbeitet und dem heutigen Stand der Wissenschaft angepaßt, werden Examinanden und jungen Praktikern wertvolle Dienste leisten.

W. S. Flatau. Weibliche Gesundheitspflege. Leipzig, C. Kabitzsch. (Preis: M. 23.—.) Jedes Buch, das heute in populärer Form über Gesundheitspflege orientiert, ist ein Baustein für die Erstarkung unseres Volkes. Und besonders die Gesundheitspflege bei unseren Frauen sollte uns Ärzten am Herzen liegen, und wir

sollten das vorliegende Buch allen Klientinnen dringend empfehlen. Das vortreffliche Werkchen ist in 4. Auflage erschienen, mit reichlich vermehrtem und verbessertem Inhalt. So sind neu hinzugekommen die Abschnitte über Gesundheitspflege in der Ehe, während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. 28 Abbildungen ergänzen den Text aufs beste.

Außerdem gingen der Redaktion zu (Besprechung vorbehalten):

A. v. Borosini. Verjüngungskunst von Zarathustra bis Steinach. Dresden, E. Pahl. Preis: Mk. 6.—.

A. v. Borosini. Geschlechtsvorausbestimmung. Ebenda. Preis: Mk. 4.—.

L. Rabinowitsch. Tuberkulose-Bibliothek. Leipzig, J. A. Barth. Nr. 2: Die Lungentuberkulose im Röntgenbilde, von Dr. M. Cohn. Preis: Mk. 12.—. Nr. 4: Die Röntgenstrahlen im Kampfe gegen die Tuberkulose, von Dr. M. Fraenkel. Preis: Mk. 6.—. Nr. 5: Die Heilbedingungen für die Tuberkulose im Hochgebirgsklima, von Dr. B. K. Voigt. Preis: Mk. 15.—.

Lentz und Lockemann. Desinfektion. Monatsschrift. Berlin, Deutsche Verlagsgesellschaft für Politik und Geschichte. Jahrespreis: Mk. 60.—.

S. Jessner. Dermatologische Vorträge. Heft 7: Ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. 5. verbesserte Auflage. Leipzig, C. Kabitzsch. Preis: Mk. 8.—.

Chr. Greve. Repetitorium der Zahnheilkunde. 3. Auflage. Breitensteins Repetitorien. Leipzig, J. A. Barth. Preis: Mk. 9.—.

Meyenberg. Wesen und Heilung der Gonorrhoe. Berlin, Verlag für Heilkunde. Preis: Mk. 15.—.

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.12.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

31. Jahrgang

Nr. 6.

März 1922

Aetiologisches.

Eine professionelle muskuläre Trapeziuslähmung. Von Dr. Willy Schmitt (Aus der Nervenabteilung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Leipzig). Bei einer 21 jährigen Schneiderin treten nach 1 $\frac{1}{2}$ Jahre dauernder Schneiderei mit Nadel und Schere in die rechte Schulter ausstrahlende Schmerzen in der rechten Hand auf mit zunehmender Schwäche im ganzen rechten Arm. Zur Aufgabe der Arbeit gezwungen, wird sie von dem von ihr konsultierten Arzt mit der Diagnose einer Exostose am oberen inneren Rand der rechten Skapula hierher geschickt. Befund: Kleine, anämische Person mit äußerst zierlichem, asthenischem Körperbau. Innere Organe o. B. Lebhaftes Dermographie und leicht erregbare Psyche mit gesteigerter motorischer Unruhe im Verlauf der Untersuchung. Die rechte Schulter hängt herab, das entsprechende Schultergelenk ist nach vorn gesenkt, die ganze Schulter erscheint verbreitert. Auffällige Verbreiterung und Vertiefung der rechten Mohrenheimschen Grube. Die gleichseitige Skapula bietet das typische Bild einer Trapeziuslähmung: Lateraldislozierung und gleichzeitiger Tiefstand derselben mit Drehung um die Sagittale, so daß der Angul. super. med. lateralwärts und nach oben verschoben ist und so dem konsultierten Arzte im Bereich der Hals-schulterlinie eine Exostose der Skapula vorgetäuscht hat. Der Ang. inf. scap. steht etwas vom Rumpfe ab. Infolge dieser Lageveränderung bietet die Skapula das charakteristische Bild der Duchenneschen Schaukelstellung. Bei der durch die Trapeziuslähmung bedingten erschweren aktiven lateralen Erhebung des Armes ist im Augenblicke der physiologischen Drehung des Ang. inf. scap. nach oben außen infolge der Wirkung des M. serratus anterior die Beobachtung von besonderem Interesse, daß die Skapula, kurz bevor sie diesem Zuge folgt, einen deutlich sichtbaren Rück

nach unten außen erleidet mangels der von oben und medial her erfolgenden Fixierung durch den Trapezius. Elektrodiagnostische Prüfung: Normale Erregbarkeit des zugehörigen M. accessorius, quantitative Herabsetzung der galvanischen Erregbarkeit der klavikulären und akromialen Portion des Trapezius um 1 Milliamp. Alle Zuckungen erfolgen blitzartig, nirgends partielle oder komplette EaR. Alle übrigen Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten sind intakt, die Umfangmasse beider Arme entsprechen einander. Sensibilität überall intakt. Im Röntgenbild des Halses und der Brust normale Verhältnisse mit Ausnahme der Schaukelstellung der Skapula. Wassermann in Serum und Liquor negativ, letzterer bietet bezüglich Globulinreaktionen und Zytose normale Beschaffenheit. Therapie und Verlauf: Unterlassung des Schneiderns, Anwendung von Galvanofaradisierung, roborierende Bäder, vorsichtige Massage. Trotz neunmonatlicher therapeutischer Bemühungen keine Aenderung im Zustand des Muskels. Das Auffälligste bildete hierbei stets die Stabilität der elektrodiagnostischen Reaktionen von Muskel und Nerv. — Bei allgemeiner Uebersicht der für die Trapeziuslähmung in Frage kommenden Ursachen ist bei fehlender EaR. in Nerv und Muskel in Uebereinstimmung mit dem normalen Befund von Sensibilität, Liquor und Serum eine das periphere oder das zentrale Nervensystem betreffende Noxe auszuschließen. Eine atypisch in den Brustmuskeln beginnende spinale Muskelatrophie müßte bei dem bald zweijährigen Anhalten der Lähmung ihren progressiven Charakter, EaR. oder fibrilläres Muskelzittern erkennen lassen. Mit Notwendigkeit ist daher die Schädigung im Muskel selbst zu suchen. Für die vielleicht in Frage kommende juvenile Form (Erb) der Muskeldystrophie gilt bezüglich der Progression das soeben bei der spinalen Muskelatrophie Gesagte, dazu fehlen alle hereditär-anamnestischen Hinweise seitens der intelligenten Patientin. Ein unmittelbar den Muskel treffendes äußeres Trauma liegt nicht vor. So bleibt nur eine Schädigung des Muskels durch die zahllosen täglichen Erhebungen des rechten Armes beim Führen der Nähnaedel im Berufe übrig. Beschäftigungs paresen entstehen nicht immer durch unmittelbaren Druck oder Stoß auf den erkrankten Muskel bzw. die in ihm liegenden Nervenendigungen, sondern bisweilen an einem von der unmittelbaren Einwirkung des Insultes nicht betroffenen Muskel. Claude-Decamps berichtet eine professionelle Serratuslähmung bei Zuschneidern, Oppenheim eine Trizepslähmung bei einem Weber, der den Arm ca. 20000 mal täglich streckte, und eine kombinierte Lähmung des M. deltoideus, supra- und infraspinatus bei einem Bahnarbeiter, der die Signalhebelstange niederzudrücken hatte. In diese Klasse der professionellen Paresen ist der vorliegende Fall ein-

zureihen. Seine Prognose ist quoad sanationem unter Berücksichtigung der langen Dauer und der therapeutisch fast völligen Erfolglosigkeit als zweifelhaft zu bezeichnen. Zum Schluß sei nochmals auf die Verbreiterung und Vertiefung der Mohrenheim'schen Grube hingewiesen, die auch bei anderen Trapeziuslähmungen immer so augenfällig erschien, daß sie die Diagnose erleichtern half. Die Verbreiterung der Grube erklärt sich durch das Tieferhängen der Schulter und der daraus sich ergebenden Lageveränderung zwischen den *Mm. pectoralis major* und *deltoideus*. Sowohl beim seitlichen als auch Nach-vorn-Erheben des Armes erschien die Verbreiterung und Vertiefung der Grube am deutlichsten.
(M. m. W. 1921 Nr. 49.)

Diagnostisches.

Die Diagnose des Panaritiums. Von A. Krecke in München.
„Die richtige Behandlung eines Panaritiums fußt in erster Linie auf einer frühzeitigen Erkennung des Eitersitzes. Um eine solche Diagnose mit Sicherheit vornehmen zu können, muß man sich folgende anatomischen Verhältnisse stets ins Gedächtnis rufen:

1. Das Unterhautzellgewebe an der Beugeseite der Finger und in der Hohlhand bildet keine lockeren, der Haut parallelen Gewebzüge, sondern straffe Fasern, die nahezu durchweg senkrecht von der Oberfläche in die Tiefe laufen. Ein Eiterherd wird sich darum nie in die Breite, sondern fast immer nur in die Tiefe, d. h. nach dem Knochen, nach dem Gelenk oder nach der Sehnnenscheidē zu ausdehnen.

2. Die Sehnnenscheiden an der Beugeseite des zweiten, dritten und vierten Fingers reichen von dem Endglied bis zur Grenze zwischen dem mittleren und dem Enddrittel der Mittelhandknochen. Die Sehnnenscheiden des ersten und fünften Fingers dagegen hängen mit dem großen Schleimbeutel auf der Beugeseite des Handgelenkes zusammen. An den Spitzen der Finger und auf der Rückseite der Finger gibt es keine Sehnnenscheiden. Infolge der genannten Verhältnisse am ersten und fünften Finger greifen die Sehnnenscheideneiterungen dieser beiden Finger sehr leicht auf das Handgelenk und den Vorderarm über. Bei der Diagnose des Panaritiums gewöhne man sich an eine methodische Betrachtung und Betastung der kranken Teile und befolge dabei folgende Regeln:

1. Man vergleiche stets die kranke Seite mit der gesunden Seite. Ein beginnendes Panaritium subcutaneum macht auf Grund der genannten anatomischen Verhältnisse (senkrechte Anordnung der Fasern) im Anfang oft nur eine unbedeutende Anschwellung.

Nur der Vergleich der kranken mit der gesunden Seite zeigt dem Arzte, wo die Vorbuchtung vorhanden, wo mit Wahrscheinlichkeit der Eiter zu finden ist.

2. Ebenso zeigt sich die beginnende Sehnenscheidenschwellung im Anfang oft nur dann deutlich, wenn man den kranken Finger mit dem gleichen Finger der gesunden Seite vergleicht. Man wird dann genau erkennen, wie die Beugeseite des Fingers genau bis zur Grenze der Sehnenscheide geschwollen ist, und wie die Schwellung an der Grenze von mittlerem und Enddrittel der Mittelhand scharf absetzt.

3. Man betrachte das kranke Glied stets von allen Seiten. Es ist eine alte Regel der Chirurgie, daß Knochenerkrankungen immer dann anzunehmen sind, wenn eine allseitige Schwellung eines Gliedes vorliegt, und daß bei einseitiger Schwellung in der Regel eine Weichteilerkrankung vorhanden ist. Ist ein Fingerglied allseitig unförmig geschwollen, so kann man mit großer Wahrscheinlichkeit eine Knochen- oder Gelenkerkrankung diagnostizieren.

4. Eine richtige entzündliche Rötung der kranken Fingerteile ist im Anfang oft nicht vorhanden. Auch diese Erscheinung folgt aus der eigentümlichen anatomischen Anordnung der Bindegewebsfasern.

5. In der Regel gelingt es mit der Betrachtung (Inspektion) allein, die Diagnose eines Panaritiums und der Art desselben zu stellen. Bei unbeschriebener buckliger Vorbuchtung ist ein Panaritium subcutaneum wahrscheinlich, bei allseitiger Schwellung eines Fingergliedes ein Panaritium ossale oder articulare und bei einer der Sehnenscheide entsprechenden Schwellung ein Panaritium tendinosum. Man hüte sich, die bei jedem Panaritium auf der Rückseite des Fingers auftretende, teigige ödematöse Schwellung für den Ausdruck von Eiterbildung zu halten. Der Eiter sitzt fast immer auf der Beugeseite.

6. Wer mit der Betrachtung allein nicht auszukommen glaubt, schreite zur Betastung. Diese Betastung soll aber nicht grob in der Weise ausgeübt werden, daß man ohne bestimmten Plan an den Fingern herumdrückt, sondern muß mit der größten Schonung in folgender Weise vorgenommen werden: Man setze den Kranken auf einen Stuhl und setze sich ihm gegenüber. Nachdem man die Stelle der größten Vorbuchtung festgestellt hat, nimmt man eine mittlere Sonde und drückt dieselbe etwas entfernt von dieser Vorbuchtung auf die Haut auf. Der Kranke wird in der Regel dann keinen Schmerz angeben. Je näher man aber mit der Sonde dem Eiterherd kommt, um so bestimmter wird der Kranke in seiner Schmerzangabe werden. Auf diese Weise kann man genau,

ohne dem Kranken besonders weh zu tun, den Sitz des Eiters feststellen. Hat man einen ganz umschriebenen Schmerzpunkt festgestellt, so kann man mit Bestimmtheit ein subkutanes Panaritium annehmen. Ist der ganze Umfang eines Fingergliedes in einer ringförmigen Zone bei der Betastung empfindlich, so kann man ein Knochen- oder Gelenkpanaritium annehmen. Entspricht die druckempfindliche Zone dem Verlauf der Sehnenscheide, so ist ein Sehnenscheidenpanaritium wahrscheinlich.

7. Das sogenannte Panaritium subunguale ist die mittelste Form der Fingerentzündung und wird oft mit dem Panaritium subcutaneum verwechselt. Auch hier genügt in der Regel die genaue Betrachtung, um zu erkennen, daß der Nagelfalz entweder auf einer Seite oder auf allen Seiten des Nagels geschwollen und etwas gerötet ist. Ein Sondendruck auf die entsprechende Stelle des Nagels läßt fast immer den Sitz des Eiters erkennen. Man hüte sich vor allen Dingen, das Nagelpanaritium mit dem subkutanen Panaritium zu verwechseln. Eine solche Verwechslung hat schon oft zu einer Inzision an falscher Stelle geführt.“

(M. m. W. 1921 Nr. 49.)

Zur Beseitigung der durch die Palpation des Abdomens ausgelösten Bauchdeckenkontraktion. Von Prof. Dr. G. Kelling, Dresden. „Nun hat neuerdings Hirsch in d. Wschr. 1921 Nr. 36 S. 1157 als Mittel zur Erschlaffung der Bauchdecken empfohlen, dem Patienten eine Röhre ins Rektum einzuführen und ihn aufzufordern, den Afterschließmuskel kräftig zu kontrahieren, wodurch eine reflektorische Erschlaffung der Bauchdecken erfolgen soll. In der Praxis elegans ist das Verfahren nicht gut anwendbar; es hat auch noch einen wesentlicheren Nachteil, es behindert eine ruhige und zwanglose Atmung. Doch enthält es einen richtigen Gedanken, nämlich den, eine durch die Palpation ausgelöste Kontraktion der Bauchmuskeln durch eine reflektorisch ausgelöste Erschlaffung zu beseitigen. Dies gibt mir Veranlassung, einen kleinen Kunstgriff zu beschreiben, den ich häufig mit Erfolg angewendet habe. In der Zschr. f. Biol. 44, S. 181 hatte ich nachgewiesen, daß bei Füllung des Magens durch Nahrungsaufnahme ein reflektorisches Nachlassen der Spannung der Bauchwand stattfindet. Später hat Bruns die Nervenbahnen gefunden, in welchen dieser Reflexvorgang verläuft. Er geht von der Mageninnenwand durch den Plexus gastricus, das Ganglion seminulare, auf Splanchnikusbahnen zum Grenzstrang und von da zum Rückenmark. Diesen Reflex kann man benutzen zur Erschlaffung der Bauchwand bei der Palpation. Ich lasse den Patienten zwanglose Rückenlage einnehmen und lasse ihm durch eine Schwester aus einer Schnabel-

tasse Schluck für Schluck zu trinken geben. Der Patient kann unter Umständen auch selbst trinken; wichtig dabei ist nur, daß der Kopf aufgelegt bleibt, daß der Patient schluckweise trinkt und so lange hintereinander, als es geht, ohne Luft holen zu müssen. Das Trinken lenkt die Aufmerksamkeit von der Untersuchung ab, da Patient sich sonst verschluckt. Der Schluckreflex hebt das Atembedürfnis eine Zeitlang auf, und es erfolgt hinterher die Atmung unwillkürlich und tief, was eine starke Kontraktion der Bauchwand nicht zuläßt. Der Mund muß dabei offen bleiben. Wenn man die Zeit gut ausnützt, so kann man in nicht wenig Fällen günstige Palpationsergebnisse erzielen. Man kann auch Seitenlage einnehmen lassen. Es genügt ja oft ein einmal sicher erhobener Befund für die Diagnose. Etwas störend ist, daß mit der Erschlaffung der Bauchwand der Rippenbogen etwas gewölbt wird und das Zwerchfell höher steigt. Mit der tiefen Atmung gleicht sich das dann später aus. Reflektorische Kontraktionen der Bauchmuskeln, welche durch entzündliche, peritonitische Prozesse hervorgerufen werden — seien sie lokaler oder allgemeiner Art —, verschwinden bei diesem Verfahren nicht.“ (M. m. W. 1921 Nr. 49.)

Kasuistisches.

Tödlicher Tetanus nach einer sieben Jahre zurückliegenden Verwundung. Von Dr. H. F. Brunzel (Aus der chirurg. Abteilung des Kreiskrankenhauses Salzwedel). Die ruhende Infektion ist, vom Frieden her schon den Chirurgen bekannt, durch die Kriegsliteratur wohl allen Aerzten unvergeßlich eingepägt worden. Im allgemeinen denkt man dabei aber nur an die gewöhnlichen Erreger der Entzündung. Böse Erfahrungen veranlaßten dann die Sanitätsämter, darauf hinzuweisen, daß auch lange Zeit nach einer Verwundung durch Nachoperationen Tetanuskeime wieder mobilisiert werden könnten und daß auch die allgemein durchgeführte prophylaktische Schutzimpfung gleich nach der Verwundung dagegen nicht schütze, da ja nach biologischen Gesetzen die Impfung nur kürzere Zeit wirksam sein könnte. Es wurde angeordnet, daß vor jeder Nachoperation bei Kriegsverletzten, wenn auch nur die entfernte Möglichkeit einer primären Tetanusinfektion bestand, von neuem Tetanusantitoxin gegeben werden sollte. Verf. muß leider gestehen, daß er in den letzten Jahren diese Verordnung — glücklicherweise ohne Schaden anzurichten — nicht mehr beachtet hat, und vielen anderen Chirurgen wird es ebenso gegangen sein. Der nachfolgende Fall soll zeigen, daß man auch bei kleinen Gefälligkeitsoperationen bei im Kriege Verletzten nicht vorsichtig genug sein kann. Rein kasuistisch ist der Fall noch insofern bemerkenswert,

als er erst 7 Jahre nach der Verletzung, die glatt verheilt war, durch eine anscheinend überflüssige »Gefälligkeitsoperation« veranlaßt, an den Folgen der primären Tetanusinfektion tödlich erkrankte. Pat. 1915 durch Granatsplitter am rechten Oberschenkel leicht verwundet. Glatte Heilung. Etwa 8 Tage vor der Aufnahme ins Krankenhaus soll eine »entzündliche Schwellung« am Oberschenkel aufgetreten sein, die dann vom Hausarzt in örtlicher Betäubung gespalten und wieder vernäht wurde. Zugleich wurde ein kleiner Granatsplitter etwas medial davon herausgenommen, der dicht unter der Haut lag. Wegen eines Hämatoms wurde vom Arzt die eine Wunde wieder eröffnet. Der Pat. hatte aber schon Schmerzen im Kreuz und Nacken und konnte den Mund nicht öffnen. Bei der Aufnahme am 30. Juni 1921 abends zeigte der Pat. das ausgesprochene Bild eines klinisch schwersten Tetanus mit schwersten Krampfanfällen. Trotz der üblichen Behandlung (H₂O₂-Spülungen und Verbände, hohe, wiederholte Antitoxingaben, protrahierte heiße Bäder, Dämmerschlaf) erfolgte nach kurzer anscheinender Besserung der Exitus im Krampfanfall, 2¹/₂ Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus, am 3. Juli 1921 in der Frühe. (Zbl. f. Chir. 1921 Nr. 46.)

Tetanus nach Abort und Douglaseiterung. Von Dr. Paul Esau. (Aus dem Kreiskrankenhaus Oschersleben-Bode.) Es handelte sich um einen Tetanus, der vorwiegend die Bauch- und Rückenmuskulatur betroffen hatte, der die Arme und das rechte Bein ganz frei ließ, nur kurz auf das linke Bein übersprang, daneben aber auch, wenn auch nicht sehr heftig, die Gesichtsmuskeln befallen hatte. Entsprechend der langen Zeit bis zum Ausbruch — etwa 8 Tage nach operativer Entleerung der wohl tetanusbazillenhaltigen Douglaseiterung — war er durch einen leidlich milden Verlauf ausgezeichnet. Tetanus, ausgehend von inneren Organen, ist nicht sehr häufig; nach Lungenabszeß wurde er von Motzfeldt beobachtet. Oefters kommt er vor nach Operationen am Darne, aber in Deutschland viel seltener als z. B. in Amerika. Matas, der annimmt, daß eine Ueberschwemmung des Darmes mit Tetanusbazillen bzw. Sporen durch frisches Obst und grünes Gemüse geschieht, rät deshalb, vor jeder Operation am Darm und an Stellen, die durch Kot verunreinigt werden können, gründlich abführen zu lassen und den Genuß sporentragender Speisen zu unterlassen; eine Vorsichtsmaßregel, die wohl nur dort Geltung hat, wo erfahrungsgemäß der Tetanus besonders verbreitet ist; in der neueren deutschen Literatur findet man nur wenig, und Verf. selbst ist nur ein Fall von Tetanus nach einer glatten Appendektomie durch mündliche Mitteilung

bekannt. Doch scheint der puerperale Tetanus häufiger zu sein, wie Mitteilungen aus der Prager Frauenklinik und eine Arbeit von Spiegel vermuten lassen. Therapeutisch ist nichts von Belang hinzuzufügen. Verf. verwandte neben Tetanusantitoxin und Morphium reichlich Chloralhydrat und Magnesiumsulfat, beides in Form von rektalen Eingießungen, wie sie in letzter Zeit empfohlen wurden. Dieser Weg ist zweifellos angenehmer für den Kranken, zumal wenn durch Trismus die Nahrungsaufnahme schon erschwert ist.

(Zbl. f. Gyn. 1921 Nr. 47.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Erfahrungen mit Yatren in der Chirurgie. Von Dr. Fr. J. Kaiser. (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Halle a. S.) „Zusammenfassend müssen von den günstigen Eigenschaften des Yatrens ¹⁾ besonders hervorgehoben werden: seine örtliche Reizlosigkeit und allgemeine Ungiftigkeit, seine Wärmebeständigkeit, Geruchlosigkeit und blutstillende und desodorierende Wirkung, seine gewebsanregende Wirksamkeit, auch bei tuberkulösen Wunden, und endlich seine Bedeutung für die Bekämpfung des grünen Eiters. Seine Wasserlöslichkeit ist ebenfalls ein Vorteil und für viele Fälle erwünscht, wenn auch nicht verschwiegen werden darf, daß infolge dieser Eigenschaft und der daraus ohne weiteres sich ergebenden Resorbierbarkeit das Mittel nur beschränkte Zeit wirkt und öfter erneuert werden muß. Die Erfahrungen anderer Autoren können also vollauf bestätigt werden. Wenn auch mit dem Mittel das Problem der Sterilisatio magna für die Wundbehandlung m. E. keineswegs gelöst ist, stellt es doch eine wertvolle Bereicherung unseres chirurgischen Arzneischatzes dar und verdient ohne Zweifel vor vielen der uns in dieser Richtung zur Verfügung stehenden, an Zahl wahrhaft nicht geringen Mittel den Vorzug.“

(D. m. W. 1921 Nr. 51.)

Resistan-Salbe (Firma Timello, Berlin - Wilmersdorf), bestehend aus Phosphoroxyden und Eisenphosphorsalzen, hat Dr. W. Kiessling (Berlin) mit Erfolg angewandt (5—10%) bei frischen Wunden, Verbrennungen 1. und 2. Grades und akuten Dermatitis (Pemphigus, Nachbehandlung von Skabies, rissige, spröde Haut).

(M. Kl. 1921 Nr. 46.)

Technik der Behandlung des Erysipels mit Jodtinktur. Von Dr. Lämmerhirt. Derbe Einpinselung der Jodtinktur in

¹⁾ das sich dem Verf. besonders in Form der 10% igen Gaze bewährte.

Form eines 2 Finger breiten Rahmens um das Erysipel herum an seiner äußersten Grenze, Reserveanstrich in gleicher Form, 2 Finger breit entfernt im Gesunden. Nach Eintrocknung in etwa 5 Minuten zweiter Anstrich. Wiederholung dieser Prozedur, sobald die Braunfärbung der Haut nachläßt, vor allem bei Fieberschweiß. Völlige Trockenhaltung der Haut, keine Salbenverbände, die den Jodanstrich ebenfalls abweichen, lieber Einpuderung mit Bohnenmehl, dem gut bewährten Volksmittel. Bei Rumpferysipel der Säuglinge unbedingt Lagerung und Anbindung auf eine Spreizmulde. Seit Anwendung dieser Technik hat Verf. in längeren Jahren keinen Mißerfolg erlebt. (B. kl. W. 1921 Nr. 47.)

Erfahrungen mit der Pregl'schen Jodlösung. Von Prof. Dr. O. Kleinschmidt. (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Leipzig.) Intravenös hat Verf. die Pregl'sche Lösung bei allgemeiner Sepsis und Pyämie und auch bei lokalen Wundinfektionen gegeben. Verf. hat nach einer oder mehreren Injektionen in einzelnen Fällen beider Art Temperaturabfall für kurze Zeit, aber niemals einen dauernden Erfolg gesehen. Größere Mengen als 80 ccm p. d. hat Verf. bisher allerdings niemals gegeben. Zur lokalen Behandlung wurde sie in vielen Fällen benutzt und dabei ein sehr guter Einfluß beobachtet bei Einspritzung in entleerte Abszesse, vereiterte Hämatome und schlecht heilende Fisteln. Die Eitersekretion nahm im Anschluß an die Einspritzung ab, und besonders bei alten Fisteln trat oft ein überraschend schneller Schluß ein. Noch günstiger zeigte sich die Wirkung der Behandlung frischer akzidenteller Wunden, bei denen eine Exstirpation der Wundränder nicht in genügender Ausdehnung möglich war, wie bei großen Schindungen, wo die oft zurückbleibenden Höhlen mit Pregl'scher Lösung ausgefüllt und im übrigen ein vollkommener Wundschluß ausgeführt wurde. Mehrfach wurde vollkommen primäre Heilung beobachtet. Ebenso wurde bei frischen Gelenkverletzungen Heilung p. p. erzielt nach Füllung des Gelenkes mit der Pregl'schen Lösung. Sehr gut scheint sich die Jodlösung auch zur Blasenspülung zu eignen, da in einzelnen Fällen alter Zystitis ein rascher Heilungserfolg eingetreten war. In einem Falle hatte Zystitis 2 Jahre lang allen Behandlungsmethoden getrotzt und war nach täglicher Preglspülung nach ca. 14 Tagen verschwunden.

(Zbl. f. Chir. 1921 Nr. 45.)

Teillexision des Nagels bei Paronychie am Nagelgrund. Von Dr. Arthur Hintze (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Berlin). „Bei Eiterungen unter dem Nagel wird an unserer

Poliklinik, wie wohl auch sonst allerwärts, grundsätzlich zunächst mit Nagelextraktion vorgegangen; für lokal beschränkte Herde begnügen wir uns mit der tangentialen Abtragung einer rundlichen Scheibe nach Klapp. Da nun, wie ich mich besonders bei Entfernung von durch den Nagel eingedrungenen Nähnadeln überzeugen konnte, auch leicht mit dem spitzen Messer eine kleine Scheibe mit vertikalen Rändern herausgelöst werden kann, ohne daß das Nagelbett irgendwie leidet und ohne daß hierdurch der fortschreitend wachsende Nagel irgendwelche weiteren Deformationen erfährt, versuchte ich an Zehen und dann auch an Fingern bei Paronychien, die sich auf den Nagelgrund oder die benachbarten beiderseitigen Abschnitte des Nagelfalzes beschränkten, mit einer Teilexzision des Nagels auszukommen, um den größten Teil der distalen Schutzplatte bis zum Neuauftreten des jungen Nagels zu erhalten. — Es wird mit vertikal aufgesetztem, spitzem Skalpell der Nagel distal vom Entzündungsherd quer durchtrennt und das proximale Stück extrahiert, was meist sehr leicht gelingt, da der Nagel im entzündlichen Falz gewöhnlich nur noch lose steckt. — Es ist nun interessant, daß der distale Restnagel, obgleich er von der im Gebiet der Lunula und proximal von dieser gelegenen Matrix getrennt ist, auf dem Nagelbett sich allmählich, natürlich ohne zu wachsen, nach außen schiebt und am freien Rand wie gewöhnlich beschnitten werden kann. Dieses Weiterschieben kann in diesem Falle nur vom Nagelbett bzw. seitlichen Falz aus erfolgen, da an Stelle des extrahierten proximalen Abschnittes sich zunächst nur eine kleine Verhornungsplatte, kein Nagel bildet, und da diese flache, auf der Unterlage festhaftende Verhornungsschicht keinen Druck auf den ihr gegenüber sozusagen eine Etage höher liegenden Nagel, besonders dessen proximalen ursprünglichen Durchtrennungsrand auszuüben vermag. — Wenn der Nagel sich bis über das halbe Nagelbett hinausgeschoben hat, 3—4 Wochen nach dem Eingriff, während welcher Zeit der Nagel mindestens 2 mal beschnitten werden muß, hört das Hinausschieben auf der Unterlage auf, doch verharret der Nagel noch etwa 3 weitere Wochen an seinem Platze, bis er sich eines Tages leicht von der Unterlage abheben läßt. — Das einfache Verfahren empfiehlt sich in den angegebenen Fällen, um den zeitweisen Verlust des Nagels, besonders des wichtigen distalen Abschnittes (die Stelle, „an der man sich stößt“) zu vermeiden; besonders an Großzehe und Daumen ist das mehrwöchige Fehlen des Nagels doch ein recht unangenehmer Zustand, der von dem Patienten, der nicht die möglichen Komplikationen einer Paronychie, sondern nur das tatsächlich bei ihm zunächst geringfügige Leiden im Auge hat, nur ungern ertragen wird.“

(D. m. W. 1921 Nr. 49.)

Zur Therapie der Nebenhodentuberkulose. Von Prof. Dr. V. Schmieden (Chirurg. Universitätsklinik Frankfurt a. M.). „Meine Grundsätze möchte ich in folgende Ratschläge zusammenfassen: Bei feststehender Diagnose beginnender Nebenhodentuberkulose ist eine primäre einseitige Kastration im Sinne einer „Frühoperation“ sicher falsch. Das ist nicht mehr zeitgemäß in der Ära der inneren Sekretion. Wer sie aus sozialer Indikation oftmals ausführt, der wird eine dem Auge glänzend erscheinende Statistik liefern, tatsächlich aber sein Gewissen mit vielen unnötigen Verstümmelungen belasten. Erst dann, wenn eine richtig geleitete, ausführliche klimatische Kur, verbunden mit Schonungstherapie, das Leiden nicht gebessert hat, erst dann darf man operieren, aber dann bedarf es noch lange nicht immer des schweren Geschützes der regionär radikalen Exstirpation „weit im Gesunden“. Eine doppel-seitige Kastration sollte stets vermieden werden, selbst bei höherem Lebensalter. Bei einer universellen Urogenitaltuberkulose den leicht zugänglichen Hoden allein wegzunehmen, ist sinnlos. Gerade der Träger einer so weit verbreiteten inneren Tuberkulose ist am meisten für Seestrand- und Höhenklimatherapie geeignet. Wer bei einer einseitig primären Nebenhodentuberkulose operiert, sollte unbedingt die ausschließliche Entfernung des Nebenhodens versuchen; in mindestens der Hälfte der Fälle ist sie mit Aussicht auf Erfolg durchführbar, im Falle der Doppelseitigkeit erhält sie dem Körper die innersekretorische Funktion und die Potentia, während die leichtfertige einseitige Kastration leider durchaus nicht sicher vor dem Uebertritt auf die gesunde Seite schützt. Hier ist in sachkundiger Hand zunächst das Sparsystem am Platze, auch wenn man hier und da in zweiter Sitzung doch noch kastrieren muß. Ob jedoch der Praktiker zur Empfehlung einer Operation übergeht oder nicht, in jedem Falle soll er den Kranken nachbehandeln, wie einen Tuberkulösen. In jedem lokal tuberkulös Erkrankten soll er das der allgemeinen Tuberkulose verdächtige Individuum erblicken, soll ihn von vornherein mit einem die konservativen Methoden, wie auch die Operation völlig beherrschenden Chirurgen gemeinschaftlich beobachten; so vermeidet man sicher die Gefahr, den richtigen Zeitpunkt zu verpassen. In einem großen Prozentsatz der Fälle ist auch manifeste Nebenhodentuberkulose konservativ heilbar. Aber das Wichtigste kommt zum Schluß: Konservativ behandeln heißt nicht, von der Operation abraten und im übrigen die Krankheit ihrer verderblichen Weiterentwicklung überlassen. Dem ganzen Ernst des Grundleidens entsprechend, muß Heilstättenbehandlung unter sachkundiger Leitung eintreten, ebenso ernst und gründlich wie bei der Lungen-tuberkulose mit Aufbietung aller physikalischen Methoden; für leichte Fälle genügt

langfristige volle Arbeitsschonung und allgemeine Pflege. Wer das als ärztlicher Berater nicht zur Durchführung bringen kann, da äußere Umstände alle guten Lehren über den Haufen werfen, der muß nach gründlicher Aufklärung des Patienten auch heute noch schweren Herzens zur verstümmelnden Operation raten. Es ist kein Zweifel, daß gerade auf diesem Gebiete der Arzt den wirklich urteilsfähigen Kranken völlig klar sehen lassen muß. Der Kranke muß wissen, daß er bei offener Nebenhodentuberkulose mit seinem Urin und ganz besonders mit seinem Sperma Tuberkulosebazillen in Massen verstreut, genau wie der Phthisiker mit seinem Sputum. Er muß wie von einem guten Finanzberater über sein „Soll“ und „Haben“, über seinen „Kredit“ und seine „Reserven“ aufgeklärt sein und muß wissen, was er bei der Frühoperation opfert; er muß aber auch verstehen, daß eine gründliche Allgemeinbehandlung nicht nur bis zu einem leidlichen Latenzstadium, d. h. zu einer „Bilanzverschleierung“, sondern bis zur Anhäufung eines gediegenen Gesundheitskapitals durchgeführt werden muß. Bier hat uns gezeigt, daß man bei zahllosen Knochen- und Gelenktuberkulosen in der Durchführung streng konservativer Methoden sehr weit gehen kann. Für die männliche Genitaltuberkulose muß eine Sonderstellung gefordert werden. Auf diesem Gebiete ist es kein Zweifel, daß nur die kombinierte konservative und operative Behandlungstechnik, die jedem einzelnen Fall ihr besonderes Recht gewährt, uns Chirurgen das Vertrauen unserer Patienten wiedererobern kann, das zurzeit durch den Meinungsstreit der Extremen erschüttert erscheint.“

(M. m. W. 1921 Nr. 48.)

b) Innere Krankheiten.

Ein Weg zur Verhütung und Behandlung der Stomatitis mercurialis. Von Priv.-Doz. Dr. Hans Th. Schreus. (Aus der Universitäts-Hautklinik in Bonn.)

1. Die innerliche Darreichung von Jodnatrium und äußerliche Anwendung von aktivem Sauerstoff löst chemische Reaktionen aus, die für die Abheilung der Stomatitis mercurialis (und anderer ulzeröser Stomatitiden) von Wichtigkeit sind.

2. Die geeignete Form der Anwendung ist die innerliche Darreichung von Jodnatriumlösung 10,0/200,0 3 mal täglich 1 Eßlöffel, und Mundspülungen mit 1—2% iger H_2O_2 -Lösung (mit Essigsäure angesäuert) oder Touchierungen mit Ortizonstiften (Bayer).

3. Die Methode hat auch prophylaktischen Wert.

(Derm. Wschr. 1921 Nr. 49.)

Ueber die Behandlung der infektiösen Zahnfleischerkrankung mittels Aolan-Injektionen. Von Zahnarzt Dr. Jens Nissen, Uelzen. Die in letzter Zeit besonders in Landbezirken auffallende Zunahme von Entzündungen des Zahnfleisches und der Mundschleimhaut, die der gewöhnlichen Behandlung mit adstringierenden und desinfizierenden Mitteln hartnäckig unbeeinflussbar bleiben, haben vielfach der Meinung Ausdruck gegeben, daß es sich vielleicht um eine Infektion mit der gerade im Sommer 1920 so außerordentlich häufigen Maul- und Klauenseuche, d. h. einer Uebertragung auf den Menschen, handeln könnte. Es konnte durch genaueste Anamnesen in vielen solchen Fällen ein sicherer Zusammenhang der Erkrankten mit der Milch infizierter Tiere festgestellt werden, oder es ließ sich direkt eine eventuelle Kontaktinfektion bei Melkern und anderen mit dem erkrankten Vieh dauernd in Berührung stehenden Personen nachweisen. Diese Feststellung hatte darauf hingeführt, auch bei der Stomatitis des Menschen, die sich durch direkte Behandlung so wenig beeinflussen ließ, eine Therapie zu versuchen, die bei der Maul- und Klauenseuche des Viehes erfolgreich gewesen war. Auch diese Seuche des Viehes läßt sich ja durch äußere Behandlung der Symptome nicht beseitigen und erfordert eine Vakzine- bzw. unspezifische Eiweißbehandlung. Im Bezirke Uelzen wurde mit gutem Erfolge bei der Behandlung der erkrankten Tiere anstatt der früher angewandten Serum- bzw. Eigenbluttherapie im großen und erfolgreich die Behandlung mit Aolan angewandt, und es lag deshalb der Versuch nahe, auch bei den unklaren und schwer zu beeinflussenden menschlichen Erkrankungen der Mundschleimhaut diese Behandlung zu versuchen. Da der Versuch erfolgreich war, wurde er auch bei anderen hartnäckigen Entzündungen des Zahnfleisches und der Mundschleimhaut angewandt, denn einmal war es ja nicht absolut sicher, daß die ersten Fälle wirklich Maul- und Klauenseuche des Menschen gewesen waren, und des weiteren war ja anzunehmen, daß bei der Wirksamkeit eines unspezifischen Mittels bei der einen entzündlichen Infektion der Mundschleimhaut auch bei anderen ein Effekt zu erreichen sei. Es soll hier nur ganz kurz mitgeteilt werden, daß bei den verschiedenartigsten sehr schwer zu beeinflussenden, teilweise nekrotisierenden Zahnfleischerkrankungen, bei denen zum Teil wochenlang Pinselungen mit den verschiedensten Adstringentien wirkungslos geblieben waren, nach Aolan-Injektionen eine ganz deutliche Besserung festzustellen war. Besonders bei Geschwüren der Mundschleimhaut mit teilweise schmierigem Grund konnte man in den 24 Stunden nach der Einspritzung deutlich eine Reinigung des Geschwürgrundes beobachten, sowie ein Zurückgehen und

vollkommene Epithelisierung des Defektes. Injiziert wurde das Aolan intrakutan nach der den Packungen beiliegenden Vorschrift, die allerdings, was die Applikation anbetrifft, ganz genau innegehalten werden muß, da bei Injektion unter die Haut eine Wirkung nicht beobachtet wurde. Mitzuteilen bleibt noch, daß auch hartnäckige Stomatitiden meist nach zwei bis drei, stets nach fünf, in Abständen von 3—4 Tagen gegebenen Intrakutaninjektionen von 0,4—0,5 ccm restlos zurückgingen.

(M. Kl. 1921 Nr. 40.)

Ueber die Behandlung der Hyperazidität des Magens mit Neutralon und Belladonna-Neutralon. Von Dr. Ladislaus v. Friedrich. (Aus der inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Neukölln.) Bemerkenswerte Erfolge mit den Präparaten (Kahlbaum, Berlin-Adlershof). - Jede Tablette enthält 0,009 Extr. Bellad. Dosis: 3 mal täglich 2 Stück in $\frac{1}{2}$ Glas warmen Wassers $\frac{1}{2}$ Stunde vor dem Essen. (M. m. W. 1921 Nr. 50.)

Ueber „Pavon“, ein neues Vollpräparat aus Opium. Von Dr. Hans Gustav Austgen. (Aus der Lungenheilstätte Beelitz der Landesversicherungs-Anstalt Berlin.) In bezug auf die Unterdrückung übermäßigen Hustens und Hustenreizes hat Verf. im allgemeinen gute Erfolge beim Pavon gesehen. Sowohl bei Patienten, die frisch in die Heilstätte aufgenommen worden waren, noch kein Hustenmittel genommen hatten und gewohnt waren, ungehemmt darauf los zu husten, als auch bei älteren Patienten, die bereits ein Hustenmittel bekommen hatten, oder bei solchen, denen es, trotz weitgehender Hustendisziplin, nicht gelungen war, ihres Hustens Herr zu werden, wirkte Pavon in der Mehrzahl der Fälle prompt und zuverlässig. Verf. begann bei den meisten Fällen absichtlich mit geringen Dosen, oft nur 2 mal 10 Tropfen pro die, um später evtl. steigen zu können, was aber selten in stärkerem Maße notwendig war; mit 3 mal 15 Tropfen kam er fast immer aus, bis auf einige wenige, ganz hartnäckige Fälle. Die meisten Patienten eignen sich ja, wenn man sie immer wieder belehrt und darauf aufmerksam macht, oft schon im Laufe der ersten Wochen einer Heilstättenkur eine gewisse Hustentechnik und Hustendisziplin an, die eine längerdauernde Anwendung von Hustenmitteln überflüssig macht. Aber gerade für diejenigen Fälle, die es, sei es infolge von Rachen- und Kehlkopffaffektionen, nicht dahin brachten, ihren Husten einigermaßen zu zügeln, gerade für diese fand Verf. im Pavon ein gutes Mittel. Im bezug auf die hustenreizmildernde Wirkung kann er ihm, abgesehen vom Morphinum, nur das Parakodin zur

Seite stellen. Was die sedative Wirkung des Pavons anlangt, so fand er sie ebenfalls zufriedenstellend. Schlafmachende oder unangenehme Nebenwirkungen hat er bei keinem seiner Fälle gesehen, ebensowenig Obstipationen. Zwei Patienten bekamen dagegen auf geringe Pavongaben prompt leichte Durchfälle, die nach Aussetzen des Mittels ebenso rasch aufhörten, auf erneute Gaben sich aber wieder einstellten, bis Verf. vom Pavon bei diesen beiden Patienten ganz absah. Worauf diese merkwürdige Reaktion zurückzuführen war, konnte er leider nicht klarstellen. Auf Grund seiner Beobachtungen und Erfahrungen kann Verf. Pavon als promptes und zuverlässiges Hustenmittel empfehlen und erblickt in ihm ein willkommenes Mittel zur Abwechslung mit den bisherigen bewährten Hustenmitteln. (D. m. W. 1921 Nr. 45.)

Digistrophan-Drageés. ¹⁾ Von Med.-Rat Dr. Eschricht in Berlin-Lehnitz. Digistrophan ist in seiner Wirkung bereits bekannt und als Kardiakum geschätzt. Die konstante Zusammensetzung ²⁾ und die stets gleichbleibende Wirkung wird durch die Kontrolle von Prof. Bickel (Berlin) gewährleistet. Bölke hat zuerst den Wert dieses nach einem besonderen Verfahren hergestellten Kardiakums, das alle Bestandteile der Digitalisdroge mit Strophanthuszusatz enthält, erkannt und grundlegende Versuche mit dem Mittel gemacht. Die neue Form bietet eine auch für empfindliche Patienten geeignete Digitalismedikation, die, ohne den Magendarmkanal zu belästigen, auch bei dyspeptischen Zuständen, ja selbst bei Darmkatarrhen, bei welchen man bisher von Digitalispräparaten Abstand nehmen mußte, getrost verwendet werden kann. Da schon bei bestehendem Darmkatarrh die Resorption von Arzneien unsicher ist, die Magenschleimhaut anderseits geschont werden und etwaiges Erbrechen vermieden werden soll, ist das anästhesierende Korrigens schon an sich recht erwünscht. Verf. hat das Digistrophan bisher in allen Fällen angewandt, in denen er sonst von der Darreichung eines Digitalispräparates hätte Abstand nehmen müssen. Eine Beeinträchtigung der Digitalis-Strophanthuswirkung trat nicht ein, nicht einmal eine Verzögerung. Der Erfolg war der gleiche wie früher bei den gewöhnlichen Digistrophan-tabletten. Nach allem muß Verf. das Digistrophan in dieser Form als ein äußerst glücklich zusammengesetztes Arzneimittel ansehen, das unseren Arzneischatz in willkommener Weise ergänzt und ausgezeichnete Dienste geleistet hat. Wer die prompte Wirkung dieses Kardiakums am Krankenbett gesehen hat, wird es nicht mehr missen wollen. (D. m. W. 1921 Nr. 43.)

¹⁾ Goedecke & Co.

²⁾ 0,05 Digitalis, 0,025 Strophanthus, etwas Kokain und Menthol.

Camphochol, ein neues Kampferpräparat. Von Dr Ernst W. Taschenberg (Aus der I. Medizinischen Abteilung des Krankenhauses Schwabing in München). Das Präparat (J. D. Riedel, Berlin-Britz), eine Additionsverbindung von reinstem Japan-Kampfer mit Apocholsäure, passiert unverändert den Magen und wird im Dünndarmsaft schnell gelöst. Es wurde intern bei Herzinsuffizienz, Angina pectoris und Infektionskrankheiten (Pneumonie, Sepsis, Erysipel, hochfiebernden Lungenphthisen) gegeben und stets gut vertragen (3 mal täglich 1 Tablette, manchmal bis 5 mal täglich 1 Tablette). Die eigentliche Domäne dieser „chronischen“ Kampfertherapie sind die bakteriotoxischen Kreislaufinsuffizienzen. — „Wenn wir nach Möglichkeit Kampfer ohne weitere Medikamente gaben, so geschah es nur, um die Wirkung nicht zu komplizieren. Wir möchten Strychnin und andere Kreislaufmittel gegebenenfalls nicht missen, würden jedoch raten, die Kampferdosen nur in gehörigem zeitlichen Abstand (2–3 Stunden) von den anderen Mitteln zu geben. Man gewinnt durchaus den Eindruck, daß der Verlauf akuter oder auch subakuter Infektionskrankheiten, wie wir sie oben erwähnten, unter der stomachalen Kampfermedikation günstig war. Die Atemfrequenz nahm ab, die Atemtiefe zu, das Sensorium wurde frei, die Zyanose schwand, das subjektive Gefühl der Hitze wurde geringer, der Puls voller und härter.“ (D. m. W. 1921 Nr. 50.)

Durchschneidung der Arteria radialis statt Venaesectio bei Pneumonie und Lungenödem. Von A. Eckstein und C. Noeggerath (Aus der Universitäts-Kinderklinik Freiburg i. Br.). Bei akuter Herzschwäche infolge Störung im kleinen Kreislauf, wie sie bei entzündlichen Prozessen der Lunge bzw. bei Lungenödem gelegentlich vorkommen, empfehlen Verff. an Stelle der Venaesectio den Aderlaß durch die Arteriotomie der Art. radialis. Die Blutmenge beträgt für 1–4 $\frac{1}{2}$ Jahre alte Kinder 100–150 ccm. Verff. hatten in mehreren Fällen den Eindruck eines lebensrettenden Eingriffs, namentlich dann, wenn infolge Erlahmens der Herzkraft die Venaesektion erfolglos blieb. In den erfolgreichen Fällen trat stets eine komplikationslose Heilung ohne Schädigung der Hand ein. Das Verfahren empfiehlt sich daher auch für den praktischen Arzt, zumal es keine technischen Schwierigkeiten bietet. Natürlich soll es nur als ultima ratio Verwendung finden, wenn eine ausgiebige Venaesectio infolge der Herzschwäche aussichtslos ist. Was das hierzu erforderliche Blutquantum anbelangt, so ist von kleinen, langsam herausräufelnden Mengen ein therapeutischer Erfolg allerdings nicht zu erwarten. Wir müssen relativ weit über die bei Erwachsenen üblichen Volumina hinausgehen. Dort be-

rechnet man etwa 5 ccm pro Kilogramm Körpergewicht, also rund 300—500 ccm, während Verff. beim älteren Säugling 100 ccm und später bis zu 150 ccm abgenommen haben. Technik: Verff. legten die Art. radialis einen Querfinger oberhalb des Handgelenkes durch einen Längsschnitt frei, schnitten sie durch und unterbanden sie nach Abnahme der gewünschten Blutmenge beiderseits mit einer Umstechungsnaht. Meist steht die Blutung schon auf Kompression, doch empfehlen Verff. wegen der Gefahr einer Nachblutung die Umstechungsnaht. Der Eingriff dauert bei einiger Uebung nur wenige Sekunden und erfordert keine Narkose; die Freilegung der Arterie ist bequemer als die einer Vene, da die Orientierung durch die Palpation erleichtert ist. Der Aderlaß selbst dauert ebenfalls nur Bruchteile einer Minute, was im Interesse der Kranken besonders erfreulich ist. (M. m. W. 1921 Nr. 46.)

Toramin bei Lungentuberkulose. Von Dr. Kurt Eichwald (Aus der Friedrichstadt-Klinik für Lungenkranke, Berlin). Das Mittel in Form von Toramin-Sirup oder Toramin wurde vorzugsweise angewandt, wenn über erschwerte Expektoration geklagt wurde. Der Erfolg war, daß der Auswurf leichter und reichlicher erfolgte, oder daß zugleich mit einer Besserung des Lungenbefundes weniger Husten und Auswurf auftraten. Häufig wurde gleichzeitig eine Besserung des Appetits beobachtet. Das Präparat konnte längere Zeit ohne Schädigung genommen werden. Die wirksame Dosis betrug 3 mal täglich 1—2 Tabletten, bzw. 1—2 Teelöffel. Von einer großen Reihe von Patienten wurde nach mehrfachen Versuchen mit anderen Expektorantien das Toramin als das für sie wirksamste Mittel bezeichnet. Zur Erzielung von Auswurf bei verdächtigen Bronchitiden wirkte das Mittel prompt. Bei fortgeschrittener Tuberkulose mit reichlichem Husten waren jedoch Narkotika nicht zu entbehren. Die Kombination von Toramin mit einem Narkotikum schafft bei dem quälenden Husten vieler Lungentuberkulöser, besonders in den Fällen mit Kavernen, Bronchiektasien und Bronchitis tuberculosa eine besonders günstige subjektive Erleichterung. (M. Kl. 1921 Nr. 37.)

Ueber die Verwendung von Elektroferrol bei Anämien. Von Dr. Th. Arndt (Aus der Inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Johannstadt). Die intravenösen Elektroferrolinjektionen bedeuten für die Therapie der Anaemia perniciosa wahrscheinlich einen Fortschritt, wenn man sie einigermaßen rechtzeitig und langdauernd anwenden kann (mindestens 3—6 Injektionen in Intervallen von ca. 3 Tagen). Wiederholung nach einigen Monaten ist nötig, da naturgemäß eine „Heilung“ nicht eintritt. Bei se-

kundären Anämien konnte Verf. schnell eine Steigerung des Hb.-Gehaltes erzielen, die im Durchschnitt 12% betrug. Die Nebenerscheinungen waren gering. (M. m. W. 1921 Nr. 48.)

Ueber Duodenalspülung bei der perniziösen Anämie. Von A. Böttner und G. Werner. (Aus dem Städtischen Krankenhaus Sandhoff, Frankfurt a. M.) „Wir haben uns der Einhornschen Duodenalsonde bedient und bei der Einführung die von vielen Seiten angegebenen technischen Kunstkniffe angewandt (Holzknecht und Lippmann, Küster und Holtum, Stepp u. a.). Die Einführung ging immer verhältnismäßig leicht vonstatten, seitdem wir die Sonde durch die Nase eingeführt haben. Es gelang uns allerdings nur ausnahmsweise — selbst bei Achylie — in einer halben Minute im Doudenum zu sein. Mit dem Jutteschen Verfahren soll dieses immer möglich sein. Als Spülflüssigkeit verwandten wir nach allen möglichen Versuchen auf Anraten von Prof. Fühner hin eine 5%ige Magnesiumsulfatlösung oder auch ein Dekokt von Leinsamenschleim. Dieses hielten wir infolge seiner kolloidalen Beschaffenheit zur Erzielung einer ausgiebigen Oberflächenwirkung bzw. Adsorption der giftigen Darmprodukte bei der perniziösen Anämie für besonders geeignet. Leider war das nicht der Fall. Die Flüssigkeitsresorption des Darmes war zu groß. Der Flüssigkeitsverlust der in den Darm eingebrachten 5%igen Magnesiumsulfatlösung war dagegen nur sehr gering. Hiervon haben wir uns sehr oft durch genaue Messungen der entleerten Stuhl- und Urinmenge bei Berücksichtigung der Trinkmenge überzeugt. Bei Patienten mit Würmern (Askariden) und Amöbenbefunden haben wir eine halbe Stunde vor dem eigentlichen Duodenalklima 100 ccm einer 2%igen Yatrenlösung verabreicht. Die geschilderten Duodenaleinläufe (überkörperwarm) wurden gut vertragen. Jutte gebrauchte folgende Spülflüssigkeit: Kochsalz 9,0; Natriumsulfat (sicc.) 0,9; Aqua (lauwarm) 750—1000. Die Duodenalspülung haben wir bisher bei 6 Patienten mit perniziöser Anämie durchgeführt. Diese waren vorher mit der bei dieser Erkrankung üblichen Therapie teils mit, teils ohne Erfolg behandelt worden, also mit Thorium X Doramad, Arsenikinjektionen, Bluttransfusionen, auch Elektroferroleinspritzungen“.

„Ueberblicken wir kurz die mitgeteilten Erfahrungen, so müssen wir sagen, daß die duodenalen Spülungen bei der Behandlung der perniziösen Anämie eines Versuches wert sind. Freilich können spontane Remissionen bei der perniziösen Anämie bekanntlich sowohl bei verschiedenen therapeutischen Maßnahmen als auch ohne jede Therapie eintreten. Für die duodenale Spül-

behandlung ist deswegen ein post hoc ergo propter hoc auszusprechen, etwas mißlich, namentlich da wir uns selbstverständlich bewußt sind, daß wir mit der Darmspülung keine eigentliche kausale, sondern nur eine scheinbar sehr wirksame symptomatische Therapie treiben. Durch die geschilderte Spülbehandlung können wir die hypothetisch giftigen Produkte, die die Krankheit veranlassen, aus dem Darne herausschwemmen, nicht aber die Ursprungsstätte der Giftbildung. Und wir möchten deshalb die duodenale Spülbehandlung, die leicht auszuführen ist und die Patienten nicht so mitnimmt, wie die von Grawitz empfohlenen Magen- und Darmspülungen, als ein gutes Unterstützungsmittel zu den bereits für die perniziöse Anämie genannten therapeutischen Maßnahmen empfehlen. Sie ist zweifellos zur Beseitigung der Giftstoffe im Darm die Methode der Wahl. Aufgabe der Zukunft ist es, eine Spülflüssigkeit aufzufinden, die die Wirksamkeit steigert. Zurzeit versuchen wir kolloidale Kohle.“

(D. m. W. 1921 Nr. 50.)

Ein Vorschlag zur Behandlung der Biermerschen Anämie.
 Von Prof. Dr. W. Stoeltzner, Direktor der Universitäts-Kinderklinik in Halle a. S. „Gelegentlich anderweitiger Studien ist mir der Gedanke gekommen, ob nicht die Biermersche Anämie eine Nahrungsfettanämie sei. Bekanntlich werden die im Verlaufe der Darmverdauung aus den Fetten abgespaltenen hohen Fettsäuren nach der Resorption schon in der Darmwand wieder zu Glyceriden synthetisiert. Was wird nun geschehen, wenn diese Funktion der Darmwand aus irgendwelchen Ursachen insuffizient wird? Es werden, je nach dem Grade der Insuffizienz und je nach dem Fettgehalt der Nahrung, mehr oder weniger massenhaft Seifen in das Blut übertreten; der erhöhten Seifenkonzentration gegenüber wird die antihämolytische Schutzfunktion des Blutplasmas versagen; es wird sich also eine hämolytische Anämie ausbilden; und diese Anämie wird bei Fortsetzung der Fettzufuhr einen progressiven perniziösen Charakter annehmen. Andererseits wird nach genügend weitgehender Ausschaltung des Fettes aus der Nahrung die Hämolyse aufhören. Sollte mein Gedanke das Richtige treffen, so würde sich also die Aussicht eröffnen, die Biermersche Anämie durch eine einfache diätetische Behandlung bessern und heilen zu können.“

(M. m. W. 1921 Nr. 48.)

Tonophosphan, ein neues Phosphorpräparat (Cassella & Co., Mainkur), wurde im Stadt Krankenhaus Offenbach a. M., wie D. C. Hoffmann berichtet, als Stoffwechselstimulans, besonders bei Spätrachitis, mit bestem Erfolge benutzt. Subkutaninjektionen

täglich 5 mg (bis zu 28 Injektionen), ohne Reizerscheinungen stets gut vertragen (bei Anwendung feinsten Kanülen!), bewirkten bald auffallende Besserung des Allgemeinbefindens und Appetits, nicht unerhebliche Zunahme des Körpergewichts und Vermehrung des Hämoglobingehalts. Daß letzteres beides durch alleinige Phosphor-medikation möglich, ist bemerkenswert und bei der arbeitenden Klasse Jugendlicher (es wurden meist 14—18 Jährige behandelt, aber auch Kinder von 4 Jahren) wichtig.

(Ther. d. Gegenw. Nov. 1921.)

Klinisches und Experimentelles zur Strontiumtherapie.
 Von W. Alwens und K. Grassheim. (Aus dem Städtischen Krankenhaus Sandhof, Frankfurt a. M.) Das Strontium, besonders in der Form von „Vitamulsion“¹⁾ eignet sich im hohen Maße zur Therapie von gewissen Knochenerkrankungen, in erster Linie für die Gruppe der Osteoporosen. Durch die Neubildung eines für unlösliche Kalksalze aufnahmefähigen Gewebes wird bei diesen Erkrankungen bestehende Porose durch eine den physiologischen Ansprüchen genügende Sklerose ersetzt und das Gleichgewicht wieder hergestellt. Ein weiterer Vorteil der Strontiummedikation ist die schmerzstillende Wirkung, welche teils auf die durch die Strontiumsklerose hervorgerufene Festigung des Knochengewebes, teils auf eine Herabsetzung der Sensibilität im peripheren Nerven zurückzuführen ist.

(M. n. W. 1921 Nr. 42.)

Neucesol bei Diabetes insipidus. Von Dr. E. Deloch (Mediz. Klinik Breslau). Neucesol soll schon in kleineren Dosen wirken und weniger Nebenerscheinungen machen als Cesol. Verf. hat in 3 Fällen von Diabetes insipidus sowohl Cesol (0,2 : 1 in Form der Injektion), als auch Neucesol in den Stärken 0,01, 0,025, 0,05 : 1 subkutan und zu 0,05 peroral (in Tablettenform) angewendet und kommt zu folgendem Ergebnis:

1. Auf den Wasserhaushalt und die Blutzusammensetzung haben weder Cesol noch Neucesol einen wesentlichen Einfluß. Menge und spezifisches Gewicht des Harns, Molenkonzentration des Harns und Blutes zeigen keine wesentliche Veränderung.

2. Die Magen-Darmsymptome wurden nicht beeinflusst. Nach Loewy und Wolfenstein soll das Neucesol die Darmperistaltik erhöhen.

3. Günstig beeinflusst wird bis zu gewissem Grade das Durst- und Trockenheitsgefühl im Munde, indem regelmäßig nach der

¹⁾ Hersteller: Dr. R. und Dr. O. Weil, Fabrik chem.-pharm. Präparate, Frankfurt a. M.

Darreichung für längere Zeit die stark eingeschränkte Speichelsekretion in Gang gebracht wird. Besonders bei einem Patienten, der über sehr lästiges Trockenheitsgefühl frühmorgens klagte, besserte sich diese Erscheinung, wenn er abends 1—2 Tabletten Neucesol nahm.

4. Mitunter tritt leichte Schweißabsonderung auf, die aber als durchaus angenehm empfunden wurde.

5. Was die Wirkung des Cesols und Neucesols in der verschiedenen Darreichungsform und Dosierung miteinander verglichen anlangt, so ist festzustellen, daß die subkutane Zufuhr schnellere und nachhaltigere Wirkung bei beiden Präparaten zur Folge hatte, als die perorale Darreichung. Ferner traten nach Cesol (0,2) mitunter zehn Minuten bis eine halbe Stunde dauernde Kopfschmerzen sowie stärkere Schweißausbrüche auf. Auf Neucesol sah Verf. selbst in der Dosierung 0,05 : 1 (bei subkutaner Injektion) nie diese lästigen Nebenerscheinungen.

Verf. kommt demnach zu dem Schluß, daß Neucesol sowohl in Form der Injektion (0,025 und 0,05 : 1) als ganz besonders in Form peroraler Darreichung bei der Dauerbehandlung des Diabetes insipidus zu empfehlen ist. Sowohl tagsüber kann es dem Wasserharnruhrkranken in gewisser Hinsicht Erleichterung verschaffen; besonders möchte Verf. aber Gaben von 1—2 Tabletten Neucesol vor dem Schlafengehen empfehlen, da es bei den Kranken, wie er wiederholt beobachten konnte, das Durstgefühl während der Nacht herabsetzt, so daß diese bei mäßiger Wasseraufnahme am Abend ihren Schlaf doch nicht so oft zu unterbrechen gezwungen sind. Betreffs der Tagesdosis sah Verf. bei Darreichung von 5, 6 bis 8 Tabletten (0,25 bis 0,4 g) pro die (auch mehrere Tage hindurch) keine irgendwelche üble Nachwirkung. Technisch sei noch bemerkt, daß die Tabletten am besten in Fläschchen mit paraffiniertem Korken (wie sie auch von der Firma geliefert werden) aufzubewahren sind, da sie sehr hygroskopisch sind und, der Luft ausgesetzt, leicht zerfallen. (Ther. d. Gegenw., Sept. 1921.)

Ueber die Beeinflussung der postenzephalitischen Schlafstörung durch temperatursteigernde Mittel. Von Prof. F. Lust. (Aus dem Kinderkrankenhaus in Karlsruhe.)

„1. Schon im Säuglingsalter kann sich im Anschluß an eine Encephalitis epidemica eine chronische Schlafstörung mit stärkster motorischer Unruhe einstellen.

2. Ihre Behandlung mit den üblichen Schlafmitteln ist ebensowenig wirksam wie im späteren Alter.

3. Weitaus am promptesten, wenn auch nur rein symptomatisch, wird sie durch intramuskuläre Milchinjektionen beeinflusst.

4. Der Eintritt der Wirkung steht anscheinend in Beziehung zu einer Erhöhung der Körpertemperatur. Erst sobald diese eintrat und nur solange sie anhielt, war in unserem Falle eine narкотische oder zum mindesten eine sedative Wirkung zu erzielen.

5. Den Milchinjektionen kommt daher wohl keine spezifische Eigenschaft zu. Auch andere Mittel, die die Körpertemperatur erhöhen (z. B. perorale, unter Umständen auch subkutane Kochsalszufuhr und bis zu einem gewissen Grade auch heiße Bäder und heiße Packungen), vermögen im gleichen Sinne zu wirken.

6. Es wird die Vermutung ausgesprochen, daß das hypothetische Schlafzentrum in nächster Nähe des Wärmezentrums seinen Sitz hat.“
(D. m. W. 1921 Nr. 51.)

Neurologische Erfahrungen mit Veramon. ¹⁾ Von Prof. Dr. Oskar Fischer in Prag. Unter den mehrfachen Versuchen erzielte Verf. die auffallendsten Resultate bei den Schmerzen der Tabiker, die ja so häufig eine wahre Crux für den Neurologen sind und bei deren Behandlung man nicht selten schließlich doch bei dem so lange als möglich zu vermeidenden Morphin anlangt. Verf. hat das Veramon bisher bei 5 Tabikern verwendet und zwar sowohl bei den krisenartigen als auch bei den lanzinierenden Schmerzen und ebenso wegen der schmerzartig spannenden Hautgefühle an Stamm und Extremitäten. Die verwendeten Dosen betragen 0,4—0,6 g. Der therapeutische Effekt war ein objektiv und subjektiv auffallend günstiger. Manche der Patienten hatten schon jahrelang Analgetika benützt, öfters in Form von Kombinationen von Aspirin, Pyramidon, mit Kodein oder Morphin, und einer dieser Fälle mußte zur Erzielung eines erträglichen Zustands mehrere Gramm dieser Mischung pro die nehmen. Selbst bei diesem war die Wirkung des Veramons eine prompte und dauerte wesentlich länger an als die der übrigen verwendeten Medikamente. Manchmal genügte eine Dosis täglich, die dann von den Patienten meistens am Abend genommen wurde, weil diese dann wegen des Wegfalls der Schmerzen auch gut schlafen konnten. Bei dem erwähnten Falle, der vorher die heftigsten und hartnäckigsten Schmerzen hatte, hielt die vollkommene Schmerzlosigkeit 4—5 Stunden an. Ein einziger dieser Fälle hatte sich an das Mittel seiner Aussage nach so gewöhnt, daß er nach einigen Wochen die Tagesdosis erhöhen mußte, da er das Gefühl hatte, daß es nicht mehr so intensiv wirke wie bei Beginn. Die übrigen Fälle merkten nichts von einem Nachlassen der Wirkung nach längerem

¹⁾ Die aus Diäthylbarbitursäure und Dimethylamido-Phenyldimethylpyrazolon bestehende Verbindung kommt unter dem Namen Veramon durch die Chem. Fabrik auf Aktien vorm. E. Schering, Berlin, in den Handel.

Gebrauch. Außer bei diesen Fällen von Tabes verwendete Verf. das Mittel bei verschiedenen Formen von Kopfschmerz, und zwar bei typischer hemikranischer Migräne, bei einfachen habituellen sowie durch Darmstörungen veranlaßten Kopfschmerzen. In allen Fällen hatte das Mittel in Dosen von 0,4 bis 0,6 g einen eklatanten Erfolg, und es scheint auf Grund der Angaben der Patienten sowie auf Grund eigener Erfahrungen, daß die Wirkung prompter einsetzte als bei anderen Mitteln und im Vergleiche zu diesen auch intensiver wirkte, besonders wenn man die angewandten Dosen der Komponenten der neuen Verbindung in Vergleich setzt zu der notwendigen Dosis dieser Komponenten allein. Schließlich hat Verf. Veramon auch bei schmerzhafter Menstruation, bei Schmerzen infolge Analfissur, bei Rhagadenschmerz der Stillenden, bei Zahnschmerzen und bei Trigeminusneuralgie stets mit sehr erfreulicher, prompter und meist 6—10 Stunden anhaltender Wirkung verwendet. Aus den bisherigen hier mitgeteilten Erfahrungen möchte Verf. nochmals die Tabikerschmerzen besonders hervorheben, da es sich gerade hierbei, wo wir gut wirkende Analgetika besonders benötigen, ausgezeichnet bewährt hat und sich wie ein elektiv wirkendes Mittel verhält. Veramon enthält eine Veronalkomponente; die verwendeten Dosen von 0,6 g erzeugten bemerkenswerterweise fast nie Schläfrigkeit während des Tages, was für die Brauchbarkeit eines Analgetikums von Wichtigkeit ist. Um so leichter tritt am Abend Schlaf ein und dies besonders dann, wenn die Schmerzen als kausales Moment der Schlaflosigkeit in Betracht kamen. Nachteilige oder unangenehme Nebenwirkungen hat Verf. bei Verwendung des Veramons auch nach längerem Gebrauche nicht gesehen.

(Ther. Hmh. 1921 Nr. 20.)

Gelonida antineuralgica. Von Med.-R. Dr. Eschricht (Lehnitz). Kombination von Kodein, Phenazetin und Azetylsalicylsäure. Unter den nicht gerade spärlichen Arzneimitteln der Neuzeit, die keineswegs immer als eine Bereicherung des Arzneischatzes angesprochen werden können, ragt die Gelonida antineuralgica besonders hervor, denn ihre Wirkung bleibt zuverlässig bei allen rheumatischen und neuralgischen Beschwerden, bei Gelenk- und Muskelrheumatismus, bei Grippe mit ihren schmerzhaften Begleiterscheinungen, bei Ischias, Lumbago, Omagra, bei Zahn- und Kieferschmerzen; kurz: das Anwendungsgebiet ist ein erhebliches! — Was bei dem Gebrauch der Gelonida antineuralgica so angenehm auffällt, ist die leichte Zerfallbarkeit. Man erinnert sich hierbei wohl, wie oft man beobachten konnte, daß komprimierte Arzneimittel weder im Wasserglase zerfielen, noch überhaupt zur

Resorption im Magen gelangten. Die Gelonida antineuralgica zerfallen, in etwas Wasser geworfen, in wenigen Sekunden in feinste Teilchen. (M. Kl. 1921 Nr. 40.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Beitrag zur Behandlung der Nagelbettentzündung (Panaritium subunguale). Von Dr. W. N. Clemm, Seidenberg O.-L. Eine außerordentlich schmerzhaftige Nagelbettentzündung veranlaßte Verf. die Hilfe eines namhaften Chirurgen anzurufen. Er riet zur sofortigen operativen Entfernung des Nagels, wozu Verf. sich nicht entschloß. Zwei andere Chirurgen sagten, sie hätten die operative Nagelentfernung aufgegeben, und brachten Argentum nitricum in Substanz unter den mit der Sonde gelockerten Nagel; es sollten danach fortgesetzt Argentumumschläge in der feuchten Kammer unter dem Gummifingerling gemacht werden. Hierauf setzte erst Eiterung ein, und die Schmerzen wurden unerträglich. Verf. griff nun zum Ichthyol, das er in Substanz — in dickflüssig-zäher Beschaffenheit — aufstrich und zwischen Nagel und gelockerten Hautfalz mit flachem Glasspatelchen möglichst tief hineinpreßte, wonach er es mit Zinkheftpflaster bedeckte. Schmerzlos und rasch ging die Heilung vor sich, ohne daß der Nagel sich abgestoßen hätte. Verf. möchte daher den Kollegen dringend raten, von dieser milden Behandlungsform Gebrauch zu machen, um den Kranken viel Schmerzen zu ersparen und noch dazu die Heilung zu beschleunigen.

(M. m. W. 1921 Nr. 46.)

Combustin erhielt wieder eine warme Empfehlung durch Doz. Dr. R. Ullmann (Wien), der das Mittel nicht nur bei Verbrennungen, sondern auch bei Ekzemen und Ulcera cruris mit Erfolg anwandte.

(M. m. W. 1921 Nr. 43.)

Choleval bei infektiösen Hauterkrankungen. Von Dr. Goldmann (Reinheim). Beobachtungen an 8 Kranken ergaben, daß Choleval bei den verschiedensten Hauterkrankungen infektiöser Natur, insbesondere bei Furunkulose, eine auffallend rasche und sicher heilende Wirkung ausübt, die zweifellos auf die starke bakterizide Kraft des Mittels zurückzuführen ist. Es wirkt also nicht nur gonokokkentötend, sondern hat eine ebenso stark abtötende Wirkung auf Staphylokokken und sicher auch auf Mischmerktionen verschiedenster Art. Es ist anzunehmen, daß die

¹⁾ Die bakterizide Wirkung des Cholevals auf seiner Doppelson bestehende ist, indem zunächst das gallensaure Natrium den Chem. Fabrik auf Aktiv keimtötend und adstringierend wirkt, und so

die Entzündungserreger dem bakteriziden Silber zugänglich macht. Die Einfachheit seiner Applikation und die Billigkeit machen das Choleval bei seiner prompten Wirkung zu einem wertvollen Mittel im Kampf gegen die so oft jeder Behandlung trotzen Furunkulose. Es wäre noch darauf hinzuweisen, daß die Wäsche durch Braunfärbung geschädigt wird. Zur Entfernung solcher Flecken genügt Befeuchtung mit 10%iger Lösung von unterschwefligsaurem Natron (Fixiersalz) und nachheriges Auswaschen mit Wasser. Bei Furunkulose an behaarten Körperstellen wird man zweckmäßig zuerst enthaaren, wozu sich das Clasensche Mittel eignet:

Baryi sulfurati . . . 50,0

Amyl.

Zinc. oxydat. āā . . . 25,0

das man vor Gebrauch mit warmem Wasser zu Brei verrührt und auf die Haut aufträgt. (Ther. d. Gegenw. Sept. 1921.)

Lenigallol bei Ekzemen der Kinder. Von Dr. Kurt Ochsenius, Chemnitz. Auf Grund 12jähriger Erfahrung und an Hand eines Materials von rund 3000 Fällen möchte Verf. die günstigen Erfahrungen Isacsons mit dem Lenigallol auch für die Kinderpraxis vollauf bestätigen. Das Lenigallol bewährt sich beim Wundsein der Säuglinge und bei den Manifestationen der exsudativen Diathese, besonders bei dem intertriginösen Ekzem der Säuglinge und dem Beugeekzem der größeren Kinder ausgezeichnet. Weniger günstig sind die Erfahrungen bei dem Ansprung bzw. Milchschorf gewesen. Am besten wird es in Form der Zinkpaste oder, wenn kein tadelloses Fett zur Verfügung steht, in Verbindung mit Combustin gegeben. Auch eine ähnlich dem Combustin zusammengesetzte Paste:

Rp. Alumin plv.

Acid. boric plv. āā 0,5

Bismut. subgallic. 2,0

Bals. peruvian. 1,0

Past. Zinci ad 100,0

mit Lenigallol kombiniert, ist sehr empfehlenswert. Bei den nässenden Ekzemen der Kinder sind alle Puder streng zu vermeiden! Es ist jedoch ratsam, in der Privatpraxis vorher auf den Nachteil des Lenigallols, die Schwarzfärbung nicht nur der Haut, sondern auch der Wäsche, aufmerksam zu machen. Dieser Faktor spielt im täglichen Leben eine bedeutsame Rolle. Daher zieht Verf. bei neuropathischen Säuglingen mit starkem Juckreiz einen 10%igen Anästhesinzusatz auch dem 8%igen Tumenolammon vor. Besser als mit Mull werden die erkrankten Stellen durch gleichfalls mit Salbe bestrichene Leinwand oder noch besser mit

Lint bedeckt, der als Flanellstoff besser als der Mull die Paste abgibt. Die bekannte Tatsache, daß bei vielen Kindern zur Erhöhung der Wirkung ein Salbenwechsel mitunter notwendig ist — z. B. 2^o/_oige Pellidol-Zinkpaste oder die Zinnoberpaste oder später ein 1—2^o/_oiger Teerzusatz oder ein Ersatz des Lanolins durch Naftalan —, tut natürlich der Bedeutung des Lenigallols keinen Abbruch. Daß bei der Behandlung der exsudativen Erscheinungen die Diätetik (Beschränkung der Flüssigkeitsmenge, besonders der Milch, zugunsten der festen Kost — eventuell schon im 2. Vierteljahr!) die Hauptrolle spielt, ist wohl selbstverständlich. Auch möchte Verf. erwähnen, daß sich ihm die seltenen Bäder (1—2 wöchentlich, in schweren Fällen sogar nur alle 2 Wochen ein Bad, mit einem adstringierenden Zusatz) besser bewährt haben als die von anderer Seite empfohlenen häufigen Bäder. Die Säuberung der Säuglinge erfolgt nur mit Oel und Watte. Das Vermeiden von erhitzenden Einwickelungen und Unterlagen ist notwendig. Nur bei der Dosierung des Lenigallols — wenigstens für die Kinderpraxis — kann Verf. sich mit der Angabe Isaacsons nicht einverstanden erklären. Nach vielerlei Versuchen hinsichtlich der Konzentration muß er die 1^o/_oige Lenigallolzinkpaste als die wirksamste bei Kindern erklären. (D. m. W. 1921 Nr. 43.)

Ueber die Behandlung der Acne arteficialis mit künstlicher Höhensonne. Von Dr. Leo Wertheim. (Aus der II. dermatologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Wien.) Zusammenfassend läßt sich einstweilen Folgendes sagen: Die Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne ist eine einfache und wirksame Methode zur Behandlung der Oelakne. Sie erspart dem Patienten die lästige und kostspielige Salbenbehandlung und leistet mindestens dasselbe wie diese. Ueberdies eignet sie sich zur Massenbehandlung in Fabrikbetrieben.

(Derm. Wschr. 1921 Nr. 38.)

Ueber Pruritus. Von Prof. Dr. Lothar Heidenhain, Worms. „Um Mitte des Krieges, inmitten schwerster Arbeit, begannen meine beiden Unterschenkel abends, wenn ich mich zu Bette legte, zu jucken und zu brennen. Diese Unannehmlichkeit nahm schnell zu; nachts wurde ich durch Jucken und Brennen aufgeweckt, lag ganze Nächte darob im Halbschlaf. Besichtigung der Unterschenkel ergab eine reizlose, sehr glatte, dünne Haut, haarlos im Bereich des stärksten Juckens. Die Haut machte den Eindruck mässiger Atrophie. Dieser Eindruck wurde verstärkt durch die Haarlosigkeit. Von hier ausgehend, schloß ich, daß, wenn eine Atrophie der Haarbälge vorhanden sei, wohl auch

eine solche der Talg- und Schweißdrüsen bestehen werde, daß irgendwelche Beziehungen dieses Schwundes zu dem Jucken bestehen könnten. Dieser Schluß ist vielleicht für den dermatologischen Fachmann befremdend. Er ist sehr weit hergeholt, aber er führte auf das Rechte. Ich griff zum Lanolintopf und rieb die gesamte Haut der Unterschenkel abends gründlich massierend ein. Schon die erste Nacht war das Jucken viel geringer. Nach einigen abendlichen Einreibungen war es ganz verschwunden. Der Effekt hielt ca. eine Woche an. Ich griff wieder für einige Tage zum Lanolintopf. Die freie Pause wurde länger. Die Pausen sind immer länger geworden, variieren jetzt zwischen 4 und 6 Wochen. Tritt das Jucken wieder auf, so genügen 2—3 abendliche Einreibungen, um mich wieder völlig beschwerdefrei zu machen.“ (M. m. W. 1921 Nr. 49.)

Ueber Eucal. Von San.-R. Dr. Schattenmann (Hannover). „Eucal — so ist der gesetzlich geschützte Name dieser Salbe — ist eine weißgelbliche, feinverteilte, geschmeidige Salbe. Die Rezeptformel würde lauten: Eumattan spiss., Aq. ros., Hydrargyr. chlorat. mit. āā 10,0 ad tub. graduat.¹⁾ Eucal wird analog vieler Hg-Salben (z. B. Hg-Mitin, Hg-Resorbin, Hg-Vasenol usw.) in graduierten Glasröhren geliefert, die Einteilung der Röhre ist dergestalt, daß 10 schwarze mit 3, 6, 9 usw. bezeichnete Teilstriche dieselbe in 10 Teile teilen. Jeder Teilstrich entspricht daher 3 g Salbe = 1 g Kalomel. Diese schwarzen Striche sind durch 10 rote Striche halbiert. Von Rot zu Schwarz sind es dementsprechend 1,5 g Salbe, von Schwarz zu Schwarz oder von Rot zu Rot 3 g Salbe. Die Salbe reibt sich restlos innerhalb 2—3 Minuten in die Haut ein, hinterläßt keinerlei Flecke auf Haut und Wäsche und dürfte nach dieser Richtung hin als Idealsalbe zu betrachten sein; begegnen wir Aerzte doch so häufig dem Widerstand der Patienten, die wegen der auffälligen und verräterischen Farbe der grauen Salbe eine Einreibungskur nicht durchsetzen können oder wollen. Eucal kam zunächst ohne Kombination mit anderen Medikamenten bei allen Formen der sekundären und der tertiären Lues in Anwendung; und es erwies sich dabei, daß das Präparat den gebräuchlichsten Quecksilbersalben hinsichtlich des Abheilens manifester Symptome in keiner Weise nachstand. Die Einreibungen wurden in 4—5 tägigem Turnus vorgenommen, zwischen jeder Einreibungsserie ein Voll- oder Fichtennadelbad verabfolgt. Eine Kur erfordert etwa 3—5 Röhrchen Eucal. Erwachsene reiben im allgemeinen 3—4 g pro die ein, Kinder entsprechend weniger. Bei Gewichts-

¹⁾ Hersteller ist Herr Dr. Müller (Hannover), Minerva-Apotheke.

zunahme, gutem Befinden (Probe auf Albumen) kann die Dosierung bis 5,0 gesteigert werden. Nach meinen Erfahrungen führte der Gebrauch von Eucal weniger zu Stomatitiden als die anderen Hg-Präparate; dagegen bemerkten wir gelegentlich ein Losewerden besonders alter Zähne, die sich später aber wieder festigten. Nachdem durch diese Versuche die günstige Einwirkung auf sämtliche luetische Prozesse gewährleistet war, andererseits die Pat. der kombinierten und schneller wirkenden Behandlungsmethode nicht entzogen werden sollten, wurden die Eucalinreibungen bald mit Salvarsaninjektionen kombiniert und auch hierbei nur gute Erfolge beobachtet.“

(M. m. W. 1921 Nr. 43.)

Ueber die Erfolge mit der einzeitig kombinierten Neosalvarsan-Cyarsalbehandlung der Syphilis. Von Dr. P. Laband (Städt. Krankenhaus Altona). Die Dosierung war bei Männern durchschnittlich 4 g Neosalvarsan + 14 ccm Cyarsol = 0,14 Hg, bei Frauen 3 g Neosalvarsan + 14 ccm Cyarsal = 0,14 Hg für eine Kur. Es wurden bei Männern 0,6 Neosalvarsan + 2 ccm Cyarsal, bei Frauen 0,45 Neosalvarsan + 2 ccm Cyarsal jeden 5. Tag gegeben, im ganzen 7—9 Spritzen. Die 1. Spritze wurde niedriger (0,45 resp. 0,3 Neosalvarsan + 2 ccm Cyarsal) dosiert. Unerwünschte Nebenwirkungen wurden nie beobachtet. Auch zwei Gravide vertrugen die Kur anstandslos. Die Venenwand bleibt völlig unbeeinflusst. Mehrere Male wurde bei Frühluessfällen das Spirochätenfieber beobachtet. Einmal entwickelte sich eine Stomatitis, die nach Sanierung der Mundhöhle schwand.

Zusammenfassung: 1. Cyarsal ist ein organisches Quecksilberpräparat, zur einzeitig kombinierten intravenösen Behandlung der Lues bestimmt.

2. Das Neosalvarsan-Cyarsalgemisch hat vor anderen Hg-Salvarsangemischen den Vorteil des Klarbeibens der Lösung.

3. Es hat, ebenso wie die bisher zur einzeitig kombinierten intravenösen Behandlung angewandten Hg-Präparate, den Nachteil, daß sich zwischen Hg und Salvarsan Reaktionen abspielen. Hierdurch bilden sich neue, nicht bekannte Stoffe.

4. Die Verträglichkeit des Neosalvarsan + Cyarsalgemisches ist eine vorzügliche, die klinische Wirkung auf sichtbare luetische Erscheinungen eine gute.

5. Die Cyarsalbehandlung entspricht in ihrer klinischen und serologischen Wirkung etwa der einzeitigen Neosalvarsan-Sublimatbehandlung. Nach unseren Erfahrungen ist die Wirksamkeit der einzeitigen Neosalvarsan-Novasurolbehandlung eine etwas stärkere. Ueber Dauerwirkung fehlen bisher Erfahrungen.

(Derm. Wschr. 1921 Nr. 50.)

d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber Transannon zur Milderung klimakterischer Beschwerden. Von San.-Rat Dr. Paul Jacob (Charlottenburg). Bei klimakterischen und ovariectomierten Frauen hat Verf. zur Milderung der Beschwerden seit 1 Jahre an 28 Fällen ein neues Mittel, das Transannon der Firma Gehe & Co., A.-G., Dresden, erprobt und will gleich vorweg sagen: Das Mittel ist recht brauchbar, die Frauen sind mit dem Erfolge sehr zufrieden. Sie berichten, daß besonders die Angst, die Wallungen und Schlafstörungen schon nach 8 Tagen nachlassen und daß bald eine allgemeine Besserung des Gesamtbefindens fühlbar werde. Einige Patienten waren für die Verordnung überaus dankbar, da sie von ihren heftigen Schweißausbrüchen befreit wurden, die ihnen bisher das Ausgehen fast unmöglich machten. Durch den jähen Wechsel von heiß und kalt und schweißgebadet litten sie sonst stets an Erkältungen. Solche dankbaren Aeüßerungen, wie über das Transannon, hat Verf. früher über die Ovarialpräparate selten gehört. Die Frauen sind auch deshalb besonders beglückt, „weil ihrer Umgebung das gute, frische Aussehen aufgefallen wäre“. Das Transannon ist ein zusammengesetztes Präparat, bestehend aus 10% Kalzium, 1% Magnesium, 3% Ichthyolsalz, einem vegetabilischen Abführmittel, Extr. aloes, und weiter einem Antihydrotikum aus Salbei. Transannon ist also kein Eierstockpräparat. Im wesentlichen dürften das Kalzium und Magnesium die Hauptträger der Wirkung sein wegen des beruhigenden Einflusses dieser Ionen auf das vegetative Nervensystem. Nach den in der Literatur vorliegenden Erfahrungen darf man es als bewiesen betrachten, daß das Kalzium die Adrenalinempfindlichkeit und damit den Sympathikotonus herabsetzt. Und die meisten obengenannten Beschwerden sind Zeichen von Tonuschwankungen zwischen Vagus und Sympathikus, wie auch die im Klimakterium häufig vorkommenden Schmerzen vom Becken den Rücken entlang zum Hinterhaupt nach Opitz ihren Sitz meist im Grenzstrang des Sympathikus haben. Die Eigenschaften der übrigen Komponenten, das Ichthyol als resorptionssteigerndes Agens, das meist erwünschte Abführmittel und das Antihydrotikum, fördern auf ihre Weise ebenfalls die gute Wirkung des Präparates. Transannon erscheint in versilberten Bohnen. Man läßt 3 mal täglich 1—2 Bohnen unzerkaut einnehmen, am besten während der Mahlzeiten und, wegen ihrer Größe, zusammen mit einem Bissen gekauten Brotes. Nach 14 Tagen kann man auf 2 mal täglich 1 Bohne heruntergehen und fährt in dieser Weise fort, bis ein normales oder befriedigendes Befinden eingetreten ist, was meist nach Verbrauch von 3—4 Schachteln erreicht wird. Oft

wurde dann die angenehme Beobachtung gemacht, daß nunmehr nach Aussetzen des Transannons der Stuhlgang ohne Abführmittel vor sich ging, während vor der Transannonkur täglich per os oder per rectum nachgeholfen werden mußte. Dies dürfte auch eine Wirkung des Kalziums und Magnesiums auf die Darmnerven sein. Bei mehreren Frauen, die das Mittel länger als notwendig (über den Sättigungszustand hinaus) genommen haben, trat merkwürdigerweise plötzlich wieder eine leichte Erregbarkeit auf, die sich besonders durch erschwertes Einschlafen bemerkbar machte. Beim Aussetzen trat bald wieder das vorherige Wohlbefinden ein. Man muß also auch darauf achten, daß das Mittel nicht zu lange genommen wird. Jungen Frauen nach Ovariectomie hat Verf. das Transannon ebenfalls verordnet. Auch hier haben sich die innere Unruhe, die Schwindelanfälle und die Kopfschmerzen in manchen Fällen bald verloren, in manchen etwas langsamer. Verf. ließ dann alternierend noch Novariatabletten nehmen, erst 1 Schachtel Transannon, darauf 50 Novariatabletten und wieder Transannon weiter wie oben. Der Erfolg trat auf diese Weise schneller ein. Diese Methode wandte Verf. auch in jenen klimakterischen Fällen an, wo hin und wieder noch Blutungen eintraten. Diese reagierten nämlich auf Transannon allein nicht so prompt wie die übrigen rein nervösen Fälle. Im allgemeinen hat die Wirkung des Mittels 3—4 Monate vorgehalten. Dann wurde die Kur wiederholt. Meist genügten dann 2 Schachteln, um die wieder auflebenden Beschwerden zurückzudämpfen. (D. m. W. 1921 Nr. 36.)

Behandlung der Grippe bei Schwangeren. Von Dr. W. Koertling (Deutsche Universitäts-Frauenklinik Prag). Bei durch Pneumonie komplizierter Grippe, wo das Leben durch die enorm rasche und massenhafte Exsudation seröser Flüssigkeit in die Alveolen und Bronchioli akut bedroht erscheint, hat Adrenalin sehr gute Dienste geleistet. „Wir verwendeten Adrenalin Heisler und gaben je 1 ccm der Stammlösung 1:1000 intramuskulär in 3- bis 4stündigen Intervallen, oft in großen Dosen, in einigen Fällen bis 18 ccm. Das Adrenalin wurde angewendet, wenn durch oft wiederholte Perkussion und Auskultation eine in wenigen Stunden rasch zunehmende Exsudation, die nach den von mehreren Seiten später bestätigten Anschauungen Oberndorfers einer durch Läsion des Gefäßsystems bedingten erhöhten Durchlässigkeit der Kapillaren zuzuschreiben ist, nachgewiesen war. In diesen Fällen handelte es sich um die direkt lebensbedrohende seröse Exsudation. War diese bei der Einlieferung der Patientin nicht schon zu weit vorgeschritten, dann konnte sie durch die Adrenalininjektionen noch zur rechten Zeit kupiert werden. In Fällen, wo

nach dem ganzen Krankheitsbilde die Ausbildung dieser Grippeform zu erwarten stand, wurde prophylaktisch mit gutem Erfolge Adrenalin angewandt. Bei Fällen mit fibrinös-eitriger Exsudation hat das Adrenalin diesen Effekt nicht. Nur für jene Fälle mit rapid zunehmender seröser Exsudation, der bei der letzten Grippeepidemie so viele junge kräftige Menschen zum Opfer gefallen sind, ist also die Adrenalinbehandlung indiziert. Der Adrenalinbehandlung in Kombination mit anderen therapeutischen Maßnahmen (Serumbehandlung, Aspirin, frühzeitiger Beeinflussung der Herztätigkeit durch Digitalis und große Dosen von Kampfer, feuchten Wickeln usw.) schreiben wir es zu, daß die Mortalität unserer an Grippepneumonie erkrankten Schwangeren eine relativ geringe blieb.“ (Ther. Hbmh. 1921 Nr. 21.)

Bei dysmenorrhoeischen Schmerzen (essentielle Dysmenorrhoe) empfiehlt Dr. S. Auerbach, neben antineurasthenischen Maßnahmen, besonders Radfahren, sodann mäßige Bromdosen (in Intervallen von 3—4 Monaten 4 Wochen lang Natr. brom. 15,0:200,0, morgens und abends 1 Eßlöffel) und beim Anfall selbst Phenacetin 0,5 + Codein. phosphoric. 0,05, (von der Firma Merz, Frankfurt a. M., unter dem Namen Dysmeno-Merzetten in den Handel gebracht, 1 Tablette, evtl. nach 3 Stunden noch $\frac{1}{2}$). (Med. Kl. 1921 Nr. 45.)

Behandlung der Portioerosionen mit Resopon-Vaginalkugeln. Von Dr. Hartwig, Pritzerbe. Resopon, dessen wirksames Prinzip eine Schwefelharzverbindung in kolloidaler Form darstellt, ist durch seine milde, aber gut desinfizierende und die Wundheilung anregende Wirkung bekannt. Es findet Anwendung in wäßrigen Lösungen zu Umschlägen und in 5—10%igen Salben mit Vaseline als Konstituens. Bei torpiden Geschwüren, Ulcera cruris, impetiginösen Ekzemen und zur Nachbehandlung inzidiertter Abszesse ist Resopon vielfach bewährt befunden. Es beseitigt relativ schnell bestehende Eiterungen, reinigt die Wunden und regt Granulationsbildung an. Für die gynäkologische Praxis hat die Herstellerin (Reso-Produkte, A.-G., Zürich) handliche Vaginalkugeln herausgebracht, bestehend aus Ol. Cacao und 5 Proz. Resopon. Diese Vaginalkugeln kann Verf. auf Grund seiner Erfahrungen für die Behandlung der Muttermundserosionen empfehlen. Vor anderen Behandlungsverfahren haben sie den Vorzug der Reizlosigkeit. So sind die vielfach üblichen Chlorzinkätzungen zumeist recht schmerzhaft, führen manchmal zu Blutungen und haben stets eine lästige Reizwirkung zur Folge; können deshalb nur in größeren Zeitabständen vorgenommen werden. Die Wir-

kung der Vaginalkugeln entspricht im Enderfolg mindestens derjenigen der Aetzungen mit Chlorzink; die Wirkung der Einzelanwendung aber ist bedeutend milder. Man führt die Kugeln anfangs täglich und weiterhin alle 2—3 Tage ein. Zur Fixierung der bis an die Portio gelegten Kugeln dient ein mit 5 % Resopon-Vaselin bestrichener Wattetampon. Nach wenigen Wochen bereits sieht man im Spekulum, daß das Ulkus sich von Schorf und Schleim reinigt und daß vom Rande her die Ueberhäutung beginnt. Bei regelmäßiger Weiteranwendung der Vaginalkugeln stellt sich fortschreitende Verkleinerung des Geschwürs ein, die allmählich zu völliger Vernarbung führt. Den erodierten Zervikalkanal ätzt man einige Male mit dem Argent. nitric.-Stift. Bei kleinen bis mittelgroßen Portioerosionen kommt man mit dieser Behandlung ganz allein zum Ziel. Eine Schnellheilung wird nicht erreicht, dürfte bei der chronischen Natur des Leidens auch nicht möglich sein. Beachtenswert aber erscheint das sichere Erzielen des Enderfolges, ohne daß den Patientinnen jemals Schmerzen bereitet werden. Auch bei großen und größten Muttermunderosionen lassen die Resopon-Vaginalkugeln Vernarbungstendenz erkennen. Es dauert aber recht lange und die Patientinnen verlieren leicht die Geduld. Eine Abkürzung des Verlaufs ist zu bewirken, indem man 2—3 mal, mit einigen Wochen Zeitabstand, das Ulkus mit dem Glüheisen ausbrennt. Darnach werden die Resopon-Vaginalkugeln in gewohnter Weise benützt und führen zur Vernarbung. Resopon-Vaginalkugeln sind ein brauchbares, von Nebenwirkungen freies und bequem anwendbares Mittel zur Behandlung der Muttermunderosionen. Am besten werden die Kugeln vom Arzt eingelegt, notfalls aber von geschickten Patientinnen selbst, abends vor dem Zubettgehen. Der Einführung der Kugeln läßt man eine lauwarme Vaginalspülung mit dünnen Aufguß von Flores Chamomillae oder besser mit 3% Resopon-Lösung vorangehen. (Aerztl. Rdsch. 1921 Nr. 36.)

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.12.— aussohl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

31. Jahrgang

Nr. 7.

April 1922

Originalarbeit.

Zur Anwendung von Ungt. Sthenochrisma.

San.-Rat Dr. Ritzefeld, Köln.

Ich möchte heute einige Beobachtungen mitteilen, die ich mit Ungt. Sthenochrisma (Fabrikanten Schepers & Co., m. b. H. Chem. pharmz. Fabrik in Köln-Mühlheim) machte. Nach Angabe der Hersteller besteht das Präparat aus einer der Haut sehr zu-träglichen Salben-Grundlage, die als einziges wirksames Agens Escol enthält. Dieser Stoff diffundiert leicht durch die Haut, wirkt kräftig antiseptisch und fördert infolge seines hohen Gehaltes an leicht assimilierbarem Phosphor die Tätigkeit der Zellen (Zellregeneration). Infolge dieser Eigenschaften erklärt sich wohl auch das weite Anwendungsgebiet des Präparates. Im Handel ist Ungt. Sthenochrisma in Tuben, Kruken und Kassenpackungen. Angeregt durch Erfahrungen verschiedener Kollegen, behandelte ich Schnittwunden, Kontusionen, Ulcus cruris, Furunkel, ekzematöse Hautveränderungen, Rheumatismus und Neuralgie. Einige Fälle möchte ich hier skizzieren:

Fall I. 24-jähriger Kriegsinvalid. Narben-Ulcus-cruris nach Zellgewebsentzündung über dem Schienbein. Operationsnarbe über der rechten Tibia bis zum Fußrücken. Narbengeschwür etwa 10 cm lang, 3 cm breit und 0,5 cm tief. Ränder Rallös und hart. Die Geschwürfläche sieht schmierig aus mit üblem Belag. Zunächst wurde 3 mal täglich ein frischer Verband mit Ungt. Sthenochrisma aufgelegt. Nach 4 Tagen war die Geschwürfläche rein. Die Granulation gewinnt gesunde, rote Farbe. Beginn der Vernarbung vom Rande aus nach innen deutlich sichtbar. Patient wurde absichtlich in seinem Berufe gelassen. Trotzdem erfolgte ungemein rasche Heilung, sodaß nach 8 Tagen bereits $\frac{3}{4}$ der

Wunde geheilt und überhäutet war. Nach 16 Tagen volle Heilung, doch wurden noch einige Zeit lang leichte Einstreichungen mit Ungt. Sthenochrisma zur Pflege des alten Narbengewebes beibehalten.

Fall II. 33jähriger Kellner. Stark ausgesprochene Pedes plani und Hornhautbildung auf beiden kleinen Zehen sowie zwischen beiderseitiger vierten und fünften Zehe. Durch unvorsichtiges Abreißen der Hornhautbildungen waren zwischen den Zehen an beiden Füßen Rhagaden entstanden, die so schmerzhaft waren, daß der Patient seinem Beruf nicht mehr nachkommen konnte. Durch öfteres Einlegen von Mullstreifen, die mit Ungt. Sthenochrisma bestrichen waren, heilten die Schrunden innerhalb 8 Tagen so weit, daß Patient wieder arbeitsfähig wurde. Die volle Heilung wurde nach 10 Tagen beobachtet.

Fall III. 62jährige Rentnerin. Patientin, die mir seit langen Jahren wegen ihrer sehr reizbaren Haut und gichtiger Ekzeme, besonders auf der behaarten Kopfhaut, bekannt ist, erkrankte an Lungenentzündung. Infolge der unvorsichtigen Anwendung von feuchtwarmen Umschlägen durch die Pflegerin kam es zu einem ausgebreiteten Ekzem auf der rechten Rückenseite, in der Leiste, den Schamlippen und der Analgegend. Alle früher angewandten Salben brachten der Patientin nicht nur keine Linderung, sondern steigerten noch subjektiv die Beschwerden. Die Unzufriedenheit der anspruchsvollen Patientin ließ mich zu der ihr noch völlig unbekanntem Ungt. Sthenochrisma greifen. Bereits nach ganz kurzem Gebrauch waren alle Beschwerden so zurückgegangen, daß Patientin außerordentlich zufrieden war und die auch noch an anderen Stellen auftretenden ekzematösen Hautveränderungen damit in Behandlung nahm. Die Patientin will die Salbe nicht mehr entbehren, weil sie bei ihrem jahrelangem Leiden am besten geholfen haben soll.

Fall IV. 50 Jahre alter Schreiner. Starke Kontusion mit Bluterguß an der linken Schulter und Kopfseite (einschließlich Auge) infolge des Sturzes von einer Treppe. Röntgenaufnahme ohne Befund. Nach kurzem Gebrauch von Ungt. Sthenochrisma erfolgte außerordentlich rasche Abnahme der Schmerzhaftigkeit und Rückbildung des Blutergusses.

Fall V. 42 Jahre alter Bankbeamter. Kontusion der linken Schulterblattgegend und des Oberarmes, der bis zum Ellbogen blauschwarz verfärbt ist. Schon nach kurzen Tagen tritt volle Schmerzlosigkeit und Bewegungsfähigkeit des Armes ein.

Fall VI. 23 Jahre alter Hausknecht. Furunkel auf dem rechten Handrücken. Ich ließ 3 mal täglich mit Ungt. Sthenochrisma einreiben. Der Erfolg trat sehr rasch ein; eitrige Schmelzung

und Ausstoßen des Gewebepfropfens ohne irgend welche lymphatische Erscheinungen. Bei weiterem Gebrauch der Salbe erfolgte schnelle Füllung der Wundhöhle.

Fall VII. 22 Jahre alter Bankbeamter. Furunkel über dem Grundgelenk des rechten Zeigefingers. Verlauf der raschen Heilung wie bei Fall VI.

Weiter möchte ich noch erwähnen, daß ich mit Ungt. Sthenochrisma sehr gute Erfolge bei Supraorbitalneuralgie gehabt habe. Nach den gemachten Erfahrungen glaube ich, daß wir für die Praxis in Ungt. Sthenochrisma ein außerordentlich brauchbares Präparat besitzen, das den Arzt in Stand setzt, die oft langwierigen Heilungsprozesse ohne irgend welche Komplikationen zu beschleunigen und zu Ende zu führen.

Referate.

Aetiologisches.

Wundscharlach durch Daumenlutschen. Von Dr. Reinhold Bloch, Leiter der Krankenpflegeschule des St. Martin-Stiftes in Koblenz. Das Kind F. G. 1 $\frac{1}{2}$ Jahre alt, außer rachitischer Anlage gesund, hatte seit einiger Zeit die Beschäftigung des Daumenlutschens recht eifrig betrieben und sich infolgedessen auf der Haut der Streckseite des r. Daumens eine klaffende Wunde zugezogen. Diese war mit grau-schmierigem Belag überzogen und sonderte tüchtig ab, als am 23. V. 1921 unter mäßiger Temperatursteigerung am r. Daumen, der Streck- und Speichenseite desselben Vorderarmes eine streifenförmige Rötung in der Haut auftrat (Lymphangitis); in der Nacht bemerkte der Vater des Kindes höheres Fieber und eine Veränderung der Hautbeschaffenheit der unmittelbaren Umgebung der Lutschwunde — „als sähe es nach Scharlach aus“ —, während bald darauf das Kind sehr unruhig wurde und die Körperwärme auf 39,5° stieg; am 24. V. früh 9 Uhr bestanden 40,2°, und es zeigte sich ein Scharlachexanthem in Form sehr kleiner, roter Stippchen und mosaikartiger Pünktchen, sehr bald konfluierend, an der Daumenseite der r. Hand, hinaufstrebend bis über den Ellbogen, sowie vereinzelte Eruptionsgruppen am Halse, der r. Achselhöhle, dann der Brust und Innenseite der Oberschenkel, welche am Abend desselben Tages noch den Rücken ergriffen und am 25. V. auch die Stirn und seitliche Halsgegend eingenommen hatten. An diesem Tage wiesen beide Mandeln dunkelrote Verfärbung und Schwellung auf, die Submaxillardrüsen deutliche, auf Druck schmerzhaft Vergrößerung. Bei hochbleibender Temperatur und der dieser Erkrankung eigenen Pulsbeschleunigung blieb der Ausschlag fast am ganzen

Körper noch 2 Tage bestehen — die Zunge war inzwischen dunkelrot „lackiert“ geworden und von beinahe stecknadelkopf-großen Papillen bedeckt worden, um dann in weiteren 2 Tagen abzublassen. Nach 7 Tagen stellte sich an zahlreichen Stellen des Körpers eine typische Abschuppung in größeren und kleineren Fetzen ein, welche nach einer weiteren Woche beendet war. Eine Nierenkomplikation trat nicht ein, das Kind erholte sich bald völlig. — Um jede andere Entsehungsweise in Betracht zu ziehen, wurden hier alle anderen Infektionsquellen und Eintrittspforten untersucht: Möglichkeit der Ansteckung durch Hausgenossen, Eltern und Geschwister, Verwandte, Schule, Kleidung, Nahrung usw., jedoch war nichts zu ermitteln. Wenn man auch eine noch so große Tenazität des Scharlachvirus annimmt, so ist es doch wohl nicht gestattet, eine Infektion von seiten einer 13jährigen Schwester des Kindes anzunehmen, welche 2 $\frac{1}{2}$ Jahre zurückliegt (Scarlat. simpl.) und wobei drei andere Geschwister nicht angesteckt und die Wohnräume natürlich desinfiziert wurden. Wohl könnte man die familiäre Disposition für Scharlach in die Wagschale werfen, welche von Mathies so überzeugend nachgewiesen worden ist. Verf. hat sich Mühe gegeben, im vorliegenden Falle nach Ansteckungsquellen aus der Nahrung zu suchen, weil ja gerade durch das Lutschen möglicherweise die Krankheitserreger unmittelbar oder mittelbar aufgenommen werden konnten. Hier muß besonders der wichtigen Rolle der Milch gedacht werden, welche ja für bekannte Scharlachepidemien in England die Infektionsquelle gewesen ist, während in Deutschland dieser Herkunft der Krankheit anscheinend nicht so reichliche Bedeutung beigemessen wurde, indes hat sich hier gar nichts Positives ergeben. Es mag noch die Tatsache Erwähnung finden, daß die gelegentlich beschriebenen exanthematischen Mitkrankheiten und Komplikationen bei Scharlach, besonders Erysipel und Purpura, bakteriologisch als nicht dem Scharlach zugehörig gefunden wurden; während sonstige sogenannte Scharlacherkrankungen nach Verbrennungen durchaus zu den toxischen Erythemen zu zählen sind. Die Erfahrungen des Weltkrieges haben zu Bereicherung der Kenntnis des septischen oder pyämischen Exanthems viel beigetragen und gezeigt, daß dieses Krankheitsbild von demjenigen des Wund-scharlachs durchaus verschieden ist. Die selbständige Krankheitsform des chirurgischen Scharlachs erkennt auch Tillmanns an, welcher außer eigenen noch 26 von Koch aus dem Basler Kinderspital gesammelte Fälle erwähnt. Auch der Wechsel der Anschauungen bis in die neuere Zeit hat uns keine andere Meinung in der Beurteilung des Wund-scharlachs einzugeben vermocht, als diejenige ist, welche Hoffa begründet hat; wir können auch für die Praxis die von ihm

gegebene Einteilung der erythematösen und scharlachartigen Hautausschläge, welche bei Wunden auftreten, uns zu eigen machen und welche kurz so lautet: 1. Erythema congestivum s. vasomotor. 2. Erythema toxicum. 3. Erythema septic. s. pyaemic. 4. Erythema scarlatinos. (Wundscharlach). Zum Schlusse seien zwei Fragen gestreift: Erstens die Prophylaxe; sie ist im allgemeinen dieselbe wie beim gewöhnlichen Scharlach. Nach der Erfahrung des hier mitgeteilten Falles liegt uns Aerzten die Pflicht ob, jeder Wunde, auch einer harmlosen Lutschwunde, die größte Aufmerksamkeit zuzuwenden, die Eltern auf die Infektionsgefahr hinzuweisen und für eine aseptische bzw. antiseptische Wundbehandlung Sorge zu tragen. Gerade so gut wie durch den Genuß roher Milch, welche mit Streptokokkenkeimen durchsetzt ist, Scharlach entstehen kann, ist die Infektion einer Fingerwunde denkbar durch den gleichen Stoff, und ebenso wie eine Polyarthrit. rheumat. aus einer Angina entspringt oder aus einer Pyorrhoe, kann ein Kind sich einen Wundscharlach aus dem Brutbrei einer kariösen Zahnhöhe herausaugen — und viele andere Möglichkeiten mehr. Zweitens: Sollen wir isolieren? — Unbedingt! Der als chirurgischer Scharlach erkannte Krankheitsfall muß bezüglich seiner Uebertragungsmöglichkeit genau so behandelt werden wie der allgemeine Scharlach. (M. m. W. 1921 Nr. 52.)

Grünfärbung eines Säuglings nach Spinatgenuß. Von Dr. A. Dollinger, Leitender Arzt des Säuglingsheimes Berlin-Halensee. „Es handelte sich um ein damals (Ende Mai) ein Jahr altes, prachtvoll entwickeltes Mädchen, das seit ungefähr Weihnachten als Gemüse ausschließlich Spinat erhalten hatte, da es nach Angabe der Pflegerin andere Gemüsesorten nicht vertrug. Seit Ende Januar bemerkte die Umgebung eine immer stärker werdende gelbe bzw. gelbgrüne Verfärbung des Gesichts, besonders der Nase und Stirn, sowie der oberen Partien der Halsfalten und der Hände. Jeder, der das Kind zum ersten Male sah, mußte unwillkürlich lachen, da die hellgrün schimmernde Nase (vor allem Spitze und Flügel) in dem mehr gelbgrün gefärbten Gesichtchen einen ungemein komischen Anblick bot. — Nachdem Spinat abgesetzt bzw. wesentlich eingeschränkt worden war, verschwand die Grünfärbung langsam. Ende Juni war sie zwar noch gut erkennbar, aber ganz wesentlich geringer geworden.“ (M. Kl. 1921 Nr. 51.)

Ernst Wolf über Beschneidungstuberkulose und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen. Im Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus kamen 2 Säuglinge im Alter von

3 Monaten zur Aufnahme, bei denen sich im Anschluß an die rituelle Beschneidung mit Aussaugen der Wunde ein Geschwür am Penis und Leistendrüsentumoren gebildet hatten. Nach anfänglicher, erfolgloser antiluischer Behandlung wurde auf Grund des positiven Ausfalls der Pirquetschen Reaktion und des mikroskopischen Nachweises von tuberkulösem Granulationsgewebe im Präputium die Diagnose Tuberkulose gestellt und mit Röntgen bestrahlt. In beiden Fällen kam es zur eitrigen Einschmelzung der Leistendrüsen. Der eine Säugling erkrankte an einer Oberschenkelphlegmone im Anschluß an die Leistendrüsenfisteln und erlag im Alter von 8 Monaten einer unspezifischen Bronchopneumonie. Der andere Knabe mit einem ursprünglich stark progredienten Ulkus wurde geheilt, nachdem auch die Lymphdrüsen am Darmbeinkamm sich stark vergrößert hatten und Hauttuberkulide aufgetreten waren. Wolff hat 58 Fälle von Beschneidungstuberkulose zusammengestellt. Die Prognose des Leidens ist bedeutend besser als für Säuglinge des ersten Halbjahres, welche an Inhalationstuberkulose erkrankt sind. Die Zahlen der Ueberlebenden verhalten sich wie 37 zu 14—16%. Die Hälfte der Todesfälle im ersten Jahr ist nicht durch tuberkulöse Erkrankungen, sondern durch Sekundärinfektion der Leistendrüsenfisteln verursacht. In den Fällen mit guter Prognose kommen die Leistendrüsen stets zum eitrigen Durchbruch. Als rationelle Therapie wird vorgeschlagen, außer einer energischen Bestrahlung von Leistendrüsen und Penis im Falle der eitrigen Drüseneinschmelzung nur zu punktieren und die Abszesse mit Jodoformglyzerin zu füllen, anstatt, dem Rat der meisten Autoren folgend, chirurgisch vorzugehen. (Berlin, Verein für Innere Medizin u. Kinderheilkunde, 14. Nov. 1921.)

Krankheitsbilder.

Schob (Dresden). Chronische Krankheitsbilder nach Enzephalitis lethargica bei Kindern. 1. 9jähriges Mädchen, Enzephalitis vor zwei Jahren; hartnäckige Schlaflosigkeit; Störungen der Atmung; Herabsetzung der Intelligenz, Charakterveränderungen. 2. Extrapiramidaler Symptomenkomplex (akinetisch-hypertonisches Syndrom) bei 13 $\frac{1}{2}$ jährigem Knaben. Enzephalitis März 1920. Schlafsucht; später Bild der jugendlichen Paralysis agitans sine agitatione. 3. 7 $\frac{1}{2}$ jähriger Knabe. Mai 1920 Enzephalitis. Schlafsucht Februar 1921. Allgemeine Steifigkeit, starke Retropulsion, Dysarthie; keine Pyramidensymptome. Krankheitsbild zeigt jetzt noch leichte Progression. 4. Zur Differentialdiagnose zwischen Enzephalitis epid. und zerebraler Kinderlähmung. 5 $\frac{1}{2}$ jähriger Knabe. März 1920 Chorea, danach auffällige Schlafsucht mit

nächtlicher Schlaflosigkeit. Rigidität der linkseitigen Extremitäten, Sehnenreflexe links etwas stärker als rechts, spastisch-paretischer Gang. Hängt nach links vorn; oft Propulsion. Kein Babinski, keine Differenz der Bauchdeckenreflexe.

Rund (Dresden): **Zur Klinik der Enzephalitis epidemica im Kindesalter.** Bericht über 15 an der Kinderheilanstalt zu Dresden beobachtete Fälle. Unter den 11 akuten Fällen befanden sich 4 Säuglinge, die sehr verschiedene Krankheitsbilder boten. Bis zweien stand im Vordergrund der lethargische Zustand. Ein Kind genas völlig, das andere zeigte bei Nachuntersuchungen Intelligenzdefekte. Der dritte Fall bot anfangs das Bild einer Meningitis; der 4. neben myoklonischen Zuckungen starke Hypertonie der Muskulatur. Die beiden letzteren starben. Bei einem 2jährigen Kinde, das sich lange Zeit wie spastische Diplegie verhielt, konnte die Diagnose erst durch Nachuntersuchung gesichert werden. 3 Fälle zeigten das choreatisch-lethargische Krankheitsbild. Von diesen wurde ein Kind geheilt entlassen, eines starb, bei dem 3. entwickelte sich das typische Bild des amyostatischen Symptomenkomplexes. 2 Fälle gehörten zur meningitischen Form. Ein als abortiv bezeichneter Fall zeigte neben Schluck- und Sprachstörungen sowie Hypertonie der Arme und Beine noch wechselndes Verhalten der Patellarreflexe. Von den im Spätstadium eingelieferten Fällen zeigte der eine Agrypnie und einen während des Krankheitsverlaufes aufgetretenen ethischen Defekt. Ein Fall zeigte das ausgesprochene Bild des amyostatischen Symptomenkomplexes. Bei den beiden anderen war dieses Bild nicht so deutlich ausgesprochen, doch ermöglichten die psychischen Erscheinungen eine Sicherung der Diagnose. Differential-diagnostisch ist bei den nicht typischen akuten Formen zu achten auf die vorübergehenden Störungen im Gebiet der Augennerven und des Fazialis, die Anfälle von keuchender Atmung, die Atemlähmungen, Schluckkrämpfe und das wechselnde Verhalten der Sehnenreflexe. Bei jungen Kindern ist an den akuten zerebralen Tremor zu denken. Bei den Spätfolgen mit wenig ausgesprochenen körperlichen Symptomen ist besonders auf das eigentümliche psychische Verhalten zu achten.

Besprechung. Ibrahim (Jena) glaubt, daß man dem extrapyramidalen Symptomenkomplex auch beim Little begegne.

Hohlfeld (Leipzig) berichtet über den rapiden Verlauf der Enzephalitis lethargica bei einem 4 Wochen alten Brustkinde. Am ersten Tage nicht zum Trinken wach zu bekommen, am zweiten dieselbe Schlafsucht und Speichelfluß, am dritten schlaffe Lähmung der Beine, keine Patellarreflexe, vertiefte, am Nachmittage pausierende Atmung. Liquor klar, Sediment o. B., steril. Temperatur

nicht über 38°. Am Morgen des 4. Tages Exitus. Sektion: Bronchitis, beginnende bronchopneumonische Herde, starke Hyperämie des Gehirns, mikroskopisch herdförmige Enzephalitis. Vater kurz vor der Erkrankung des Kindes Angina, Mutter Schnupfen. (Vereinigung Sächsisch-Thüringischer Kinderärzte 27. Nov. 1921.)

Vorübergehende schwere Mischungszyanose beim Neugeborenen, ein typisches Krankheitsbild. Von Prof. Dr. F. Göppert (Göttingen). Beschreibt 2 Fälle.

„Aehnliche Fälle hat Bruck (Kattowitz), wie er mir mitteilt, beobachtet. Es handelt sich also um das Auftreten von Zyanose unmittelbar nach der Geburt, im Lauf der ersten Lebenswochen. Die charakteristische, tief veilchenblaue Farbe, die blauen Wellen, die durch den Körper zu gehen scheinen, lassen von vornherein die Annahme einer Zyanose durch Mischung arteriellen und venösen Blutes für fast gesichert erscheinen. Daß keine Störung der Lungenventilation vorliegt, ist am besten durch die Wirkungslosigkeit der Sauerstoffeinatmung und der Atemreize nachzuweisen. Methämoglobinvergiftungen sind leicht auszuschließen. Der normale Befund bei Auskultation und Perkussion am Herzen läßt freilich einen Herzfehler nicht ausschließen, eher der Durchleuchtungsbefund. Eine Entscheidung bringt nur das völlige Verschwinden des Leidens nach wenigen Tagen und das dauernde Fehlen von Herzgeräuschen und Störungen im späteren Leben bzw. die Sektion. Daß der Zustand zeitweise sehr bedrohlich werden kann, zeigen unsere beiden Fälle. Unruhe muß durch ein Schlafmittel bekämpft werden. Bei der Notwendigkeit, den Eingriff zu wiederholen, empfiehlt sich hierzu Urethan 1 g per clysm. Außerdem scheint Strophanthus gut zu wirken. Die Entstehung des Leidens haben wir uns folgendermaßen vorzustellen. Das Foramen ovale ist selbst bei vollständig schließungsfähiger Klappe für den Blutstrom vom rechten Vorhof aus nur insoweit und solange gesperrt, als der Druck im linken Vorhof dem des rechten mindestens gleich ist. Bei der Geburt ist der rechte Vorhof und die rechte Herzkammer voluminöser und kräftiger, und erst allmählich ändert sich das Verhältnis. Denkt man sich, daß aus irgendeinem Grunde der an und für sich schon schwächere linke Vorhof weniger kräftig arbeitet, oder daß, was wahrscheinlicher ist, der Druck im rechten Herzen zunimmt, so ist die Gelegenheit zum Ueberströmen venösen Blutes in den linken Vorhof gegeben. Das letztere Ereignis kann sich schon unmittelbar nach der Geburt dadurch ereignen, daß das Schlagvolumen des rechten Herzens die Fassungskraft der Pulmonalarterien übertrifft. Schreien vermehrt den Druck im rechten Herzen und wirkt so verschlimmernd.

Theoretisch könnte ein solches Mißverhältnis zwischen dem Druck in den Vorhöfen solange eine Zyanose erzeugen, als das Foramen ovale noch offen ist. Doch kommt es sehr schnell zu einer Umkehrung des Kräfteverhältnisses zwischen linkem und rechtem Herzen. Vielleicht ist in dem ersten Falle durch den tagelang dauernden Status eclampticus das Herz besonders, also der schwerer arbeitende linke Herzteil geschädigt worden. Es liegt nahe anzunehmen, daß vielleicht bei manchen unter Zeichen von Zyanose im Gefolge von septischen Erkrankungen oder Bronchitiden zugrunde gehenden Neugeborenen die Farbe durch den genannten Mechanismus bedingt ist. Auch sah ich wiederholt bei lebensschwachen Kindern nach Schreien oder Trinken an der Brust Kurzatmigkeit mit livider Farbe, die vielleicht auch den gleichen Grund hatte, doch ist eine Entscheidung nicht möglich. Wenn unsere Erklärung für das Zustandekommen der Zyanose in der Tat richtig ist, so muß das gleiche Krankheitsbild auch bei leichten Klappenfehlern des rechten Herzens anfänglich eintreten können, wenn durch diese der Druck im rechten Vorhof vermehrt wird. Ist der Herzfehler an und für sich relativ leicht, so muß es auch möglich sein, daß mit zunehmender Entwicklung der Kraft des linken Herzens bzw. auch durch Abnahme der Größe des Foramen ovale die Bläue wieder verschwindet. In der Tat berichtet Cassel als feststehende Erfahrung, daß im frühen Säuglingsalter bestehende Zyanose trotz Fortdauer des angeborenen Herzfehlers, z. B. einer Trikuspidalinsuffizienz, spurlos verschwindet. Die Bläue scheint auch bei diesem Leiden in den ersten 3—8 Tagen aufzutreten. Nach persönlicher Mitteilung sah Stolte bei einem Kinde am Ende der 2. Lebenswoche schwerste Zyanose, keine Atemstörung, aber ein lautes systolisches Geräusch. Am nächsten Tage war die krankhafte Färbung ebenso wie das Geräusch verschwunden. Als das Kind im Alter von 9 Monaten wieder gezeigt wurde, war außer einem systolischen Geräusche nichts nachweisbar. Das Kind war nie mehr blausüchtig geworden. Es gibt demnach drei Formen von bald nach der Geburt beobachteter oder innerhalb der ersten 5 Lebenstage entstandener Mischungszyanose. Die erste Gruppe hat einen derartigen Herzfehler, daß eine Mischung von arteriellem und venösem Blute unbedingt stattfinden muß. Sie bleiben dauernd blausüchtig. Bei der 2. Gruppe besteht ein Herzfehler, wohl meist eine Stenose der Trikuspidalis oder Pulmonalis. Der erhöhte Druck im rechten Herzen bewirkt nur kurze Zeit ein Ueberströmen des venösen Blutes. Doch kommt es bald zu einer Kompensation mit Zunahme der Kraft oder linken Herzhälfte. Die fortschreitende Verengerung des Foramen ovale verhindert den Rückfall, und so verschwindet die Zyanose dauernd. Bei der 3. Gruppe kommt es,

ohne daß ein Herzfehler besteht, zu einer Druckdifferenz zwischen rechtem und linkem Vorhof mit der notwendigen Folge des Ueberströmens venösen Blutes in den linken Vorhof. Die Differentialdiagnose ist in einzelnen Fällen der Gruppe 1 durch den Röntgenbefund festzustellen, insofern erhebliche Veränderungen der Herzmasse einen Ausgleich nicht erwarten lassen. Herzgeräusche fanden wir nicht bei der 3. Gruppe, doch sind sie denkbar. Meist aber nicht immer, ev. auch nicht dauernd, hört man sie bei der Gruppe 1 und 2. So lassen sie sich zu Anfang Gruppe 1 und 2 nur mitunter voneinander trennen. Die Zugehörigkeit eines Falles zur Gruppe 3 läßt sich wohl bei Fehlen von Geräuschen und perkutorisch oder röntgenologisch nachzuweisender Herzvergrößerung vermuten, aber nicht sicher behaupten. Die Entscheidung gibt erst der klinische Verlauf. Die Kenntnis dieses Krankheitsbildes ist geeignet, uns vor vorschnellen, pessimistischen Diagnosen zu schützen. Die Therapie muß stets davon ausgehen, daß das Herz des blausüchtigen Neugeborenen nur einen leichten Fehler haben oder gar gesund sein kann. (M. m. W. 1921 Nr. 52.)

Kasuistisches.

Infektion der Skrotalhöhle vom perforierten Wurmfortsatz aus. Von Dr. O. Mader (Radolfzell). Achtjähr. Knabe, seit 2 Tagen Leibweh, geht mit gebeugtem Oberkörper herum. Befund: Temp. um 38. Typischer Ileozökaldruckschmerz mäßigen Grades. Rechte Skrotalhälfte stark geschwollen, leicht ödemätös, ganz hochgradig berührungsempfindlich. Pat. wird dem Krankenhaus überwiesen und sogleich operiert. Wurmfortsatz frisch perforiert, die Perforationsöffnung durch entzündlich verklebtes Netz geschlossen. Eine Darmschlinge frisch damit verlötet, bei ihrer Lösung der typische Geruch nach Kolieiter. Bauchhöhle rings in der Umgebung ganz frei von entzündlichen Erscheinungen. Radikaloperation, Schluß der Bauchhöhle. Hochlagerung des Skrotums, Entzündung nimmt gleichwohl zu. Am 3. Tage Spaltung und Entleerung von reichlicher Menge stark stinkenden Kolieiters. Testikel eitrig belegt. Tamponade. Rasche glatte Reinigung und Heilung. Die Entzündung der Skrotalhöhle erklärt sich zweifellos durch Offenbleiben des Proc. vaginalis. Interessant ist dabei die völlige Freiheit des zwischen beiden Entzündungsherden liegenden Peritonealabschnittes, über den hinweg die Verschleppung der Entzündungserreger vom Wurm zum Skrotum erfolgt sein muß. (M. m. W. 1921 Nr. 51.)

Ein Fall von Polyneuritis mit erhaltenen Kniesehnenreflexen. Von H. L. Tetzner (Aus dem Krankenhaus zu Zittau).

Polyneuritis-, bzw. Tabes-Fälle mit erhaltenen Kniesehnenreflexen sind ungemein selten. Nur Weniges ist aus der Literatur darüber bekannt. Strümpell, Möbius, Werner, Brissand u. A. weisen daraufhin, daß sich mitunter ein Bleiben, ja selbst eine Steigerung der Phänomene vorfindet. Zu dieser Kasuistik soll die Mitteilung einen Beitrag bilden. (B. kl. W. 1921 Nr. 51.)

Ein Fall von Tetanus nach Starkstromverbrennung. Von Dr. W. Förster, Oberarzt des städt. Krankenhauses Suhl i. Thür. Am 2. X. zog sich der Monteur A. eine Verbrennung an der Starkstromleitung zu. Beide Hände zeigten geringe trockene Verschorfungen, der rechte Oberarm innen eine knapp handtellergröße, schwerere, zu Nekrose führende Verbrennung dritten Grades, die sich in normaler Weise abstieß und reinigte. Um die Beweglichkeit in der Schulter zu fördern, wurde der rechte Arm täglich passiv gehoben und am 12. X. auf eine rechtwinklige Triangel aus Cramerschien gelegt. Am 15. X. klagte A. über Spannung in der Oberarm- und Brustmuskulatur rechts. Da die Wunde sich tadellos gereinigt hatte und granuliert, wurden diese Beschwerden dem den Oberarm rechtwinklig stellenden Schienenverband zugeschoben. Aber leider war am 16. X. die Diagnose Tetanus nicht mehr zweifelhaft. Typische Kieferklemme, Schluckbeschwerden, krampfartige Zuckungen aller Muskelgruppen. Trotz sofortiger intravenöser Tetanusserumgabe von 100 I.-E., die täglich wiederholt wurde, trotz Magn. sulfur. u. a. starb Pat. am 18. X. abends, nachdem Verf. immer noch gehofft hatte, ihn durchzubekommen. — Der Fall ist vielleicht doppelt lehrreich durch das Auftreten des Tetanus nach derartigen Brandwunden überhaupt, dann durch sein spätes Eintreten. Vielleicht ist die latente Infektion durch das Bewegen des Armes erst zum Aufflackern gekommen! In Zukunft wird man wohl gut tun, auch bei solchen Wunden prophylaktisch 20. I.-E. Tetanusserum zu geben.

(M. m. W. 1921 Nr. 51.)

Ueber Spättetanus. Von Dr. Fritz Rehm (Aus dem Versorgungskrankenhaus I, chirurg. Abteilung A. 1, Hannover). Am 27. X. 17 durch mehrere Granatsplitter am linken Ober- und Unterschenkel verwundet. Jetzt, vor 6 Wochen, Schmerzen am Unterschenkel, Bildung eines Abszesses, Entwicklung eines lokalen Tetanus — 3 Jahre nach Verwundung! Zweifellos haben die Bazillen so lange in dem zahlreiche Granatsplitter beherbergenden Unterschenkel geruht, um anlässlich der Abszeßbildung mobil zu werden. Was die Behandlung betrifft, so wurde (neben der übrigen Behandlung), die bei lokalem Tetanus angezeigte intra-

neutrale Injektion des Serums geübt, wobei außer dem Nervus ischiadicus auch der Nervus cruralis Antitoxin erhielt. Es wurde so versucht, die beiden in Betracht kommenden Nerven gegen weiteres aus der Wade zentralwärts wanderndes Starkkrampfgift zu blockieren; daß das Beschränktbleiben der Krämpfe auf das linke Bein und die bald nach der Injektion einsetzende Heilung der Blockierung der beiden Nerven zuzuschreiben ist, erscheint zum mindesten wahrscheinlich. (M. m. W. 1921 Nr. 51.)

Toxikologisches.

Gesundheitsschädliche Stempelfarben. Von Dr. Paul Borinski (Aus dem Chemischen Institut im Hauptgesundheitsamt der Stadtgemeinde Berlin). Es werden zwei neue Fälle von Säuglingsvergiftungen mitgeteilt, die auf die Verwendung von Wäschezeichentinte zurückzuführen sind. Die Ursache dieser Vergiftung war nicht, wie auf Grund früherer Veröffentlichungen ursprünglich angenommen wurde, Nitrobenzol, sondern Anilin. Die Verwendung von anilinhaltigen Stempelfarben in Säuglingsheimen u. ä. sollte vermieden werden. (D. m. W. 1921 Nr. 50.)

Jodismus bei Patatoren. Von Dr. M. R. Bonsmann (Med. Klin. Köln). Ein wesentliches disponierendes Moment für akuten Jodismus ist der chronische Alkoholabusus, wahrscheinlich infolge des chronischen Reizzustandes der Schleimhäute der oberen Luftwege. In vielen Fällen wurde eine starke Pilokarpinreaktion als Zeichen der wahrscheinlich durch den Alkohol bedingten Uebererregbarkeit der Speicheldrüsen festgestellt. Gelegenheit zu „Erkältungen“ fördert,luetische Infektion verringert die Neigung zu Jodismus. (M. m. W. 1921 Nr. 52.)

Beitrag zur Klinik der Quecksilberexantheme. Von Dr. F. Wolf, Frankfurt a. M. Die Veranlassung gab die seit 20 Jahren immer wieder beobachtete Hg-Idiosynkrasie einer Patientin bei der Verwendung verschiedenster Formen von Hg. Bei der völlig gesunden Dame trat im 17. Lebensjahr zum erstenmal nach einer zahnärztlichen Behandlung (Amalgamplombierung) ein spannendes Gefühl um die Mundpartien herum auf, bald danach sah man das Bläschen um Mundwinkel und Kinn. Die Bläschen eröffnen sich, und es war ein nässendes Ekzem vorhanden, das jeder Behandlung hartnäckig widerstand. Nach 2—3 Wochen erfolgte bei Eintrocknung die Abheilung der Effloreszenzen. Dieser Vorgang wiederholte sich fast regelmäßig, bis alle Vorsichtsmaßregeln, Abdeckung des ganzen Operationsfeldes, beobachtet wurden. 2 Jahre später verursachte ein Sublimatumschlag zur Desinfektion der Bauchhaut anlässlich

einer Appendektomie heftigstes Jucken, 12 Stunden danach zeigte sich ein ausgedehntes Erythem der Bauchhaut. Das dritte Mal strich die Patientin Präzipitatsalbe ihrem Kind auf und zog sich dabei ein Exanthem am Arm zu. Im letzten Jahr mußte an der Patientin eine Blutdruckmessung vorgenommen werden. Dabei wurde der Apparat in ihrer Gegenwart mit Hg nachgefüllt und dann die Manschette angelegt. Das genügte schon, um nach 6 Stunden eine Urtikaria entstehen zu lassen, die sich in Form eines Bandes über die Ellbeuge zog. In der darauffolgenden Nacht trat nachträgliches Jucken am Hals, im Nacken, an den Ohren und um die Augen herum auf. Die Haut am Hals war mit einem hellroten Friesel bedeckt, der kleieartige Schüppchen darbot; Ohren und Augenlider quollen ödematös auf und waren tiefdunkelrot. Die Oedeme wechselten, schwanden und traten neu auf. Nach 4—5 Tagen stellte sich auch an der Stelle des Uhrenarmbandes eine Urtikaria ein. Die Schleimhäute waren in diesem Fall, wie in sämtlichen vorhererwähnten Zufällen, gänzlich frei von Krankheitserscheinungen. Am 4. Tage machten sich die ersten Ausscheidungen des Hg in Form von reichlichen Diarrhöen bemerkbar. Klinisch bietet der Fall vielleicht insofern etwas Neues, als gerade für die zahnärztliche Praxis eine gewisse Vorsicht notwendig ist, und als hier die Hg-Exantheme als solche erkannt werden müssen, da mit dem Fortfall der Ursache auch die unangenehme Erkrankung zu vermeiden ist. Daß die Dosen und die Verbindungen des Hg ganz unwesentlich sind, erhellt auch die Mannigfaltigkeit der von hier geschilderten Zufälle. Jedesmal lag eine unmittelbare Einwirkung auf die Haut vor, und zwar durch Berührung derselben mit dem Hg oder einer seiner Verbindungen.

(M. m. W. 1921 Nr. 52.)

Ueber Haut- und Schleimhautblutungen mit Knochenmarksschädigung und tödlichem Ausgang nach Salvarsan-Hg-Kollargolbehandlung bei sekundärer Syphilis und Tripper. Von Dr. Gg. Vill (Aus der Universitäts-Hautklinik zu Greifswald).

1. Nach Behandlung mit Salvarsan-Hg-Kollargol wurden bei 2 weiblichen jugendlichen Kranken mit Syphilis II und Tripper Haut- und Schleimhautblutungen mit Veränderungen des Blutbefundes sowie Knochenmarksschädigungen mit tödlichem Ausgange beobachtet.

2. Dieses klinische Bild, der Blutbefund, die Knochenmarksschädigung, ist letzten Endes auf die intravenöse Kollargolbehandlung zurückzuführen, ohne daß eine vorhergehende Schädigung durch Salvarsan-Hg im Sinne einer Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit der betr. Organsysteme mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

3. Intravenöse Kollargolanwendung bei gleichzeitiger Hg-Salvarsanbehandlung oder auch einer kurz vorhergegangenen derartigen Behandlung ist zu widerraten. (M. m. W. 1921 Nr. 52.)

Erfolgreiche Behandlung einer schweren akuten Benzolvergiftung durch Lezithin-Emulsion. Von Dr. Nick (Aus der inneren Abteilung des Augustahospitals Berlin). Intravenöse Injektion von 5 ccm einer 10%igen Emulsion (Merck, Darmstadt, Ampullen zu 5 ccm) leistete Gutes. (Klin. Wschr. 1922 Nr. 2.)

Was ist von der neuerdings empfohlenen stomachalen Verabreichung von **Magnesiumperhydrotabletten bei Kohlenoxydvergiftung** zu erhalten? Auf diese Frage antwortet Prof. Heubner: „Wenn Kohlenoxydvergiftete in der Erholungsperiode Magenbeschwerden haben, so kann Magnesiumperhydrod wohl gelegentlich nützlich sein. Irgendeine Unterstützung der kausalen Therapie, d. h. der Beseitigung des Kohlenoxyds oder des Sauerstoffmangels, ist natürlich ausgeschlossen, obwohl dies S. Kottek (Münch. med. Wochenschr. 1921, S. 1396) zu glauben scheint. Berechnet man die Gesamtmenge Sauerstoff, die er mit seinen Gaben Magnesiumperhydrod (3 stündlich 1 g) dem Körper zuführt, so kommt man allerbestenfalls auf 0,57 g oder etwa 800 ccm am ganzen Tag. Soviel strömt bekanntlich auch bei ruhiger Atmung während $\frac{1}{2}$ Minute in die Lungen, also in dreitausendmal kürzerer Zeit. Denkt man überdies an die vielfach besseren Bedingungen, die der Sauerstoff für den Uebertritt ins Blut in den Lungen findet, so wird erst recht deutlich, wie oberflächlich die Betrachtungsweise von Kottek ist. Die von ihm mitgeteilten Krankengeschichten liefern in der Tat nicht den mindesten Anhaltspunkt dafür, daß ohne die von ihm angewandte Medikation der Verlauf irgendwie ein anderer gewesen wäre.“ (Klin. Wschr. 1922 Nr. 4.)

Ueber Behandlung von Leuchtgasvergiftung mit „Magnesiumperhydrod“. Von Dr. Salomon Kottek, Bad Homburg. Ein Fall von Suizidversuch mit Leuchtgas gab Verf. kürzlich Gelegenheit, ein neues, bis jetzt nicht betontes Indikationsgebiet des Magnesiumperhydrod (Merck) mit sehr gutem Erfolg zu betreten. Es handelte sich um eine 23jährige Ehefrau, die wohl bereits längere Zeit Leuchtgas eingeatmet hatte. Neben völliger Bewußtlosigkeit bestand eine Anästhesie der Haut, Zyanose und Kontraktionen an den Extremitäten, besonders an den Händen. Das Blut zeigte bereits eine Annäherung an die bekannte kirschrote Farbe. Als sich Patientin nach einem Aderlaß und künstlicher Atmung etwas erholt hatte, ließ Verf. dreistündlich (je 1 g (2 Tabletten zu 0,5 g)

des 25 proz. Magnesiumperhydrol verabreichen, um auf diese Weise dem Körper wieder genügend Sauerstoff zuzuführen. Der Erfolg war ausgezeichnet; Patientin erholte sich sehr rasch, obwohl eine gründliche Lungendurchlüftung und damit verbundene natürliche Sauerstoffaufnahme infolge drückender Hitze von etwa 32° C im Schatten sowie infolge schlechter äußerer Verhältnisse — leicht gebautes Hinterhaus, das fast den ganzen Tag der Sonnen- glut ausgesetzt war — äußerst erschwert wurde. Bereits am nächsten Tage war das subjektive und objektive Befinden der Patientin als normal zu bezeichnen. Magnesiumperhydrol ließ Verf. an diesem Tage noch weitergeben. Die Gasvergiftung hat keinerlei nachteilige Folgen hinterlassen. — Vor einigen Tagen hatte Verf. abermals Gelegenheit, Magnesiumperhydrol bei einer Leuchtgasvergiftung zu erproben. Es handelte sich diesmal um einen weniger schweren Fall. Ein Arbeiter des hiesigen Gaswerks war bei der Reparatur einer defekten Rohrleitung etwa 10 Minuten lang einer sehr starken Gasströmung ausgesetzt gewesen. Während der Arbeit hatte er die Grube, in der er arbeitete, zur Erholung öfters auf einige Sekunden verlassen. Es glückte ihm, den Defekt zu schließen, doch verspürte er bald darauf starke Uebelkeit und Brechreiz, Druck in der Magengegend und Kopfschmerzen. Er glaubte ohnmächtig zu werden und konnte nur mit Unterstützung zur Werkstätte gehen. Patient sah sehr blaß aus und machte einen hilflosen Eindruck. Die inneren Organe wiesen normalen Befund auf. Der sehr unangenehme Brechreiz ließ auf zweistündliche Gaben von je 2 Tabletten Magnesiumperhydrol bald nach, um nach einigen Stunden — als Patient etwas Essen zu sich nahm — sich wieder einzustellen. Auf nunmehriges Einnehmen von 4 Tabletten Magnesiumperhydrol hörten die Brechneigung und der Druck im Magen ganz auf und stellten sich auch im Laufe der Nacht nicht mehr ein. Patient nahm darauf keine Arznei mehr. Die Kopfschmerzen schwanden erst im Laufe des nächsten Tages. Patient fühlte sich an diesem Tage noch matt, konnte jedoch wieder seiner Beschäftigung nachgehen. (M. m. W. 1921 Nr. 43.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Ueber Isopropylalkohol als Mittel zur Händedesinfektion.
 Von Dr. Georg Bernhardt (Aus dem Bakteriologischen Laboratorium des Städtischen Krankenhauses im Friedrichshain in Berlin).
 Die Prüfungen, die an trockenen und feuchten Bakterien angestellt wurden und die in Uebereinstimmung mit den in der Literatur niedergelegten Befunden stehen, ergeben ebenso wie die Prüfung

an infizierten Händen die bisher mit Isopropylalkohol noch nicht gemacht worden sind, daß der Isopropylalkohol als ein vollwertiger Ersatz des Aethylalkohols für die Händeinfektion gelten muß. 40—50%ige Lösung genügt und ist billiger, als Aethylalkohol.

(D. m. W. 1922 Nr. 2.)

Astaphylol. (Münchener Pharmaz. Fabrik, Joh. Verfürth), bestehend aus Jodtinktur, Teer, Ichthyol, Kampfer und Perubalsam, hat Dr. S. Lissau (Reichenberg) in der kleinen Chirurgie und Dermatologie (eiternde Wunden, Panaritien, Ekzeme, folliculäre und furunkulöse Infiltrate, Phlegmonen) mit Erfolg benutzt. Der schwarzbraune, dünnflüssige Lack trocknet, aufgestrichen, binnen wenigen Minuten und bildet einen firnisartigen Ueberzug. Die bakterizide Wirkung, namentlich auf Staphylokokken, erwies sich als kräftig.

(Ther. d. Gegenw. Dez. 1921.)

Die Frage der Nierentuberkulose leitete Casper (Berlin) mit einer Ausführung über die spontane Heilungsmöglichkeit ein, für die bis jetzt in keinem Falle der Beweis erbracht sei. Casper hat nun einen Fall operiert, bei dem im Laufe von 26 Jahren eine völlige Ausheilung des tuberkulösen Prozesses an der Niere eintrat, allerdings mit gänzlichem Verlust des Nierengewebes. Ein zweiter Fall zeigte, daß eine Blasen-tuberkulose zur Ausheilung gelangen könne, während noch eine tuberkulöse Niere im Körper vorhanden ist. — Wildbolz (Bern) hat 445 Nierentuberkulosen operiert, mit einer operativen Mortalität von 2,4%. Von den 125 Fällen, über die er vor 10 Jahren berichtet hat, besitzt er über 104 Nachrichten: 55,7% geheilt, 42,3% gestorben, 2% ungeheilt. Die Nephrektomie heilt also bei einseitiger Tuberkulose $\frac{3}{5}$ der Fälle. Das Schicksal des Patienten entscheidet sich innerhalb der ersten 3 Jahre. Tritt während dieser Zeit keine Heilung ein, dann ist auch keine zu erwarten. Bleibt ein Patient 3 Jahre geheilt, dann bleibt er es in der Regel dauernd. Bei der beiderseitigen Tuberkulose der Niere ist auf einen Dauererfolg nicht zu rechnen. — Joseph (Berlin) stellt die Indikationen für die Nephrektomie bei beiderseitiger Tuberkulose der Niere fest: schwere Erkrankung mit großen Beschwerden auf einer Seite, beginnende, geringfügige Tuberkulose der anderen Niere. Er hat in 2 so behandelten Fällen sehr weitgehende Besserung des Allgemeinbefindens gesehen.

(Wien, 5. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie
29. Sept. bis 1. Okt. 1921.)

Das Chloräthyl, ein äußerst brauchbares, aber mit Vorsicht anzuwendendes Mittel für den Rausch oder kürzere Narkosen. Von Dr. Alfred Ley in Neheim (Westfalen). „Bei besonders hysterischen Personen und Potatoren spritze ich $\frac{3}{4}$ —1 Stunde vor der Narkose eine Ampulle Laudanon-Atropin subkutan in den Oberarm. Diese Ampullen, die ich von C. H. Boehringer Sohn, Nieder-Ingelheim a. Rh. durch die Apotheke beziehe, enthalten in 1,1 ccm 0,02 Laudanon und 0,0005 Atropin sulf. Ich verbinde das Laudanon mit Atropin, weil letzteres, ein bekanntes Antidot des Morphins, anregend auf die Atmung wirkt. Außerdem wird ja auch die Sekretion der Speicheldrüsen durch Atropin erheblich vermindert. Bei dieser Mischnarkose ist in der Regel nur eine geringe Menge Chloräthyl notwendig, um eine ruhige und auch etwas längere Narkose zu erzielen; dabei fällt das bei Potatoren vor allem und auch bei Nervenkrankheiten vorkommende unangenehme Exzitationsstadium ganz oder doch fast ganz fort. Bei nervösen und auch ängstlichen Patt. gebe ich $\frac{1}{2}$ Stunde vor der Chloräthylnarkose mit Vorliebe und gutem Erfolg 1—2 Tabletten Bromural zu 0,2 g in Wasser gelöst. Außerdem schnüre ich bei Männern, die ja häufiger zu weniger ruhig verlaufenden Narkosen neigen, beide Oberschenkel möglichst hoch durch einfache, feste Gurte ab. Die Abschnürung ist gewiß keine vollkommene, aber sie genügt, um auch bei diesen Patt. eine ruhigere Narkose zu erzielen. Außerdem brauche ich auch etwas weniger Chloräthyl als ohne Stauung, was ich genau an meinen graduierten Chloräthylflaschen von Dr. Robisch ablesen kann. Ich habe dieselben Patt. einmal ohne und ein anderes Mal mit Stauung narkotisiert und jedesmal einen bedeutenden Vorteil in der Stauung erblickt. Sofort nach der Narkose löse ich die Staubinde, und augenblicklich erwachen die Patt. und fühlen sich auch wohl besser als ohne Stauung. Die Blutung, speziell bei Operationen im Munde, scheint mir auch geringer zu sein bei Anwendung dieser Methode. Bei Arteriosklerose und Varizen rate ich jedoch, mit der Stauung vorsichtig zu sein. Als besondere Vorzüge dieser Methode ergaben sich: der geringe Verbrauch an Chloräthyl, der durchweg ruhigere Verlauf der Narkose und das auffällig schnelle Erwachen aus derselben. — Da bei Chloräthyl Asphyxien vorkommen können infolge unrichtiger Dosierung und mangelnder Erfahrung, wäre die Verwendbarkeit des gestauten, kohlensäurereichen Blutes zur Reizung des Atemzentrums nicht außer acht zu lassen. Um meine Erfahrungen kurz noch einmal zusammenzufassen, so halte ich für kurze Narkosen und den Rausch das Chloräthyl im allgemeinen für das beste Narkosemittel, das zurzeit kaum durch ein anderes Anästhetikum übertroffen wird. In der Hand des geübten und

erfahrenen Chloräthylnarkotiseurs halte ich es für fast gefahrlos. Trotzdem erachte ich vor dem Gebrauch des Chloräthyls eine Untersuchung besonders des Herzens für unerlässlich, da bei eventl. vorhandenen schweren Veränderungen des Herzens besondere Vorsicht bei der Anwendung des Mittels zur Narkose zu gebrauchen ist oder die Anwendung desselben in solchen Fällen vielleicht am besten ganz unterbleibt. Die Rauschnarkose mit Aether wäre in diesen Fällen wohl geeigneter. Bei Hysterikern oder Alkoholikern gebe ich zweckmäßig $\frac{3}{4}$ —1 Stunde vor der Narkose eine Spritze Laudanon-Atropin zur Beruhigung der Patt. Außerdem schnüre ich in diesen Fällen die Oberschenkel durch einfache feste Gurte ab, um gewissermaßen den Kreislauf zu verkleinern. Die Narkose wird auch hierdurch eine ruhigere. Bei eventl. eintretender Intoxikationsgefahr kann nach Aufhebung der Stauung das gestaute kohlensäurereiche Blut zur Reizung des Atemzentrums gebraucht werden. — Bei ängstlichen Patt. empfiehlt es sich, etwa $\frac{1}{2}$ Stunde vor der Narkose 1—2 Tabletten Bromural zu 0,2 g in heißem Wasser gelöst zu geben. — Bei Idiosynkrasie, die sich noch zeigt durch Pupillenstarre in Miosis oder Midriasis, ist die Narkose sofort abubrechen! Schließlich möchte ich noch kurz erwähnen, daß ich bei chlorotischen, nervösen, aufgeregten und zu Brechreiz neigenden Personen besonders weiblichen Geschlechtes mit gutem Erfolg kurz vor der Narkose einen Teelöffel voll Na. bicarb. in Wasser gelöst gebe. Ich finde, daß diese so behandelten Personen bedeutend weniger nach der Narkose von Brechreiz geplagt werden, als solche, die dieses Mittel vorher nicht genommen haben.“

(Zbl. f. Chir. 1921 Nr. 41.)

b) Innere Krankheiten:

Ueber Ernährungsstörungen und ihre Behandlung mit Tonophosphan als Stoffwechselstimulans unter besonderer Berücksichtigung der Rachitis. Von Dr. C. Hoffmann. Um die Frage der Wirksamkeit der Phosphortherapie aufzuklären und auszubauen, hat Prof. Blum, Direktor des Biologischen Instituts in Frankfurt a. M., die Chemischen Werke L. Cassella & Co., Mainkur, veranlaßt, bestimmte organische Phosphorderivate herzustellen. Verf. erprobte das ungiftige Präparat Tonophosphan am großen Material des städt. Krankenhauses Offenbach an Kranken, denen bisher Phosphor-Lebertran gegeben wurde. Auf Grund eindeutiger Erfahrungen konnte entschieden werden, daß ohne jeden Lebertran — allein durch das Phosphorpräparat der volle Erfolg erzielt wird. In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um Rachitiker; allen Patienten wurden täglich 5 mg Tonophosphan subkutan injiziert,

im ganzen 28 mg. Die Injektionen riefen nie Reizerscheinungen hervor, das Allgemeinbefinden wurde in allen Fällen sehr günstig beeinflusst, Mattigkeit und Unlustgefühle schwanden bald, Appetit besserte sich, und eine erhebliche Zunahme des Körpergewichts wurde neben einer Vermehrung des Hämoglobingehalts konstatiert. Vergleiche mit anderen Patienten derselben Station, die unter gleichen Verhältnissen ohne Phosphormedikation behandelt wurden, ergaben im selben Zeitraum weit weniger günstige Resultate.

(Ther. d. Gegenw. Nov. 1921.)

Esalcopat (Extr. Salvine comp.). Von Apotheker Stöcker und Dr. A. Mahlo (Hamburg). Bei Tuberkulose (Initialfällen und Turban II) kupierte das Mittel (3 mal täglich 20 Tropfen in Zuckerwasser) schon nach einigen Gaben fast stets die Nachtschweiß. Es wurde aber weitergegeben, bis 30 g eingenommen waren, worauf die Schweiß meist dauernd fortblieben. (Ther. d. Gegenw. Dez. 1921.)

Klinische Erfahrungen mit Purostrophan (krystallisiertes g-Strophanthin). Von Dr. Ernst Samolewitz (Aus der Inneren Abteilung des St. Norbert-Krankenhauses in Berlin-Schöneberg). „Bei plötzlichen Schwächezuständen des Herzens und Kollapsen im Verlauf akuter, speziell grippeartiger Infektionen haben wir mit intravenösen Injektionen von $\frac{1}{2}$ —1 ccm ausnahmslos einen prompten, anderen Präparaten durchaus gleichartigen Effekt erzielt, wobei — wohl infolge der genauen chemischen Dosierbarkeit — unangenehme Nebenerscheinungen vollständig ausgeblieben sind. Von den chronischen Herzleiden standen die Insuffizienzen mit allgemeinen Stauungserscheinungen im Vordergrund unseres Interesses, weil wir gerade in diesen Fällen häufig mit Ueberempfindlichkeit der gestauten Magenschleimhaut und Idiosynkrasie gegen alle Digitalispräparate zu rechnen hatten, und wiederholte intravenöse Applikationen zum Teil von den Patienten abgelehnt, zum Teil infolge zunehmender Obliteration der Venenlumina unmöglich wurden. Hier haben sich Purostrophantabletten außerordentlich bewährt. Störungen von seiten des Magendarmkanals, wie Uebelkeit, Erbrechen, Durchfälle, sind selbst nach wochenlangem Gebrauch niemals beobachtet worden. Wir haben die einschleichende Methode bevorzugt, mit dreimal täglich $\frac{1}{4}$ mg begonnen, um in kurzer Zeit in allmählich steigenden Gaben auf dreimal täglich 1 mg überzugehen. Ein Tagesdosis von 3 mg haben wir niemals überschreiten müssen. Abgesehen von einem Versager, bei welchem schon vorher von anderer Seite mehrfach erfolglos Strophanthin Boehringer intravenös gegeben worden war, trat in allen Fällen

nach kurzer Zeit neben Kräftigung und Regulierung der Herzaktion eine ausgiebige und ausreichend lange anhaltende Diurese ein, welche nach entsprechender Pause an demselben Patienten wiederholt ausgelöst werden konnte. In einzelnen Fällen zogen wir es vor, nach Bedarf $\frac{1}{2}$ ccm Purostrophan in die Blutader zu spritzen, wodurch stets eine gleichmäßige Wirkung erzielt wurde. Zum Schluß soll nicht unerwähnt bleiben, daß wir bei reinen Neurosen und vor allem thyreogenen Herzstörungen wiederholt rein empirisch Purostrophantabletten versucht haben und eine wesentliche Beruhigung des Kreislaufs beobachten konnten. Unter Verzicht auf die Wiedergabe ausführlicher Krankengeschichten möchten wir daher unser Urteil nach über zweijährigen Versuchen dahin zusammenfassen, daß das Purostrophan der Chemischen Fabrik Güstrow eine wesentliche Bereicherung des Arzneischatzes bei der kardialen Therapie bedeutet, weil es: 1. in prompter und zuverlässiger Wirkung anderen Präparaten durchaus gleichwertig ist, 2. dabei ohne Reizerscheinungen am Magendarmkanal wochenlang ununterbrochen gegeben werden kann und 3. vermöge seiner krystallisierten Form einen chemisch reinen und exakt dosierbaren Körper darstellt.
(M. Kl. 1921 Nr. 47.)

Eine neue Art der Nitroglyzerin-Darreichung. Von Dr. C. Winkler (Sanatorium Groedel in Nauheim). G. Pohl in Danzig-Langfuhr stellt Kapseln, die Nitroglyzerin in ätherischer Lösung enthalten, her, und zwar Originalpackungen zu 30 Stück. Die erst angefertigten Kapseln enthielten 0,008 Nitroglyzerin, jedoch ist ins Auge gefaßt, Kapseln von verschiedener Stärke herzustellen und durch Zusatz von Pfefferminzöl den Geschmack zu verbessern. Bei Bedarf werden in Abständen oder auch auf einmal ein, zwei, drei oder mehr Kapseln im Mund zerkaut, ausgesaugt und die Kapselhüllen ausgespuckt. Nach den bisher in der Privatpraxis und bei den Sanatoriumspatienten gesammelten recht großen Erfahrungen haben sich die Kapseln in jeder Beziehung bewährt. Die Wirkung setzt sofort ein und ist nach den Aussagen der Patienten stärker, als die der alkoholischen Nitroglyzerinlösung, da es unverdünnt in voller Dosis von der Schleimhaut resorbiert wird. Nach selbst angestellten Versuchen am Gesunden tritt 15—20 Sekunden nach der Einnahme die Wirkung ein. Besonders angenehm wurde das bequeme Mitsichführen der Kapseln und das angenehme Einnehmen von den Patienten hervorgehoben. Verf. glaubt bestimmt, daß die von Dr. Groedel eingeführte Darreichung des Nitroglyzerins in Gelatinekapseln sich in die Praxis Eingang verschaffen und allen mit anginösen und stenokardischen Beschwerden geplagten Patienten ein wertvolles Linderungsmittel sein wird.
(Ther. d. Gegenw., Dez. 1921.)

Combustin eine wismuthaltige Brand- und Ekzemsalbe. Von Dr. Carl Ullmann. In zahlreichen Fällen von Verbrühungen 1. und 2. Grades konnte stets der schmerzstillende, eiterungsbeschränkende Effekt festgestellt werden. Auch bei nässenden Ekzemen und bei E. intertrigo Fettleibiger hat sich die Salbe gut bewährt. Bei chronischen Unterschenkelgeschwüren erwies sich die Bedeckung der Wundfläche mit Combustinsalbe bei starker Sekretion, ebenso bei mangelnder Tendenz zur Ueberhäutung als sehr zweckmäßig. Es kann jeder Praktiker Combustin überall da mit Erfolg verordnen, wo ein anregender und doch nicht reizender Salbenverband vonnöten, der auch vom Kranken selbst zu wechseln ist. (W. m. W. 1921 Nr. 43.)

Die Regelung der Darmtätigkeit unter Mitbenutzung kleiner Mengen von Atropin. Von W. Arnoldi (Aus der II. Medizinischen Universitätsklinik in Berlin). Es ist wohl zu verstehen, daß es möglich ist, mit Hilfe von Atropin die verschiedenartigsten Störungen der motorischen Tätigkeit des Darmes günstig zu beeinflussen, ganz gleich, welcher Aetiologie. Tatsächlich fand Verf. bei der klinischen Beobachtung, die er seit mehr als sieben Jahren bereits auf diesen Gegenstand richtete, dies durchaus bestätigt. Oft genügt schon das Atropin allein. In vielen Fällen jedoch war es zweckmäßig, die Wirkung durch Kombination mit abführenden bzw. stopfenden Heilmitteln zu erhöhen. In diesem Falle kann man die Dosierung des Atropins auf ein Minimum beschränken, was für den längeren Gebrauch von großem Vorteil ist. In Fällen von Obstipationen gebraucht Verf. seit Jahren eine Mischung kleiner Mengen Fol. Sennae, Na. bicarb. und Atropin. Es ist ganz gleichgültig, ob eine mehr spastische oder eine mehr atonische Form vorliegt. Stets wird eine möglichst kleine, eben wirksame Menge angewendet und immer wieder versucht, nach Ingangsetzung der Darmtätigkeit die Heilmittel zu vermindern oder absetzen. Zur Bekämpfung der Durchfälle genügen oft außerordentlich kleine Mengen von Atropin und Opium. Bei den schweren Diarrhöen in Fällen von Tuberkulose oder abdominaler Karzinomatose linderte dann ein ebenfalls sehr geringer Zusatz noch von Morphinum die ganz unerträglichen Beschwerden solcher Kranker, insbesondere in den letzten Stadien ihres Leidens. Auf Grund seiner klinischen Erfahrung möchte Verf. deshalb Atropin in Dosen zu etwa $\frac{1}{4}$ mg oder weniger in den erwähnten Kombinationen für die Regelung gestörter motorischer Darmtätigkeit empfehlen¹⁾. Stets muß man bestrebt sein, die

¹⁾ Die von der Kaiser Friedrich-Apotheke (Dr. Ernst Silten, Berlin, Karlstr. 20 a) zur Verfügung gestellten fertigen Kombinationspräparate Sennatropin und Opatropin haben sich bewährt.

Medikamente möglichst kurze Zeit zu geben, obwohl auch bei monatelanger Darreichung keine ungünstigen Erscheinungen beobachtet wurden. (D. m. W. 1921 Nr. 52.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Zur Brandwundenbehandlung. Von cand. med. Tunger in Leipzig. „Während meines Aufenthaltes als Kriegsgefangener in Aegypten arbeitete ich längere Zeit im Operationssaale eines Kriegsgefangenenhospitals. Dort hatte ich Gelegenheit, ein Präparat zur Behandlung von Brandwunden kennen zu lernen, welches mit großartigem Erfolge angewandt wurde.

Das Rezept lautet folgendermaßen:

β -Naphthol resubl.	0,25
Ol. Eucalpt.	2,0
Ol. Oliv.	5,0
Paraffin. molle	25,0
Paraffin. dur.	67,75

Für den Gebrauch wurde dies in Tafeln gegossene Paraffin bei gelinder Hitze geschmolzen und mit einem Haarpinselchen auf die Wunden aufgetragen bis zur vollkommenen Bedeckung. Der Verband, der das Pflaster umschloß, blieb immer längere Zeit liegen. Der Heilungsprozeß ging sehr rasch vonstatten. Bei infizierten Wunden wurden vor Anwendung des Paraffins erst feuchte Verbände angelegt, bis die Wunden sauber waren. Ich erinnere mich deutlich zweier Fälle von Anwendung mit ausgezeichnetem Erfolg. Ein Türke hatte sich mit heißem flüssigen Zucker den ganzen Daumenballen mit angrenzenden Teilen der Hand verbrannt. Nach erfolgter Behandlung und Heilung konnte man kaum noch etwas sehen. Die Gebrauchsfähigkeit der Hand hatte nicht im geringsten gelitten. Ein Engländer hatte nach Verbrennung mit Acid. carbolic. einen großen Hautdefekt am Arme. Auch diese Wunde war nach kurzer Zeit bei Behandlung mit dem genannten Paraffin vollkommen geheilt.“ (D. m. W. 1922 Nr. 3.)

Behandlung der Ulcera cruris mit Pyoktanin. Von Dr. F. Seiler (Berlin). Nach gründlicher Reinigung der Umgebung des Ulkus mit Benzin wird die ulzerierende Fläche ebenfalls mit einem benzingetränkten Mulltupfer gründlich abgetupft, nicht gerieben. Hierauf pinselt man mit einem kleinen Haarpinsel eine 10%ige Pyoktaninlösung auf die Wunde und deren Rand. Man läßt trocknen und trägt nun dick Zinksalbe auf die mit Pyoktanin bepinselte Fläche und die umgebende Haut, tut mehrere Schichten glatten Mulls darüber und fixiert mit einigen Mullbindentouren. Jetzt sucht man die Zirkulation zu bessern und bedient sich dazu einer

gut elastischen Trikotschlauchbinde, die vom Fuß an, die Zehen freilassend, aufwärts unter gleichmäßigem sanften Zuge herauf bis dicht unterhalb des Knies geführt wird. Darüber kommt eine Stärkebinde. Dieser Verband, an den sich die Patienten schnell gewöhnen und der nicht lästig wird, wenn er gut gemacht ist, bleibt sechs Tage liegen. Die Patienten können unbehindert ihrem Beruf nachgehen. In wöchentlichen Abständen, nur bei starker Sekretion durch den Verband hindurch einen bis zwei Tage früher, erfolgt Erneuerung des Verbandes wie oben. Verf. empfiehlt sehr diese Behandlungsart, weil er damit Erfolg gehabt hat, auch in den Fällen, wo von anderer Seite schon alles Mögliche erfolglos versucht worden war. (Ther. d. Gegenw. Dez. 1921.)

d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Behandlung chronisch-entzündlicher Adnexerkrankungen mit Acetonal-Vaginalkapseln. Von Dr. Leo Bonnin (Aus der Privatfrauenklinik von San.-Rat Dr. Bakofen in Berlin). Es sind bis jetzt 53 Fälle mit den Kapseln behandelt worden, und zwar handelt es sich um: 12 chronische Adnexitiden post abortum oder post partum, 38 chronische Adnexitiden aus unbekannter Ursache, 3 chronische Adnexitiden kombiniert mit Retroflexio fixata. Alle Fälle bestanden schon längere Zeit, akute Erscheinungen waren abgeklungen. Die Dosierung des Mittels war folgende: Die Patienten führten sich einen um den andern Tag eine Kapsel in die Scheide ein, und zwar möglichst weit nach hinten an die schmerzhaften Stellen. Kurz vorher wurde ein Sitzbad oder heiße Kamillenspülung zur Auflockerung des Gewebes angeordnet. Die heißen Spülungen ließ Verf. übrigens während der ganzen Dauer der Kapselbehandlung 2 mal täglich ausführen, auch aus dem Grunde, um die nicht resorbierten Kapselreste aus der Scheide zu entfernen. Allerdings wurde den P. ausdrücklich untersagt, schon am Morgen nach der Kapsel-einlegung zu spülen, um eine zu kurze Einwirkung des Präparates zu verhindern. Aus gleicher Ursache darf die Einführung der Kapseln nur am Abend erfolgen, da am Tage beim Umhergehen zu frühzeitiger Abfluß des gelösten Medikamentes erfolgen würde. Die Dauer der Behandlung war je nach Schwere des Falles verschieden. Der Befund wurde alle Wochen kontrolliert. Erfolg der Behandlung: In 90% der behandelten Fälle war nach durchschnittlich vier Wochen ganz wesentliche Besserung bzw. vollkommene Heilung erreicht. Bei allen P. wurde schon nach einer Woche über Nachlassen der Schmerzen und des lästigen Ausflusses berichtet. Sehr gute Erfolge wurden bei den 3 fixierten Retroflexionen erzielt, die sämtlich nach 3 Wochen mobil wurden, so daß nach Heilung der Adnexitiden Einlegen von Pessaren erfolgen

konnte. In 10% der Fälle wurde eine wesentliche Besserung nicht erreicht und mußte deshalb zu anderen Behandlungsmethoden bzw. Operation geschritten werden. Es handelte sich bei diesen Versagern aber ausschließlich um mehr abgekapselte Tumoren, z. T. eitrig oder zystisch, die sich naturgemäß zur Kapselbehandlung weniger eignen als die diffusen Adnexitiden. Ebenso wurden Fälle mit Blutungen aus der Behandlung ausgeschieden.

(Fortschr. d. M. 1921 Nr. 16.)

Zur Fluorbehandlung mit Bacillosan. Von Prof. Dr. Rud. Th. v. Jaschke und Dr. Rud. Salomon (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Gießen). „Auf Grund der in der Gießener Frauenklinik gemachten Beobachtungen kommen wir zu dem Schluß, daß Bacillosan keine Konstanz besitzt und daher für die Praxis ungeeignet ist. Kliniken können es benutzen, die im Besitz der nötigen Nährböden und entsprechenden Einrichtungen sind, um das Präparat vor jedesmaligem Gebrauch zu prüfen. Da der praktische Arzt darüber nicht verfügt, so sollte er es nur mit Vorsicht anwenden, ausgenommen in Fällen, in denen es ihm nur auf die Milchzuckerbehandlung ankommt. Es ist schade, daß sich die interessanten theoretischen Ueberlegungen nicht mit der praktischen Ausführung decken. Die biologischen Grundlagen der von Loeser inaugurierten Fluorbehandlung bleiben durch unsere Feststellungen unberührt. Das Bacillosan jedoch ist gerichtet. Möge es Loeser gelingen, auf anderem Wege das Ziel, Milchsäurekulturen in therapeutisch brauchbarer Form lebend zu erhalten, zu erreichen.“

(Zbl. f. Gyn. 1922 Nr. 2.)

Klinische Beobachtungen über Traubenzucker als weheförderndes Mittel. Von Dr. M. Müller (Aus der Hebammenlehranstalt Mainz). „Auf Grund dieser rein klinischen Beobachtungen glaubt Verf. sagen zu können, daß der Traubenzucker in 40—50% iger Konzentration in Menge von je 10 ccm intravenös¹⁾ appliziert, steril, ein gutes wehenförderndes Mittel ist, vornehmlich bei Ermüdungswehenschwäche; er ist schadlos für Mutter und Kind und hat den Vorzug der Billigkeit und leichten Erlangbarkeit. Ob man ihn als die gesuchte Komponente des Muskellactacidogens und somit als den Kontraktionsförderer anzusehen hat, oder nur als Ersatzmaterial des leeren Glykogenmagazins der Leber, entzieht sich vorerst noch unserer Kenntnis. (Zbl. f. Gyn. 1922 Nr. 4.)

Wie lange darf man post partum bis zur manuellen Lösung des Mutterkuchens warten? Auf diese Frage antwortet Prof.

¹⁾Zu beziehen in Ampullen durch die Chem. Fabrik Kalle & Co. in Biebrich (Rhein).

v. J a s c h k e (Gießen): „Nach der allgemeinen Vorschrift $1\frac{1}{2}$ — 2 Stunden. Es ist aber besser bei der enormen Gefährlichkeit der manuellen Plazentarlösung noch länger (8 — 10 Stunden) zu warten. Nach eigenen wie einzelnen Erfahrungen anderer Autoren erwächst den Frauen auch kein ernster Schaden, wenn die Plazentarlösung sogar tagelang hinausgeschoben wird. Jedenfalls darf eine manuelle Plazentarlösung immer erst dann vorgenommen werden, wenn der rite ausgeführte C r e d é s c h e Expressionsversuch mißlingt und auch seine Wiederholung in Narkose erfolglos bleibt. Erfahrungsgemäß ist bei solchem Vorgehen die manuelle Plazentarlösung sehr selten notwendig. (Klin. Wschr. 1922 Nr. 4.)

Hyperemesis gravidarum durch Salvarsan geheilt. Von Dr. M ü n d h e i m (Hamm). „Die jetzt 26jährige, früher immer gesunde Frau S. N. heiratete 16. August 1920, hatte 2 mal einen Abort, deren letzter November 1920 eine Abrasio im Gefolge hatte, und ist seit März 1921 schwanger. Anfangs trat heftiges Erbrechen auf, welches auch während eines Krankenhausaufenthaltes 24.—30. Mai 1921 nicht an Intensität nachließ. 14. Juni 1921 sah ich die elende, alles erbrechende Patientin, die kein Zeichen der Hysterie aufwies und bei trockner Zunge, spärlichem Urin über Magenschmerzen klagte. Auffallend war die Anamnese und die Blässe des Ehemannes. Bei ihm Wa.-R + + + +, bei der Ehefrau + + +. Eine sofort eingeleitete spezifische Kur beseitigte alle Beschwerden.“ (B. kl. W. 1921 Nr. 49.)

Art der Wehenanregung und das neue Mittel Physormon. Von A. C a l m a n n (Hamburg). „Bei den letzten 34 Geburten habe ich ein neues Mittel versucht, das Physormon, das aus dem Hinterlappen und dem intermediären Teil der Hypophyse frisch hergestellt wird. Hellmuth hat sich über seine Erfahrungen mit ihm in der Hamburger Universitätsklinik sehr anerkennend ausgesprochen; ich kann ihm nur beistimmen. Das Physormon steht unter den deutschen Präparaten mit an erster Stelle. Ich habe es intramuskulär und intravenös gegeben, wie gesagt, bei Geburten, (tropfenweise), bei Aborten und in gynäkologischen Fällen. Die bei den anderen Präparaten gefundene günstige Beeinflussung der Harnverhaltung bei Wöchnerinnen und Operierten, und auch der Darmlähmung, hat sich mir auch beim Physormon bestätigt. Es ist ein gutes Styptikum und andererseits wirksam bei Amenorrhoe, die erfahrungsgemäß, so paradox es anscheinend ist, ebenfalls der Hypophysenwirkung in erwünschter Weise unterliegt. Bei den ambulant behandelten Fällen vornehmlich, weniger bei den bettlägerigen, machen sich die Fehler seiner Vorzüge bemerkbar. Die

ausgesprochen blutdrucksteigernde Kraft des Mittels führt leicht zu Angiospasmen, die sich in plötzlich eintretender hochgradiger Blässe, Schwindel- und Ohnmachtsgefühl und starkem Kopfdruck äußern und der Pat. und ihrer Umgebung unangenehm auffallen. Zu vermeiden sind sie mit einiger Sicherheit, wenn man auch hier nur die Tropfendarreichung bevorzugt, allerdings ist dann die styptische Wirkung eine nicht so pünktliche. Andererseits ist diese blutdrucksteigernde Kraft der Hypophysenextrakte und besonders des Physormons ein Vorzug, den man mehr als bisher für die Anregung der Herztätigkeit im Sinne eines Analeptikums ausnützen sollte; ich habe es bei den schweren Asphyxien der Neugeborenen und auch bei Kollapsen der Erwachsenen bereits einige Male getan und habe aus den noch spärlichen Fällen einen sehr ermutigenden Eindruck gewonnen.“

(Zbl. f. Gyn. 1921 Nr. 51.)

Verschiedenes.

Ueber das Vorkommen von Diphtheriebazillen im Auswurf.
 Von Dr. Kurt Meyer (Aus der Bakteriologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin). Unter hundert Fällen wurden fünfzehnmal Bazillen rein gezüchtet, die sich nach morphologischen und kulturellen Merkmalen wie typische Diphtheriebazillen verhielten. Von diesen Stämmen erwiesen sich drei als voll virulent für das Meerschweinchen. Außerdem sei noch ein Fall angeführt, der erst in diesem Jahre zur Beobachtung kam und bei dem ebenfalls virulente Diphtheriebazillen im Sputum nachgewiesen wurden. Von den vier Fällen mit virulenten Diphtheriebazillen waren zwei Lungentuberkulosen mit Tuberkelbazillen im Auswurf; in einem Falle handelte es sich wahrscheinlich ebenfalls um eine alte Tuberkulose, bei der aber post mortem nur indurative Prozesse mit Kavernenbildung, dagegen keine deutlichen tuberkulösen Veränderungen nachweisbar waren. Fall 4 war eine akut tödlich verlaufende Puerperalsepsis. Nur bei diesem letzten Fall war eine vor drei Jahren vorausgegangene Diphtherie anamnestisch nachweisbar. Aus diesen Beobachtungen ergibt sich, daß das Vorkommen von Diphtheriebazillen im Auswurf, und zwar auch von virulenten Bazillen keineswegs als selten angesehen werden kann. Da es bei der Diphtherieinfektion sehr häufig zu einer Ansiedlung von Diphtheriebazillen in den Lungen kommt, haben besonders die Leichenuntersuchungen von Reye gezeigt, der in 56 von 67 Fällen Diphtheriebazillen in den Lungen nachweisen konnte. Dabei handelte es sich 18 mal um abgelaufene Diphtherien mit bereits negativem Rachenbefund, die meist an Herzerscheinungen zugrunde gegangen waren. Bei zwölf von ihnen waren auch in den Lungen

keine anatomischen Veränderungen mehr vorhanden. Offenbar bildet also der Kehlkopf keineswegs die scharfe Grenze für das Vordringen der Diphtheriebazillen, wie vielfach noch angenommen wird, und anscheinend bleibt auch die so häufige, gleichsam saprophytische, nicht zur Erkrankung führende Ansiedlung von Diphtheriebazillen nicht auf den Nasenrachenraum beschränkt. Allerdings dürften die Bedingungen für ein längeres Haftenbleiben der Bazillen in den unteren Luftwegen weniger günstig sein als im Rachen, da ja unter normalen Bedingungen Trachea, Bronchien und Lungen, im Gegensatz zum Nasenrachenraum, frei von Bakterien sind. Erst unter den pathologischen Verhältnissen, die auch sonst zum Eindringen von Bakterien führen, werden die Entwicklungsbedingungen für die Diphtheriebazillen günstig genug sein, um eine länger dauernde Ansiedlung zu gestatten. Anscheinend sind solche Bedingungen bei der Lungentuberkulose in besonderem Maße gegeben, sodaß bei dieser Erkrankung der Diphtheriebazillenbefund ein verhältnismäßig häufiges Vorkommnis ist. Naturgemäß dürfte die Ausscheidung von virulenten Diphtheriebazillen mit dem Auswurf auch von epidemiologischer Bedeutung sein. Wenngleich wohl in der Mehrzahl der Fälle die Bazillen auch im Nasenrachenraum nachweisbar sein werden und so für die Erkennung der betreffenden Individuen als Bazillenträger die Untersuchung des Auswurfs sich erübrigen wird, so dürfte doch seine Rolle für die Verstreung der Bazillen in der Außenwelt nicht zu unterschätzen sein. Auch die Gefahr der Tröpfcheninfektion erscheint bei den hustenden Lungentuberkulösen besonders groß. Vertritt man daher den Standpunkt, daß den Bazillenträgern bei der Bekämpfung der Diphtherie besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist, so wird man das Vorkommen der Bazillen im Auswurf nicht unberücksichtigt lassen dürfen.

(M. Kl. 1921 Nr. 50.)

Gibt es eine vikariierende oder komplementierende Menstruation? Von Prof. Dr. A. Sippel (Frankfurt a. M.). „Nach alledem ist der Begriff einer vikariierenden oder komplementierenden Menstruation abzulehnen! Kommt es bei einzelnen weiblichen Wesen unter dem Einfluß der prämenstruellen Blutdrucksteigerung wirklich zu Blutungen aus dem einen oder anderen Organ, so sind diese Blutungen nur so zu deuten, daß es sich um geschädigte Organe handelt, welche an sich zu Blutungen geneigt sind und bei denen die Erhöhung des Gefäßinnendrucks genügt, Gefäßzerreißen und Blutung hervorzurufen. Dann müssen diese Blutungen aber logischerweise schon im Prämenstruum kommen und nicht erst zur Zeit der Menstruation, wenn die Gefäßdruckerhöhung sich bereits in das Gegenteil umgewandelt hat. Sie müssen dann aber

ebensogut bei Frauen auftreten können, welche eine volle, normale Menstruationsblutung haben, wie bei Oligomenorrhöischen oder Amenorrhöischen, weil auch bei den ersteren die Blutdrucksteigerung besteht. Es handelt sich dann aber nicht um einen Ersatz der Menstruationsblutung, sondern um einen von dieser unabhängigen selbständigen Vorgang in geschädigten Organen!“

(M. m. W. 1921 Nr. 52.)

Intravenöse Kampferölinjektion. Von Dr. K. Wohlgemuth (Rud. Virchow-Krankenhaus, Berlin). „Als praktische Auswertung dieser Tatsachen empfiehlt Fischer, das Kampferöl beim Menschen intravenös zu applizieren. Ich habe, dieser Anregung folgend, zunächst an Moribunden und Patienten mit inoperablen malignen Tumoren diese Injektionen vorgenommen. Ich injizierte zunächst 1 ccm, dann 1 $\frac{1}{2}$ ccm und schließlich 2 ccm. Die Injektion erfolgte stets langsam, etwa 1 Minute dauernd. Bei keinem dieser Patienten (20 Fälle) traten klinisch die Erscheinungen einer Embolie auf; 12 Fälle davon kamen zur Sektion; auch hier zeigte die genaue Untersuchung keine Fettembolie. — Nach diesen Vorversuchen haben wir die intravenöse Kampferölinjektion in einer großen Anzahl von Fällen therapeutisch angewandt. Mehr als 2 ccm habe ich nicht injiziert; die Injektion kann nach 24 Stunden wiederholt werden. Die Wirkung war stets eine außerordentlich schnelle und intensive. Das Anwendungsgebiet ist selbstverständlich das gleiche wie bei den subkutanen Injektionen. Die Vorzüge der intravenösen Applikation, auf die auch schon Fischer hinweist, sind ja sehr einleuchtend:

1. Von den subkutanen Oeldepots geht die Resorption oft nur sehr langsam vonstatten. Bei der intravenösen Injektion verteilt sich das Oel sofort in dem ganzen Zirkulationssystem.
2. Die schmerzhaften Kampferabszesse fallen fort.
3. Mit einer weit geringeren Dosis wird eine viel intensivere Wirkung erzielt.

Wir können demnach die experimentellen Erfahrungen Fischers klinisch durchaus bestätigen und die intravenöse Kampferölinjektion in allen dringenden Fällen empfehlen.“

(Ther. d. Gegenw., Dez. 1921.)

Ein einfaches Verfahren zur Desinfektion des tuberkulösen Auswurfes. Von Dr. F. Simon u. Dr. G. Wolff (Aus dem Hauptgesundheitsamt der Stadtgemeinde Berlin).

1. Durch Chlorkalk und Staffurter Salz in bestimmten Mengenverhältnissen wird eine völlige Aufschließung des Sputums und Homogenisierung zu einem gleichförmigen, salbenartigen Brei erzielt.

2. Nach dem Ausfall der Tierversuche werden Tuberkelpazillen durch diese Behandlung des Sputums abgetötet.

3. Das Verfahren erfüllt die Bedingungen, die an ein Sputumdesinfektionsverfahren zu stellen sind: Es wirkt sicher, ist einfach anzustellen, ohne Gefahr und Geruchsbelästigung für die Umgebung und ist so billig, daß es die täglichen Ausgaben des Haushalts nicht beschwert.

Die Eigenschaften, welche ein in der Praxis brauchbares Desinfektionsverfahren besitzen muß, sind: 1. Sichere Wirksamkeit innerhalb verhältnismäßig kurzer Zeit. 2. Einfache Handhabung. 3. Gefahrlosigkeit für Umgebung. 4. Möglichst geringe Geruchsbelästigung. 5. Billigkeit und leichte Beschaffbarkeit der erforderlichen Materialien. Als ein allen diesen Ansprüchen genügendes Verfahren glaubt Simon die Desinfektion des tuberkulösen Auswurfes durch eine jedesmal frisch zu bereitende Mischung von Chlorkalk und Staßfurter Salz angeben zu können; auf seine Wirksamkeit wurde das Verfahren von Wolff im Tierversuch geprüft. Ausführung des Verfahrens: An Chemikalien sind Chlorkalk und Staßfurter Salz, wie sie im freien Handel zu haben sind, erforderlich, die getrennt und vor Feuchtigkeit und Licht geschützt, in passenden Gefäßen mit gut schließenden Deckeln vorrätig gehalten werden müssen. Der Chlorkalk muß trocken sein und einen deutlichen Chlorgeruch aufweisen. Der Auswurf wird ohne Wasser aufgefangen; die Desinfektion ist durchschnittlich alle 24 Stunden (am zweckmäßigsten wohl abends vor dem Schlafengehen) vorzunehmen und kann unmittelbar in den Sammelgefäßen (Speiflaschen oder Speigläsern) ausgeführt werden. Voraussetzung hierfür ist, daß die Sputummenge nicht mehr als etwa die Hälfte des Rauminhalts der Gefäße ausmacht, damit bei dem später erforderlichen Umrühren ein Verspritzen vermieden werden kann: eventuell ist die Desinfektion mehrmals am Tage vorzunehmen. Die Ausführung geschieht in der Weise, daß zu dem Sputum tee- bzw. eßlöffelweise Chlorkalk und in zweifacher Menge Staßfurter Salz zugegeben wird, und zwar so oft, bis das Gemisch durch Umrühren mit einem Stabe zu einem gleichmäßigen, salbenförmigen Brei geworden ist, wenn nötig, unter Zusatz geringer Wassermengen. Für geringe Sputummengen (20—30 g) reichen $\frac{1}{2}$ Eßlöffel Chlorkalk und 1—2 Eßlöffel Staßfurter Salz aus, für größere Sputummengen sind entsprechend stärkere Zusätze zu wählen. Hauptgewicht ist jedesmal darauf zu legen, daß die völlige Umwandlung der zähen Schleimmassen in einen salbenförmigen Brei von gleichmäßiger Konsistenz erfolgt. Man läßt den Brei dann noch 3 Stunden stehen; nunmehr ist die Desinfektion als beendet anzusehen. Der Inhalt der Gefäße kann dann unbedenklich in den

Aborttrichter oder Küchenausguß entleert werden. Für die praktische Anwendung wird es sich empfehlen, neben gedruckten Gebrauchsanweisungen das Verfahren durch den Arzt, die Fürsorgeschwester oder den Desinfektor in jedem Falle vormachen zu lassen.
(D. m. W. 1922 Nr. 8.)

Zur Wirkung von primärem Natriumphosphat auf die körperliche Leistungsfähigkeit. Von Dr. Herbert Herxheimer (Aus der Preußischen Polizeischule für Leibesübungen in Spandan).
Überschauen wir die Ergebnisse dieser Untersuchungen, so finden wir: Tägliche Gaben von Phosphorsäure in Form von prim. Natriumphosphat (Recresal) brachten einen erheblichen Stoffansatz, der sich wahrscheinlich in erster Linie auf Skelett und Muskulatur erstreckte, und eine meßbare Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Für die Praxis des Sportmannes ist die Bedeutung dieser Tatsache klar. Er wird zu der Jahreszeit, zu der er auf voller Höhe seines Könnens sein will, Vorteil aus der Aufnahme von Phosphat ziehen. Diese Hilfe steht auf einer andern Stufe als die mannigfachen zum Zwecke der Leistungssteigerung angewandten Reizmittel. Sie bedeutet lediglich eine Unterstützung von physiologisch wirksamen Faktoren. Es ist gerade bei der Steigerung der muskulären Leistungsfähigkeit durchaus denkbar, daß das Phosphat im wesentlichen durch Beschleunigung des Wiederaufbaus des Lactacidogens, der Betriebssubstanz der Muskulatur, wirkt. Es darf aber auch nicht die Möglichkeit außer acht gelassen werden, daß bei der beobachtenden kräftigenden und leistungssteigernden Wirkung des Phosphates auch andere Faktoren eine Rolle spielen. Namentlich könnte hier auf eine gewisse Ähnlichkeit zwischen Phosphatwirkung und Arsenikwirkung hingewiesen werden. Freilich ist von vorneherein die Wirkung der Phosphorsäure, die ein unbedingt notwendiger, täglich dem Organismus in erheblicher Menge zugeführter Nahrungsbestandteil ist, völlig anders zu bewerten als die in ihren größeren Gaben giftigen Wirkungen des Arseniks. Die Ergebnisse dieser Arbeit sind jedenfalls bedeutungsvoll genug, um einer eingehenden Nachprüfung unterzogen zu werden. Dabei ist Wert darauf zu legen, daß die hier angewandte Menge nicht oder nur in sehr vorsichtiger Weise überschritten wird. Auch ist zu beachten, daß das pr. Natriumphosphat spätestens um die Mittagszeit genommen wird, da Einnahme am Nachmittag oder Abend zu Schlafstörungen führen könnte. Seine Zufuhr kann weder in Form einer etwa 2proz. Lösung, der man im Bedarfsfalle etwas Zucker oder Saccharin hinzufügen kann, oder in Form von Tabletten erfolgen.

(Klin. Wschr. 1922 Nr. 10.)

Die Desinfektion des tuberkulösen Auswurfs. Von Priv.-Doz. Dr. Th. Messerschmidt (Aus dem Bakteriologischen Laboratorium des Versorgungskrankenhauses I in Hannover). Die Sputumdesinfektion wurde neuerdings durch Uhlenhuth, Jötten und Hailer in erfolgreiche Bahnen gelenkt mit der Empfehlung des Alkalilysols (Schülke und Mayr). Verf. hatte Gelegenheit, dieses Präparat in einigen Versuchen nachzuprüfen, und kann seine Brauchbarkeit bestätigen. „Zur Verwendung kamen fünf frisch entleerte Kavernensputa von schwerkranken Lungenschwindsüchtigen. Jedes entsprach den strengen Anforderungen, die wir von jeher an solches Versuchsmaterial stellten (dickballig-fest, massenhaft tuberkelhaltig, durch Autolyse usw. nicht erweicht). 50 ccm derartiger Ballen wurden, ohne die Glaswand des Versuchsgefäße zu infizieren, in 100 ccm der 5%igen kalten Lösung des Desinfiziens gebracht, untergetaucht und für 4 Stunden unberührt darin gelassen. Nach dieser Zeit wurden die nunmehr sichtlich erweichten Ballen abfiltriert, mit Wasser gewaschen und zu je 2 ccm auf je 2 Meerschweinchen subkutan verimpft. Ein Tröpfchen aus der Impfspritze enthielt bei mikroskopischer Prüfung zahllose Tuberkelbazillen. Die Kontrolltiere bekamen von der Sputumprobe gleichen Ursprungs den in 10%igem Antiformin gelösten Bodensatz. Nach etwa achtwöchiger Beobachtungszeit waren die Kontrolltiere an schwerer Impftuberkulose gestorben, die Alkalilysoltiere wurden getötet und erwiesen sich bei der Sektion als völlig gesund. Nach diesem Ausfall der Versuche kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß das Alkalilysol in seiner Anwendung einfach und sicherwirkend zur Abtötung der Tuberkelbazillen im Auswurf ist.

(D. m. W. 1922 Nr. 8.)

Einiges über Zahnpflege. Von Dr. M. Kühn, Obermed.-Rat. Verf. fragt: „ob denn die Zahnbürste wirklich das notwendige, unersetzliche Instrument ist, das wir bei einer richtigen Zahnpflege nicht entbehren können und das wir folgerichtig den Erwachsenen und ganz besonders den Kindern, bei denen wir mit Recht schon eine gründliche Zahnpflege fordern, unter allen Umständen, d. h. als absolut notwendig empfehlen müssen, wenn auch die Beschaffung der Zahnbürsten namentlich in größeren Familien recht erhebliche Kosten verursacht. Diese Frage dürfen wir verneinen, wenn wir den Leuten einen billigeren ausreichenden Ersatz empfehlen können; letzteren besitzen wir in unseren eigenen Zeigefingern; ob wir zur Reinigung den rechten oder linken Zeigefinger verwenden, bleibt der Uebung und Gewohnheit überlassen; als selbstverständlich ist dabei vorauszusetzen, daß wir jeweils vor dem Bürsten der Zähne mit dem Zeigefinger diesen mit Wasser und Seife gründlich reinigen,

ohne dabei die Nagelreinigung zu vergessen; ist dies aber geschehen, so ist der Zeigefinger mindestens so sauber wie die Zahnbürste. Wir haben noch den Vorteil, daß wir mit dem gegliederten Zeigefinger die hintere bzw. innere Fläche der Zähne besser bearbeiten können wie mit der steifen Zahnbürste; man braucht, nachdem man die Zwischenräume zwischen den Zähnen mit einem Zahnstocher gereinigt hat, nur einen kleinen Schluck Wasser in den Mund zu nehmen und nun die Zähne mit dem Finger tüchtig abzureiben; wenn man dies dann nocheinmal wiederholt hat, sind die Zähne vollkommen sauber. (Verf. gebraucht, wie erwähnt, nur Wasser; darüber, ob man auch Zahnpulver usw. verwenden kann, besitzt Verf. keine Erfahrung.) Verf. benutzt seit 2 Jahrzehnten keine Zahnbürste mehr, sondern den linken Zeigefinger; und ist dabei ganz gut gefahren und weiß, daß auch einige andere Personen, denen er diese „Zahnbürste“ empfohlen hatte, mit ihr sehr zufrieden sind. Bei der Reinhaltung der Zähne wird die Entfernung der Speisereste mit einem Hölzchen („Zahnstocher“) in ihrer Bedeutung vielfach verkannt und vernachlässigt; daß sich, abgesehen von den sog. besseren Kreisen, die Familien eigene Zahnstocher beschaffen, i. e. kaufen, trifft bekanntlich nicht zu. Wir können aber auf solche ebenso verzichten wie auf die Zahnbürste, wenn wir die gebrauchten, aber nur wenig abgebrannten Zündhölzchen nicht wegwerfen, sondern sammeln und im Bedarfsfalle für unseren Zweck zurechtschneiden; sie können die gekauften „Zahnstocher“ vollständig ersetzen.“ (M. m. W. 1921 Nr. 51.)

Neue Bücher.

Lehmans Medizinische Atlanten. München, J. F. Lehmann) zeigen trotz der Nöten der Zeit keine Veränderungen; alles, wie es vordem war, was die Ausstattung betrifft: die vortrefflichen Bilder vor allem findet man wieder, wenn man die kürzlich herausgegebenen Bände aufschlägt. Bd. VIII: **Atlas und Grundriß der traumatischen Frakturen und Luxationen**, von Helferich ist in 10. Auflage erschienen (Preis: Mk. 100.—). Tafeln und Textbilder sogar vermehrt, eine Menge Röntgenbilder neu hinzugekommen. Auch der Text weist wesentliche Vermehrung auf und ist vielfach umgearbeitet. Weiteres braucht wohl zum Lobe des bekannten Werkes nicht gesagt zu werden.

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

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis halbjährlich
M.12.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

31. Jahrgang

Nr. 8.

Mai 1922

Originalartikel.

Noch einmal: Bier als Heilmittel.

Von San.-Rat Dr. E. Graetzer.

Die Leser der „Excerpta“ werden sich erinnern, daß Verf. im vorigen Jahre (Nr. 8) in einem kleinen Artikel kurz über die ausgezeichneten Erfolge berichtet hat, die er in seiner Praxis mit einem guten Biere erzielte, und daß ihm dieses besonders als Roborans und Hypnotikum die besten Dienste geleistet hat. Verf. freut sich, heute mitteilen zu können, daß später zwei Autoritäten Arbeiten veröffentlichten, die eine kräftige Stütze für seine damalige Publikation bilden.

Prof. Hoche sagt in der seinigen („Schlaflosigkeit“), die in der letzten Nummer der D. m. W. erschienen ist: „Auch der Alkohol gehört zu den Schlafmitteln. Abstinente Aerzte werden ihn verwerfen. Ich persönlich halte es, nicht bei Psychopathen, aber bei Fällen mit erworbener, akuter Schlafstörung unter Umständen für besser, in den Keller zu schicken, als in die Apotheke.“

In einem Aufsatz, den Prof. Kionka ebenfalls in der D. m. W. (Oktober 1921) veröffentlichte („Der Genußwert des Bieres“), heißt es: „Das Bier wird ja ärztlicherseits nicht nur gelegentlich als zweckmäßiger Nährstoffspender verordnet, es muß der Arzt auch vor allen Dingen ein Interesse an diesem Getränk als Genußmittel haben. Dieses urdeutsche alkoholische Getränk hat durch die Kultur im Laufe der vielen Jahrhunderte eine hohe Vollkommenheit erreicht. Sein Genußwert ist nach den verschiedensten Richtungen hin ausgebaut worden. Es ist wohl heutzutage das vollkommenste und dabei jedenfalls das verhältnismäßig unschädlichste der alkoholischen Getränke. Der Arzt kann daher — vorausgesetzt, daß er überhaupt ein alkoholisches Genußmittel für

zulässig hält — von diesem Genußmittel überall da Gebrauch machen, wo er kleine Mengen Alkohol für angezeigt hält. Er muß daher über die Zusammensetzung und Beschaffenheit dieses Getränkes ebenso unterrichtet sein, wie über irgendein anderes Genuß- und Heilmittel.“

Also auch Kionka sieht das Bier als „Heilmittel“ an. Und er bezeichnet es als das „vollkommenste“ und verhältnismäßig „unschädlichste“ der alkoholischen Getränke. Verf. hofft nunmehr, daß die Leser der „Excerpta“ seinen damaligen Ausführungen noch größere Aufmerksamkeit zuwenden und die dort gegebenen therapeutischen Winke in ihrer Praxis benutzen werden.

Berlin-Friedenau, 25. März 1922.

Referate.

Aetiologisches.

Ueber die Bedeutung von Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase als Ursache von Erkrankungen der tieferen Luftwege. Von Prof. Dr. Wilhelm Stepp (Aus der Medizinischen Klinik der Universität in Gießen). Daß eine Eiterung in den Nebenhöhlen der Nase die Veranlassung werden kann für alle möglichen Erkrankungen der tieferen Luftwege, ist eine seit geraumer Zeit bekannte Tatsache. Freilich, ihre praktische Wichtigkeit scheint erheblich unterschätzt worden zu sein. Verf. hatte Gelegenheit, eine ganze Reihe von Fällen zu beobachten, wo jahrelang von dem behandelnden Arzte ein Lungenleiden angenommen worden war, während als die wahre Ursache der krankhaften Störungen eine Kieferhöhleneiterung erkannt werden konnte, mit deren Beseitigung auch die Erscheinungen von seiten der Lungen verschwanden. Es ist daher von Wichtigkeit, daß der allgemeine Praxis treibende Arzt und der Internist bei unklaren Erkrankungen der Respirationsorgane nie vergißt, auch an die Nebenhöhlen der Nase zu denken und in gegebenen Fällen den Rat seines Spezialkollegen einzuholen. Sonst geht es hier, wie so oft in der Medizin: Eine Erkrankung wird deshalb nicht diagnostiziert, weil man nicht an sie denkt! Wenn wir uns nun der Frage des Zusammenhangs zwischen Nebenhöhleneiterungen und Affektionen der tieferen Luftwege zuwenden, so wäre zunächst hervorzuheben, daß als Folge der Nebenhöhleneiterung eine Pharyngitis sich entwickeln kann, die wie jede andere Pharyngitis nach abwärts kriechen und eine Laryngitis, Tracheitis und Bronchitis im Gefolge haben kann. Aber noch ein anderer, mehr unmittelbarer Zusammenhang kommt in Frage. Das lehrt die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel. Bei Patienten mit Nebenhöhleneiterungen sieht man nicht selten beim Kehlkopf-

spiegeln von der Gegend zwischen den Aryknorpeln aus einen Eiterstreifen sich in die Trachea nach abwärts erstrecken. Man muß sich vorstellen, daß besonders während des Schlafes der Eiter an der hinteren Rachenwand abwärts läuft und, wenn er nicht durch Verschlucken entfernt wird, in den Kehlkopf eintritt. Diese eine Feststellung allein ist schon geeignet, uns eine häufige Folgeerscheinung von Nebenhöhleneiterungen verständlich zu machen, nämlich den Husten. Der Husten ist bekanntlich ein Reflexvorgang, der von den verschiedensten Stellen des Körpers ausgelöst werden kann. Am häufigsten entsteht er durch Reizung der sensiblen Verzweigungen des Nervus vagus in den Luftwegen, während die Fälle, in denen er durch Reizung der Nasenschleimhaut, des äußeren Gehörgangs, von Leber und Milz ausgelöst wird, oder wo es sich um eine rein nervöse Erscheinung handelt, im Vergleich dazu verhältnismäßig selten sind. Als die für die Auslösung des Hustenreizes empfindlichsten Stellen im Bronchialbaum gelten die Gegend zwischen den Aryknorpeln und die Bifurkation. Es ist also leicht verständlich, daß eitriges Sekret, das vom Nasenrachenraum in den Kehlkopf und die Trachea gelangt, heftigen Husten hervorrufen kann, ohne daß der Larynx oder die Trachea und die Bronchien erkrankt zu sein brauchen. Findet man bei der Inspektion des Pharynx bei einem Patienten, der über hartnäckigen Husten klagt, die Erscheinungen der chronischen Pharyngitis, oder sehen wir gar eitriges Sekret an der hinteren Rachenwand hängen, so drängt sich die Forderung, die Nase eingehend untersuchen zu lassen, geradezu auf. Zeigt der Rachen keine besonderen Veränderungen, so denkt der Arzt in erster Linie an eine Erkrankung der tieferen Luftwege, und es gilt alsdann, mit den heute zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln der Diagnostik die Atmungsorgane zu untersuchen und die Ursache des Hustens festzustellen. Daß dabei in erster Linie die Tuberkulose in Erwägung gezogen werden muß, braucht Verf. nicht weiter zu betonen. Allein schon ihre große Verbreitung verpflichtet uns, den Gedanken an sie nie aus dem Auge zu verlieren, auch wenn wir zunächst nichts Sicheres finden. Jeder Arzt weiß, wie schwierig in manchen Fällen selbst unter Benutzung unseres ganzen diagnostischen Rüstzeugs die Diagnose einer beginnenden Tuberkulose sein kann. Gar nicht selten ist ein hartnäckiger Husten das einzige Symptom, das lange Zeit bestehen kann, bis andere Erscheinungen nachweisbar werden. Es ist daher von größter Wichtigkeit, mit Sicherheit eine andere Quelle des Hustens auszuschalten. Eine unerkannte Nebenhöhleneiterung kann lange Zeit unter der Flagge Lungentuberkulose segeln. Verf. kennt eine ganze Reihe von derartigen Fällen, wo der Patient von seinem Arzte jahrelang als tuberkulös oder zum

mindesten tuberkuloseverdächtig geführt und entsprechend behandelt wurde. Ähnliche Beobachtungen hat Verf. in größerer Zahl machen können, und vor allem war es möglich, den Erfolg der Therapie, das völlige Verschwinden des Hustens, unter dem Einfluß der Nasenbehandlung eingehender zu verfolgen. Unter den Fällen befindet sich eine ganze Anzahl von Studenten, die z. T. schon seit ihrer Tätigkeit im Felde husteten und als tuberkuloseverdächtig galten. Bei einer Krankenschwester, die die gleichen Erscheinungen bot, war monatelang eine Tuberkulinkur durchgeführt worden, bis als die Ursache des Hustens eine Eiterung der einen Highmorshöhle aufgedeckt wurde. Allen diesen Fällen gemeinsam ist der negative Lungenbefund. Wir müssen also sagen: Es handelt sich hier entweder um einen reinen Reizhusten, der direkt durch den nach abwärts laufenden Eiter hervorgerufen ist, oder um eine Tracheitis bzw. Bronchitis der größeren Bronchien, wobei man ja häufig auskultatorisch gar nichts feststellen kann. Bei einer anderen Gruppe von Fällen fanden sich alle Zeichen einer diffusen Bronchitis. Hier war es nicht das Suchen nach der Ursache des Hustens — denn diese lag ja klar zutage —, sondern das Suchen nach der Ursache der Bronchitis, was zur Aufdeckung der Nebenhöhleneiterung führte. Neben diesen Fällen hat Verf. dann einige wenige gesehen, wo die bronchitischen Erscheinungen so hartnäckig auf bestimmte Stellen lokalisiert waren, daß der Gedanke an bronchiektatische Veränderungen auftauchen mußte. Bei zwei Patienten waren die Erscheinungen der Bronchiektasie voll ausgesprochen. Der eine Fall, ein 12jähriges Mädchen, zeigte ausgedehnte Veränderungen im linken Unterlappen; die Anamnese ergab hier keine eindeutigen Anhaltspunkte für deren Zustandekommen. Andere Erkrankungen der Bronchien sowie solche der Lungen und der Pleura hat Verf. in diesem Zusammenhange selbst nie gesehen; das gleichzeitige Auftreten einer Kieferhöhleneiterung und einer Pneumonie bei einem Kollegen zählt er nicht hierher, da hier sicherlich nicht die eine Erkrankung als durch die andere bedingt angesehen werden konnte. Dagegen sind in der Literatur aus früherer Zeit Beobachtungen in größerer Zahl niedergelegt, wo bronchopneumonische Prozesse, die von gewiegten Klinikern als Tuberkulose gedeutet worden waren, als Folgezustände von Sinuseiterungen sich entpuppten. Man hat in derartigen Fällen von Pseudotuberkulose gesprochen. Verf. erinnert nur an eine zusammenfassende Darstellung von L. Lichtwitz aus dem Jahre 1895, in der eine ganze Reihe derartiger Fälle angeführt und noch andere Lungenveränderungen erwähnt sind, welche letztere allerdings diagnostisch nicht ganz sichergestellt waren. Auch Asthma bronchiale soll in manchen Fällen als Folge einer Sinuseiterung

beobachtet worden sein. Wir hätten nun die wichtige Frage zu besprechen: Dürfen wir in allen diesen Fällen einen kausalen Zusammenhang annehmen, handelt es sich nicht manchmal um koordinierte Störungen, die gleichzeitig und unabhängig voneinander auftreten? Und zwar betrifft diese Frage vor allem die Fälle von Nebenhöhleneiterungen, wo ein ausgesprochener Befund an den Atmungsorganen zu erheben war. Daß eitriges Sekret, das in reichlichen Mengen den Pharynx hinunterfließt, unter Umständen heftigen Husten hervorrufen kann, wird wohl niemand bezweifeln wollen. Und vollends klar wird der Zusammenhang, wenn mit der Entfernung der Eiterung der Husten verschwindet. *Cessante causa cessat effectus!* Eine Bronchitis, die einer Nebenhöhleneiterung ihre Entstehung verdankt, wird regelrecht behandelt werden müssen. Die Nasenbehandlung allein wird hier nicht einen so raschen Erfolg zeitigen wie in den Fällen, wo nur ein Reizzustand der obersten Teile des Bronchialbaums vorliegt. Aber der Zusammenhang zwischen Nebenhöhlenerkrankung und den Störungen im Respirationstraktus kann noch ein anderer sein. Es kann jemand, der an einer Bronchitis leidet, noch eine Nebenhöhleneiterung dazu bekommen, oder aber es treten beide Erkrankungen gleichzeitig auf. Es ist leicht begreiflich, daß hier die Bronchialerscheinungen sehr hartnäckig sein können und nicht verschwinden wollen. Und man erlebt in der Tat häufig, daß die Behandlung der Bronchitis erst Erfolg hat, wenn die Nebenhöhleneiterung beseitigt ist. Damit ist der Beweis erbracht, daß die Nebenhöhleneiterung die Ausheilung der Bronchitis verhindert hat. Bei dem einen der beiden vorhin erwähnten Fälle mit Bronchiektasie ist mit der Nasenbehandlung auch eine Besserung des Lungenbefunds aufgetreten. Ob hier die Nebenhöhleneiterung das Primäre war, vermag Verf. nicht zu sagen, aber er persönlich möchte eigentlich nicht daran zweifeln, daß erst durch die Beseitigung des von der Naseneiterung ausgehenden Reizzustandes die Möglichkeit einer Besserung geschaffen wurde. Ein Punkt scheint aber noch der Erwähnung wert, nämlich die Bedeutung von Nebenhöhlenerkrankungen der Nase für die an Lungentuberkulose Leidenden. Jeder Schnupfen, jede Erkältung kann bei einem Tuberkulösen zu einem neuen Fortschreiten des Leidens führen. Um wieviel ungünstiger wird erst ein eitriger Prozeß etwa der Kieferhöhle wirken! Die Gefahr, daß latente Herde durch die dabei so leicht auftretenden Bronchialkatarrhe in Bewegung kommen, ist sehr groß. Verf. hat das Vorkommen einer Kieferhöhleneiterung bei einem Kollegen beobachtet, der einen tuberkulösen Prozeß im rechten Oberlappen hatte, und dabei bemerkenswerte Fesstellungen machen können. Es handelt sich um einen typischen Befund im rechten Oberlappen mit grobfleckigen

Schatten im Röntgenbild. Die Kieferhöhleneiterung wurde sofort nach ihrer Entdeckung in Behandlung genommen. Das Lungenleiden selbst wurde in der üblichen Weise mit Guajakolcarbonat behandelt und der Husten mit lösenden Mixturen und Dionin bekämpft. Im Verlauf einiger Monate, nachdem die Kieferhöhleneiterung beseitigt war, trat eine ganz unerwartete Besserung des Lungenbefunds auf, und zwar nicht nur des physikalischen Befunds, sondern auch des Röntgenbildes. Das ist etwas ganz Unerwartetes, und man könnte vielleicht an der Diagnose Tuberkulose zweifeln, zumal bei dem Patienten Tuberkelbazillen nicht nachgewiesen waren. Indessen in ganz seltenen Fällen kann man bei Kranken mit Lungentuberkulose derartige Beobachtungen eben doch zuweilen machen. Es kann nicht nur eine monatelang bestehende Dämpfung, über der Bronchialatmen zu hören ist, eines Tags verschwinden und an der Stelle des Bronchialatmens wieder Vesikuläratmen hörbar werden, sondern auch die dem physikalischen Prozeß entsprechende ausgedehnte Beschattung im Röntgenbild sich aufhellen. Verf. hat vor einigen Jahren schon einmal einen derartigen Fall gesehen. Zu der eben erwähnten Beobachtung möchte er noch hinzufügen, daß der Patient vor einiger Zeit noch eine Pleuritis bekam. Noch ein paar Worte darüber, wie Verf. bei manchen der Fälle überhaupt dazu kam, eine Nasenuntersuchung vorzuschlagen. Manchmal war es der Befund, den die Inspektion des Rachens bot, manchmal der nasale Klang der Stimme, vielfach aber nur der bei der Erhebung eines sonst völlig negativen Befunds auftauchende Gedanke, daß an den oberen Luftwegen die Ursache der Erkrankung zu suchen sein müsse, nur dieser Gedanke war es vielfach, der Verf. veranlaßte, die Kollegen von der Ohrenklinik um ihre Mitarbeit bei der Diagnose zu bitten. Die Aufnahme der Anamnese ergab sehr häufig gar nichts Charakteristisches. Verf. hat sich häufig darüber gewundert, daß manche von den Patienten, die an einer Kieferhöhleneiterung litten, gar keine Ahnung davon hatten, daß in ihrer Nase etwas nicht in Ordnung sei. Man sollte denken, daß vielleicht der Charakter des Hustens, seine besondere Heftigkeit zu gewissen Tageszeiten bestimmte Schlußfolgerungen zulassen würde; der vom Nasenrachenraum während der Nacht in den Kehlkopf hinablaufende Eiter wird besonders frühmorgens durch Husten entfernt werden müssen, während er tagsüber weniger stört. Aber sichere Anhaltspunkte ließen sich auch durch derartige Erwägungen nicht gewinnen. Besonders bei Rauchern, die frühmorgens sich zu räuspern und zu spucken pflegen, fällt es häufig nicht weiter auf, wenn die Toilette des Rachens und Kehlkopfs etwas längere Zeit in Anspruch nimmt. Verf. möchte nicht verschweigen, daß manche der Patienten, die

er mit der Bitte um Untersuchung der Nase und deren Nebenhöhlen in die Ohrenklinik sandte, mit negativem Befund zurückkamen. Aber das ist ja kein Unglück. Lieber eine Untersuchung zuviel als eine zu wenig! Nicht versäumen möchte Verf., darauf hinzuweisen, daß es sich in allen seinen Fällen um eine Kieferhöhleneiterung handelte; er kann sich nicht erinnern, daß auch nur einmal die Stirnhöhle beteiligt gewesen wäre. Die Erklärung für diese Bevorzugung der Kieferhöhle in diesem ganzen Zusammenhange ist vor allem wohl in der überwiegenden Häufigkeit der Kieferhöhleneiterung überhaupt zu suchen. Nach einer statistischen Zusammenstellung sollen von 100 Nebenhöhleneiterungen 90 die Kieferhöhle betreffen.
(D. m. W. 1921 Nr. 44.)

Diagnostisches.

Die renale Schwangerschaftsglykosurie als Frühsymptom der Gravidität. Von Dr. R. Roubitschek (Karlsbad) (Aus der Medizinischen Klinik der Universität Breslau). Die Frauen erhielten nüchtern 200 cm³ Tee mit 10 g Traubenzucker. Nach 20 Minuten wurde 1/2 cm³ Solutio Suprarenin 1:1000 Höchst injiziert. Sobald in den ersten Harnportionen, gewöhnlich 3/4 Stunden nach der Injektion, Zucker erschien, wurden aus der Vena mediana 10 cm³ Blut entnommen und sodann in weiteren Abständen von je 15 Minuten der evtl. durch Katheter gewonnene Urin weiter auf Zucker untersucht. Der auf diese Weise von zwei Harnzuckerportionen eingeschlossene Blutzucker wurde nach der Methode Möckel-Frank bestimmt. Es wurden im ganzen 20 Gravide untersucht. Es gelang, mit Ausnahme von einem Falle, jedesmal, eine Glykosurie zu erzeugen. Die ersten 4 Fälle wurden noch mit 1 cm³ Adrenalin, alle übrigen mit 1/2 cm³ injiziert. Irgendwelche Beschwerden traten nach der Adrenalininjektion in diesen Fällen nicht auf; die Injektionen wurden anstandslos vertragen. Es ist also auf diese Weise dem Praktiker eine durch den Mangel jeglicher Belästigung der Untersuchten sich auszeichnende Methode geboten, welche durch die Einfachheit ihrer Ausführung und den prompten Eintritt der Reaktion ihm in zweifelhaften Fällen einer Gravidität sowie zur Früherkennung derselben — selbst ohne Blutzuckeruntersuchung — eine wertvolle Unterstützung bietet; er sollte allerdings auf letztere nur verzichten, wenn er keine Möglichkeit findet, die ja heute weitverbreitete Methode von einem Institute durch Einsendung von ein paar Kubikcentimeter Blut ausführen zu lassen.
(Kl. Wschr. 1922 Nr. 5.)

Ulkusdiagnose mit besonderer Berücksichtigung der okkulten Blutungen. Von Dr. H Peiper (Chir. Univers.-Klinik Frank-

furt a. M.). „Alle okk. Blutproben, bei denen der Kot nicht einer sorgfältigen Extraktion unterworfen wird, also besonders die Wagnersche und Gregersensche Benzidinprobe, sind unzulänglich, da sie nicht blutbeweisend sind. Allenfalls eignet sich eine scharfe Probe, wie z. B. die Wagnersche Benzidinprobe, wegen ihrer raschen Ausführbarkeit als orientierende Vorprobe. Weit zuverlässiger sind die Extraktionsproben am essigsäuren Aetherextrakt, insbesondere die Kuttnersche Guajakprobe oder ihre Modifikation mit Benzidin, natürlich nach entsprechender Diätvorbereitung. Die Snappersche spektroskopische Probe ist bei positivem Ausfall zwar blutbeweisend, erwies sich uns aber als zu unempfindlich. Ueber dem neuerdings von Snapper angegebenen Ausbau seiner Methode fehlen mir persönliche Erfahrungen. Ueberhaupt wechselt die Empfindlichkeit jeder einzelnen Probe dauernd; denn die chemischen Reagenzien sind selbst bei Verwendung anerkannt guter Präparate so außerordentlich labil und in ihrer Empfindlichkeit scheinbar von äußeren Einflüssen, wie Temperatur, Feuchtigkeit u. a., so stark abhängig, daß alle Probenvergleiche mit den Ergebnissen anderer Autoren zu keinem übereinstimmenden Resultat führen konnten. Hat man z. B. ein sehr empfindliches Präparat, so erhält man sowohl bei Ulkus wie bei Karzinom bei jeder Untersuchung positive Ausfälle, unter Umständen auch positive Blindproben, bei minderer Empfindlichkeit wechseln die positiven Ausfälle beim Ulkus. Bei geringer Empfindlichkeit scheinen sowohl Karzinom wie Ulkus intermittierend zu bluten. Im ganzen sind die okkulten Blutproben einer großen Zahl von Fehlerquellen unterworfen. Für ihre geringe Bedeutung für die Diagnose der Magenduodenalulzerationen fällt aber noch besonders erschwerend ins Gewicht, daß wir einwandfreie Blutungen auch bei Cholecystitis fanden, und zwar unter elf Fällen dreimal, einmal auch bei einem Leberechinokokkus; das sind doch alles Fälle, die differentialdiagnostisch gegenüber einer Magenduodenalulzeration in Frage kommen können. Als pathognomonisch sind demnach okkulte Blutungen für Ulkus und Karzinom nicht anzusehen. Dann aber muß überhaupt auch die Bewertung des ganzen Symptoms entsprechend seinem unsicheren Nachweise sinken. Wir stehen auf dem Standpunkt, daß sich die Diagnose Ulkus oder Karzinom fast immer schon allein aus Anamnese, Röntgenbefund und Palpationsbefund stellen läßt. Ist von diesen Symptomen keines ausgesprochen, so schafft auch die Feststellung einer okkulten Blutung keinerlei diagnostische Klärung, sondern als letztes bliebe dann nur noch bei langdauernden hartnäckigen Beschwerden die Probelaparotomie. Daß auch diese nicht immer zum Ziel führt, weiß jeder Chirurg, sei es nun, daß ein feines Schleimhautulkus unserer Inspektion und Palpation entgeht, sei es,

daß wir lediglich ein Ulkusmilieu vor uns haben, in dem das Ulkus selbst nur den Schlußstein eines vielgliedrigen Krankheitsbildes darstellen würde.“ (Kl. ther. Wschr. 1921 Nr. 45/46.)

Ein einfacher Handgriff zum Nachweis von Senkungsabszessen im Bauch. Von Dr. Johannes Elsner (Aus der Orthopädischen Poliklinik und Heilanstalt des e. V. Krüppelhilfe, Dresden 1.) Bei Kindern hat es oft seine Schwierigkeiten, schnell und zuverlässig Senkungsabszesse im Bauch, zumal wenn sie noch tief liegen, nachzuweisen. Unruhe, Anspannung der Bauchdecken u. dgl. stellen sich hindernd in den Weg. In der letzten Zeit hat sich Verf. ein einfacher Handgriff gut bewährt, mit dem es leicht gelingt, alle diese Schwierigkeiten vollkommen zu überwinden. Das Kind läßt man Knie-Ellbogenlage einnehmen und umgreift von hinten her die Darmbeinschaufeln mit beiden Händen etwa in der Höhe der Spin. ant. sup., wobei die Hohlhände auf der Höhe der Darmbeinkämme ruhen. Ganz kleine Kinder, welche Knie-Ellbogenlage von sich aus nicht einnehmen können, umgreift man im Liegen. Man kann so mit den palpierenden Fingern leicht tief in die unteren Bauchgegenden hinein und die seitlichen Beckenwände gut abtasten; auch den tiefsten Abszeß kann man so unschwer feststellen, ohne daß beim Kinde Unbehagen oder gar Schmerzen ausgelöst werden. Nie werden sich Unruhen oder Spannung der Bauchdecken hindernd in den Weg stellen.

(Zbl. f. Chir. 1922 Nr. 4.)

Kasuistisches.

Akute gelbe Leberatrophie, Malaria und Salvarsan. Von Dr. H. Fernbach (Aus der Infektionsabteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin). Zusammenfassung: 1. Es handelte sich um einen 22 jährigen Mann, der im Anschluß an eine Salvarsankur einen schweren komatösen Anfall von Malaria tropica mit Ikterus bekam und in diesem Anfall zu Grunde ging.

2. Der klinische Verlauf ließ eine akute gelbe Leberatrophie vermuten, da neben dem tiefen Koma und schweren Ikterus eine Verkleinerung der Leber und Leuzin und Tyrosin (?) im (nativen) Urin festzustellen war.

3. Anamnestisch bestanden keinerlei Anhaltspunkte für Malaria, im Gegenteil wurde von den Eltern bei Mitteilung der Todesursache von selbst angegeben, daß der Patient nie Berlin verlassen habe; es muß demnach ein autochthoner Fall von Malaria tropica in Berlin angenommen werden.

4. Infolge der relativ starken Vermehrung der Malaria-, besonders der Tropikainfizierten in Deutschland nach dem Kriege

muß mit einem häufigeren Zusammentreffen der Malaria mit der Lues gerechnet werden.

Bei Frühikterus mit Fieber nach Salvarsan, besonders bei Auftreten ernsterer Symptome, ist an Malaria zu denken und mit allen Untersuchungsmitteln danach zu fahnden.

5. Vor der bewußten Provokation der Malaria tropica durch Salvarsan muß gewarnt werden. (M. Kl. 1922 Nr. 10.)

Todesfall nach einmaliger Novasurolinjektion. Von Dr. Bernhard Marlinger, Cham. „Mitte Mai 1920 trat Frä. K. D. in meine Behandlung. Papelnähnliche Effloreszenzen am Genitale waren wenig charakteristisch. Die WaR. war positiv. Einige Wochen vorher war in München die Probe mit negativem Resultat anscheinend wiederholt angestellt worden. Ich begann die Kur mit salizylsaurem Quecksilber, mußte aber nach der zweiten Injektion wegen sehr heftiger Schmerzen mit dieser Medikation aufhören und gab dann 4,2g Neosalvarsan, das ziemlich gut vertragen wurden. Im September 1921 trat die Patientin, nachdem sie auswärts sich einer weiteren Kur unterzogen hatte, wieder in meine Behandlung. Welcher Art diese Kur war, speziell ob Quecksilber zur Anwendung kam, weiß ich nicht. In der Zwischenzeit klagte die Patientin viel über Kopfschmerzen. Der Befund, auch der neurologische, war negativ. Eine Liquoruntersuchung fand nicht statt. Ich begann die Kur wieder mit Quecksilber und gab am 19. September 1921 intraglutäal 2 ccm Novasurol. Das Blut hatte ich aus Sparsamkeitsgründen nicht untersuchen lassen. Am 24. September wurde ich zur Patientin gerufen; es habe sie „getroffen“. Dort hörte ich, daß sie seit einigen Tagen über heftigere Kopfschmerzen klagte und sich auch erbrochen habe. Die etwa 20jährige Kranke selbst lag benommen im Bett. Soweit ich feststellen konnte, war eine mäßige Nackensteifigkeit das einzige neurologische Symptom neben der Benommenheit und klonischen, von Zeit zu Zeit die rechte Gesichtshälfte befallenden Zuckungen. Am nächsten Tag stieg die Temperatur über 39°, doch machte der Gesamtzustand einen günstigeren Eindruck, wenigstens am Vormittag. Die Patientin reagierte auf Anspruch, antwortete bisweilen undeutlich, doch augenscheinlich mit Verständnis, erkannte auch den Arzt. Am Nachmittag verschlimmerte sich der Zustand wieder, und als ich sie am 26. September früh sah, war sie wieder tief benommen. Alle 10—15 Minuten traten in der zuerst befallenen rechten Gesichtshälfte beginnend epileptische Anfälle vom Typus Jackson auf. Gegen 11 Uhr vormittags trat der Tod ein. — Eine Sektion konnte nicht stattfinden.

(M. Kl. 1922 Nr. 4.)

Lymphatische Leukämie unter dem Bilde symmetrischer Parotisschwellung. Beschreibung eines Falles von Dr. Hans Langsch. Nach Feer kann bei lymphatischer Leukämie ausnahmsweise auch das Bild der Mikuliczschen Krankheit auftreten. v. Pfaundler berichtet von der Seltenheit leukämischer Infiltrate in Speichel- und Tränendrüsen. Roemingh liefert dazu einen kasuistischen Beitrag. Kleinschmidt sah selbst an lymphatischer Leukämie erkrankte Kinder mit der Diagnose Mumps. Er stellt als Typus der akuten lymphatischen Leukämie im Kindesalter u. a. den auf, der unter dem Mikuliczschen Symptomenkomplex auftritt. Die Hyperplasie der Tränen- und Speicheldrüsen „erhält dadurch besondere Bedeutung, daß sie schon frühzeitig, ja als 1. Symptom sich einzustellen pflegt“. Es beruht diese Schwellung der Parotiden auf einer Wucherung des in ihnen enthaltenen lymphatischen Gewebes, gleichzusetzen den großen symmetrischen Organinfiltrationen in Niere und Hoden. Hingewiesen sei noch auf die Mitteilung R. Wagners über einen Fall von symmetrischer Parotisschwellung, Milz- und Leberschwellung und Chloranämie, in der eine Wucherung des lymphadenoiden Gewebes der Parotis im Zusammenhang mit einem Status lymphaticus angenommen wird. Es erschien nicht überflüssig, diesen Fall von akuter lymphatischer Leukämie seiner Beziehungen zur Differentialdiagnose der Parotisschwellungen wegen zu erwähnen.

(M. m. W. 1922 Nr. 1.)

Symptomatologisches.

Zur Symptomatologie der Mitralinsuffizienz. Von Dr. Herzog, Sanitätsrat, Mainz. Soweit Verf. sieht, lehrt man auf deutschen Kliniken auch heute noch, daß für die Diagnose der endokarditischen Mitralinsuffizienz eine starke Akzentuation des II. Pulmonaltones charakteristisch sei, die erst im Stadium hochgradig gestörter Kompensation verschwände —, wenn eine Insuffizienz der Trikuspidalis hinzukommt und die Kraft des rechten Ventrikels versagt. In dieser Form ist das Urteil aber keineswegs richtig. Bei gelegentlichen oder Massenuntersuchungen wird man leicht auf völlig latente Insuffiz. stoßen, in denen nicht der II. Pulmonal-, sondern der II. Aortenton stark akzentuiert ist. Und das ist eigentlich auch nicht auffallend, weil zunächst der linke Ventrikel hypertrophiert und mit vermehrter Kraft das Blut (nach beiden Seiten) austreibt. Erst wenn es infolge Versagens der hypertrophischen Muskulatur von linkem Vorhof und Kammer und damit (auch mangels ansaugender Kraft der letzteren) zur Stauung in den Lungenvenen kommt, beginnt mit der Hypertrophie der rechten Kammer die Phase auch subjektiver Erscheinungen (Kurzlufchtigkeit) und damit eigentlich

doch schon der II. Akt. Begreiflicherwise findet man diesen II. Aortenton auch in Fällen relativer Insuffizienz, die also auf einem mangelnden Tonus der Ringmuskulatur des Ostiums beruht, nicht aber bei akzidentellen, febrilen, „anämischen“ Geräuschen. Es wird also gelehrt werden müssen: Im Stadium I völliger Latenz und Korrektur des Herzfehlers allein durch das linke Herz selbst: Akzentuation des II. Aortentones; II. bei nahezu völliger oder leicht gestörter Kompensation (schon unter Mitwirkung des rechten Ventrikels) starke Akzentuation des II. Pulmonaltons; III. bei stark gestörter Kompensation Verschwinden der Phänomene.“

(M. m. W. 1921 Nr. 50.)

Das „Puppenauge“, ein Symptom der postdiphtherischen Lähmung. Von Dr. Paul Widowitz, (Aus der Universitäts-Kinderklinik Graz). „Dieser Visus ist gegeben durch eine leichte Protrusio bulbi, sowie durch die nur selten und monoton schachteldeckelähnlich erfolgende Bewegung der Lider. Diesen schwerfälligen und mühseligen Bewegungen der Augen sucht der Kopf durch ebensolche gewöhnlich in einer Richtung erfolgende Bewegung nachzuhelfen. Der Blick ist noch kompliziert durch die allgemeine Aengstlichkeit des Individuums, dessen Augen durch das Zusammenreffen der obengenannten Erscheinungen ganz dem einer Puppe gleichen. Aus didaktischen und mnemotechnischen Gründen erscheint es daher erlaubt, das „Puppenauge“ als Begleitsymptom der postdiphtherischen Lähmung zu bezeichnen. Die pathologisch-anatomische Erklärung dieses Symptomes ist sehr einfach, wenn wir uns vor Augen halten, daß

1. bei der postdiphtherischen Lähmung ein Großteil der Muskeln sich im Zustand der Parese befindet, ohne daß es zu einer Aufhebung der Motilität kommt, was die Seltenheit und die Monotonie der Bulbusbewegungen erklärt; daß

2. die Verringerung des Muskeltonus auf Grundlage der ausgedehnten Lähmungen der Augenmuskeln eine leichte Protrusio bulbi bedingen kann.“

(M. m. W. 1921 Nr. 52.)

Sugillationen bei Tabes. Von Dr. H. Pinéas (Aus der Nervenabteilung des Friedrich-Wilhelm-Hospitals). „Wir sehen hier drei Tabiker, bei denen sich in unregelmäßigen Zwischenräumen in wechselnder Intensität meist an den unteren Extremitäten, aber auch am Stamm mehr oder weniger ausgebreitete Hautblutungen zeigen, ohne daß Schmerzattacken oder irgendein anderes erkennbares Begleitsymptom bei ihrem Entstehen zugegen sind. Wie haben wir dies Phänomen aufzufassen? Srümpell hat als einer der ersten auf den engen Zusammenhang zwischen Tabes einer-, Herz-

und Kreislaufstörungen andererseits hingewiesen. Auch in unseren Fällen finden wir klinisch pathologische Herz- bzw. Kreislaufverhältnisse, die sich im Fall 3 in den eigenartigen Blutdruckschwankungen äußern. Es liegt also nahe, für die Sugillationen eine syphilitische Schädigung des Gefäßsystems anzunehmen, die sich hier, im Gegensatz zu den meisten anderen Fällen, auch am peripheren Gefäßrohr, speziell dem Kapillarsystem, offenbart.“

(B. Kl. W. 1921 Nr. 52.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Feuchte Verbände mit abgekochtem Wasser. Von Dr. Glaß, Chirurg in Hamburg. In erster Linie war es Verfs. Wunsch, die jetzt oft ins Unermeßliche steigenden Arzneimittelkosten zu verringern, dann aber wollte Verf. die Antisepsis durch die zweckmäßigere Asepsis ersetzen, daher er in allen Fällen von eitrigen Wunden, wo er sonst feuchte Verbände (übrigens stets ohne wasserdichten Stoff mit steriler Gaze und Zellstoff — also eigentlich „halbfeuchte“ Verbände —) mit Borwasser oder Liq. Alum. acet. zu machen gewohnt war, abgekochtes bzw. sogar Leitungswasser aus sauberer Trinkwasserleitung zu Verbänden verwendet. Verf. hat diese ganz gewöhnliche und gewiß auch von anderer Seite geübte Behandlung an etwa 300 Fällen konsequent durchgeführt. Er kann berichten, daß er keinerlei Nachteil und keinerlei Verzögerung in der Wundheilung gesehen hat. Ein Fall war durch ein Erysipel kompliziert, hätte dasselbe aber auch gewiß bei anderer Behandlung erhalten. Pyozyaneus sah er auffallend selten. Bei der „blauen Eiterung“ würde Verf. wohl auch empfehlen, bei der antiseptischen Behandlung mit Liq. Alum. acet., Borsäure oder Wasserstoffsperoxyd zu verbleiben. Verf. möchte an dieser Stelle nicht darüber streiten, ob feuchte oder trockene Verbände in den einzelnen Fällen anzuwenden sind. Er steht auf dem Standpunkt, daß, wie so oft, viele Wege nach Rom führen. Wer aber wie Verf. bei frischen eiternden Panaritien, Furunkeln, Phlegmonen, allen nicht zum Stillstand gelangten Eiterungen im Unterhautzellgewebe feuchte Verbände verwendet oder verwenden läßt, wird bei Verwendung von abgekochtem Wasser oder sauberem Leitungswasser den gleichen Heilungsverlauf wie mit den heute teuren 3%igen Borwasser- und essigsäure Tonerdeverbänden sehen und im klinischen, poliklinischen und Kassenarztbetriebe sparsamer wirtschaften. Daß die obengenannten antiseptischen Lösungen in den angewandten üblichen Verdünnungen weder eine beachtenswerte bakterizide Wirkung noch irgendwelche Einwirkung auf tiefere Gewebe haben,

ist zur Genüge bekannt. Bemerken möchte Verf., daß, wenn er die Patienten zu Hause Verbände machen läßt, er immer betont, daß sie „abgekochtes“ Wasser verwenden sollen. Es eignen sich für diese Fälle auch sterilisierte, also keimfreie Verbandstoffe in Lappchenform, 4 mal zusammengelegt 20×20 cm, so daß die Patienten die Verbandstoffe nicht überflüssig berühren müssen. In dem altbewährten Hausmittel, Kamillentee, ist die Heilwirkung doch auch nur dem „abgekochten Wasser“ zuzuschreiben. Läßt man es anwenden, besonders in der Kassenpraxis, so ist man sicher, daß das Wasser abgekocht wird. Am Schluß möchte Verf. nur kurz bemerken, daß er bei oberflächlichen, kutanen Eiterungen, Pyodermien jede feuchte Verbandbehandlung vermeidet und mit 1% iger alkalischer Trypaflalösung meist Gutes gesehen hat, indem er sie möglichst mit offener Wundbehandlung verbindet. Bei der Ueberhautung reiner, granulierender Wunden hat Verf. die 2% ige Pellidolsalbe stets beste Dienste geleistet.

(D. m. W. 1921 Nr. 8.)

Zur lokalen Anästhesierung. Von San.-Rat Karl Gerson, Schlachtensee-Berlin. Bestreicht man eine Hautstelle so lange mit Acidum carbol. liquefactum, bis sie weiß wird und das anfängliche Brennen aufgehört hat, und vergleicht nun die Sensibilität der bestrichenen Hautstelle und der benachbarten nicht bestrichenen durch Nadelstiche, so gewahrt man einen deutlichen Unterschied. Die mit Acid. carbol. liquef. bestrichene Haut ist vollkommen unempfindlich geworden. Man kann die bestrichene Haut mit derselben Nadel ein- und ausstechen, ohne daß Ein- noch Ausstich im geringsten schmerzhaft wären. Die nicht bestrichene Haut dagegen reagiert bei Durchstich einer Nadel mit mehr oder minder großer Empfindlichkeit. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr benutzt Verf. diese Beobachtung nun bei subkutanen Injektionen an empfindlichen Patienten und ist mit dem Erfolg zufrieden. Die Aufregung solcher sensiblen Patienten vor jeder Einspritzung fällt fort, weil sie den Einstich gar nicht empfinden. Die Applikation von Acid. carbol. liquef. an der Einstichstelle ist denkbar einfach. Ein Metall- oder Holzstab (Streichholz) wird dünn mit Watte umwickelt, in Acid. carbol. liquef. getaucht und auf die einzuspritzende Hautstelle in kleinstem Bezirk aufgestrichen. Nach etwa 10—20 Sekunden langem Streichen zeigt eine weiße Verfärbung der Haut an, daß die oberflächliche Hautschicht und damit die feinsten Hautnervenendigungen angeätzt sind. In diesem Moment hört auch das anfängliche Brennen auf, und man kann kurz darauf schmerzlos injizieren, ohne noch desinfizieren zu müssen. Doch braucht man die Einspritzung durchaus nicht eilig auszuführen — wie nach Vereisung mit Aethyl-

chlorid —, weil die Anästhesie der Haut durch Acid. carb. liquef. 2—3 Stunden anhält. Dies hat den Vorteil, daß man an der bestrichenen Hautstelle während der genannten Zeit mehrere Injektionen schmerzlos ausführen kann. Auch intramuskuläre Injektionen kann man durch Bestreichen der Haut mit Karbolsäure ebenso schmerzlindernd ausführen, wie dies durch Vereisen mit Aethylchlorid möglich ist. Eine weitere Indikation zur Anästhesierung der Haut mit Acid. carb. liquef. bildet die Naht von Wunden. Handelt es sich um Gesichtswunden, wie überhaupt an Stellen in der Nähe edlerer Organe, so streife man den in Acid. carb. liquef. getauchten Wattestab sorgfältig ab, damit nicht überschüssige Flüssigkeit ein edleres Organ (Auge) verätze. Vor Ausführung der Naht werden zu beiden Seiten der Wunde die den Ein- und Ausstichstellen der Nadel entsprechenden Hautstreifen mit Acid. carb. liquef. bestrichen in der schon oben bei den Injektionen beschriebenen Weise. Auch zur Damмнаht bei von der Geburt erschöpften Wöchnerinnen wird dieses schmerzlose Verfahren willkommen sein und eine Allgemeinnarkose ersetzen. Ebenso sind Skarifikationen der Haut schmerzfrei. Bei Hauttumoren (Atheromen, Fibromen, Lipomen) legt man über die Höhe der Geschwulst, entsprechend der folgenden Schnittführung, einen Karbolsäurestreifen, die Flüssigkeit wiederholt aufstreichend. Bei entzündeter Haut, die ja besonders empfindlich ist, wie bei Furunkeln, ist ein intensiveres Aufstreichen von Karbolsäure ratsam. Selbst Inzisionen von Furunkeln an der besonders empfindlichen Achselhöhlenhaut sind auf diese Weise bei Frauen fast schmerzlos ausgeführt worden, keinesfalls schmerzhafter als mit Aethylchlorid-Vereisung. Letztere hat dabei den Nachteil der Flüchtigkeit ihrer Wirkung, was bei mangelnder Assistenz immerhin unbequem ist. Die mit Acid. carb. liquef. angeätzte Haut hat dagegen ihre normale Empfindlichkeit erst nach 24 Stunden wiedererlangt. Auch die Schmerzempfindung bei der Aethylchlorid-Vereisung ist unangenehmer als das Brennen nach Anätzung der Haut mit Karbolsäure. Letztere hinterläßt bei dem beschriebenen Verfahren niemals eine Narbe, wenn auch das Verschwinden der letzten Hautröte nach der Aetzung oft 1—2 Monate erfordert.

(M. Kl. 1922 Nr. 4.)

Terpentinöl und Terpichin bei der Behandlung von Schweißdrüsenabszessen in der Achselhöhle. Von Joachim Kuhle (Aus der Dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Danzig). An dem aufgeführten Material soll eine einfache, überall durchführbare Behandlungsmethode der Schweißdrüsenabszesse der Achselhöhlen auch für den praktischen Arzt gegeben werden. Vorzüglich eignet sich für die Behandlung

Terpichin in Ampullen, täglich eine oder jeden zweiten Tag **eine** Ampulle, im ganzen 2—4 Injektionen intraglutäal. Bei Durchbruch Noviform- oder Xeroform-Puderverband. Behandlung der Achselhöhle für alle Stadien mit 10%iger Formalinlösung evtl. Anthrarobintinktur. Die Haare dürfen nicht rasiert werden. Für zu eröffnende Abszesse darf nur der Paquelin-Winkelbrenner verwandt werden. (D. m. W. 1922 Nr. 9.)

b) Innere Medizin.

Zur Vakzinebehandlung der Angina follicularis mit Opsonogen. Von Dr. Rudolf Giesbert (Aus der Auguste-Victoria-Knappschaftsheilstätte Beringhausen bei Meschede. „So haben wir bisher 12 bis 15 Fälle von typischer Angina follicularis mit Opsonogen behandelt. In der Anwendung des Mittels sind wir von dem allgemein gültigen Schema der Opsonogenanwendung insofern abgewichen, als wir in jedem Falle — es handelt sich allerdings nur um erwachsene Männer — sofort 500 Millionen Keime subkutan einverleibten. Trotz der hohen Dosis, die wir gleich bei der ersten Injektion gaben, haben wir in keinem Falle eine allgemeine oder örtliche Reaktion gesehen. Auch glauben wir, daß die Verabfolgung einer noch stärkeren erstmaligen Injektion ohne die geringste Nebenwirkung durchgeführt werden kann, obschon wir selbst von dieser Maßnahme nach unseren Erfahrungen keine weitere Steigerung des therapeutischen Erfolges gesehen haben.“ — „Was die Art der Einverleibung des Opsonogens anbelangt, so wenden wir bei unseren Fällen die subkutane Verabfolgung an, da wir eine Steigerung des therapeutischen Effektes bei der intramuskulären oder intravenösen Injektion nicht feststellen konnten. Rahm und Schaeffer betonten übrigens auch die Gleichwertigkeit der drei Injektionsarten in bezug auf die Wirkung. In den so behandelten Fällen haben wir ausnahmslos ein schnelles Zurückgehen des objektiven und subjektiven Krankheitsbefundes beobachten können. Acht bis zehn Stunden nach der ersten Injektion waren die gelblichweißen Pfröpfe verschwunden, die Schling- wie auch die übrigen Beschwerden wesentlich gebessert. Schon am nächsten Tag ging die Temperatur in einigen Fällen sogar kritisch zurück, um meistens am dritten Tage wieder ganz zur Norm zurückgekehrt zu sein. Dieses Ziel erreichten wir mit einer einmaligen Injektion.“ — „Auf Grund unserer Beobachtungen können wir also die Anwendung des Opsonogens bei Angina follicularis empfehlen, da die Erkrankung viel rascher und leichter verläuft, um so mehr können wir dies, als man vermuten darf, daß man bei möglichst frühzeitiger Einverleibung des Mittels, die eine oder andere der bei dieser Erkrankung nicht seltenen Komplikationen zu verhindern imstande ist.“ (M. Kl. 1921 Nr. 42.)

Zur Behandlung der erschwerten Zahnung des Säuglings. Von Sanitätsrat Dr. H. Kramer (Aus der Mutter- und Säuglingsfürsorgestelle der Gemeinde Zehlendorf-Berlin). Aufpinselungen von „Dentinox“ (Schöbelwerke, Dresden) = Extr. comp. Crox, mit Glykose versetzt, haben sich sehr bewährt in bezug auf Schmerzlinderung und die reflektorischen Erscheinungen. Stigmata Crox sind die getrockneten Narben des Safrans und enthalten auch ein ätherisches Oel, auf dem wohl die gute Wirkung beruht. Das süß schmeckende Mittel wird von den Kindern gut toleriert.

(Klin.-ther. Wschr. 1921 Nr. 45/46.)

Zur Behandlung des Keuchhustens nach Violi. Von Prof. Dr. F. Reiche (Aus dem Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Barmbeck). Die Behandlung mit Serum vakzinierter Kälber hat sich (in 21 Fällen) nicht bewährt, sie hatte auf Zahl und Schmerz der Anfälle und auf den Ablauf der Pertussis keinerlei Einfluß.

(M. Kl. 1921 Nr. 52.)

Zur Therapie des epidemischen Singultus. In 3 Fällen bewährten sich Dr. H. Reh 2 stündliche Gaben einer 0,4 % igen Kokainlösung. In 2 Fällen eklatanter Erfolg nach dem 1. Teelöffel, im 3. Falle 3 malige Gabe nötig.

(M. m. W. 1921 Nr. 52.)

Digitalis bei chronischen Lungenkrankheiten, besonders bei der Schwindsucht. Von C. Focke (Düsseldorf). Verf. hat seit etwa 15 Jahren die Digitalis bei chronischen Lungenleiden versucht. Bei chronischen Bronchialkatarrhen, besonders älterer Leute, hat er jährlich mehrere Male, im ganzen vielleicht bei 50 Fällen, gerne der sonstigen Arznei etwas Digitalis zugesetzt, nämlich dann, wenn bei dem Katarrh die Zirkulation irgendwie gestört erschien, auch ohne daß ein Herzfehler vorlag. Er vereinigt die Digitalis mit anderen stark wirksamen Mitteln nur dann, wenn die Digitaliswirkung von den anderen Wirkungen gut unterschieden werden kann. So hat er öfter ein Infus aus Ipekakuanha mit Fol. Digit. titr. gegeben (z. B. Ipecac. 0,4 und Fol. Digit. titr. 0,8 ad 200,0), natürlich nicht mit Liqu. ammon. anis., dagegen zur Konservierung mit etwas Spiritus und als Korrigens 5,0 Glyzerin. Bei starkem Hustenreiz fügte er noch ein Narkotikum in kleiner Dose hinzu. Wenn derartiges längere Zeit nötig wurde, so gab er Tropfen, nämlich Digitalysat 14,0, Tinct. op. 4,0, Spiritus 2,0, täglich 3 mal 15 Tropfen. Auch Pulvern oder Pillen kann man Fol. Digit. titr. mit Vorteil zusetzen. Niemals hat Verf. von diesem Zusatz einen Nachteil gesehen. Andererseits konnte er in manchen Fällen sich davon überzeugen, daß die Wirkung mit dem Zusatz

besser war als ohne ihn. Dies erklärt sich daraus, daß **gerade** bei älteren Leuten soviel häufiger, als man denkt, eine **Schwäche** der Herztätigkeit neben dem chronischen Katarrh besteht. Was die Phthise betrifft, so kann Verf. aus deren Anfangsstadium **leider** kein Ergebnis berichten. Wenn der praktische Arzt in der **Groß-**stadt eine beginnende Phthise erkannt hat, so ist es seine **wichtigste** Aufgabe, den Kranken möglichst bald in eine Heilstätte zu bringen. Bis zur Aufnahme, auf die ja gewöhnlich mehrere Monate gewartet wird, hat Verf. in einigen Fällen kleinste Digitalismengen **wochen-**lang gegeben. Jedes der heutigen gleichmäßigen Präparate wird dafür geeignet sein. Er wählte entweder die Fol. Digit. titr. und hielt sich dabei zwischen 6 und 10 cg täglich, oder er gab Digitalysat (Bürger) mit täglich 10 Tropfen, weil es milder ist als die Tinktur. Derartig kleine Mengen kann man viele Wochen lang ohne jeden Nachteil geben, und sie sind doch nicht wirkungslos, wie man bei Herzstörungen sehen kann. Ueber die Ergebnisse kann Verf. **nichts** Sicheres berichten, weil die Kontrolle gefehlt hat. Die betreffenden jungen Leute fühlten sich nur wenig krank, sodaß es ungewiß blieb, ob sie die Verordnung befolgten und ob ihr nicht andere Schädlichkeiten entgegenwirkten. Und wenn die Kranken sich wieder wohl fühlten, so haben sie die Arbeit wieder aufgenommen und sich aus dem ärztlichen Gesichtskreis verloren. Deshalb werden Beobachtungen solcher Fälle besser in kleinen Orten an- gestellt, wo der Arzt seine Leute jahrzehntelang um sich sieht, oder in Heilstätten, wo die Kranken mehrmals einzukehren pflegen und von wo sie brieflich erreichbar sind. Im zweiten, längsten Stadium der Phthise hat Verf. öfter Digitalis gegeben, wenn Kreis- laufstörungen hervortraten. Aus solchem Anlaß tut das wohl jeder Arzt mehr oder weniger; deshalb geht er darauf nicht näher ein. Aus dem letzten Stadium der Phthise hat er in der Atemnot, die ja nicht selten besonders des Nachts auftritt, ein Symptom gefunden, bei dessen Bekämpfung ein Digitalispräparat von hohem Wert ist. Gegen solche Atemnot oder Beklemmung hat er am häufigsten die Tinct. Stroph. titr. gegeben, weil hier ein Mittel nötig ist, das schnell wirkt, ohne daß es lange zu wirken braucht. Wenn über Beklemmung am Tage geklagt wurde, so verschrieb er z. B. Tinct. Stroph. titr. 1,0 als Zusatz zu einem Ipecac.-Infus. Wo sie aber gewöhnlich nur nachts auftrat, verordnete er Tinct. Stroph. titr. 3,0, Tinct. opii 5,0, Tinct. aurantii 8,0, davon abends 15—20 Tropfen in Wasser zu nehmen.

(Ther. der Gegenw. Nov. 1921.)

Behandlung der Rachitis mit Adrenalin. Von F. Lehnerdt und M. Weinberg (Aus der Univers.-Kinderklinik und der Kinder-

heilstätte des Vaterl. Frauenvereins in Halle). Die leichte Zerstörbarkeit des Adrenalins in der alkalischen Gewebeflüssigkeit ließ eine Dauerinfusion kleinster Mengen als am geeignetsten für die Therapie erscheinen. Da sie technisch nicht möglich ist, beschränkten Verff. sich darauf, tagsüber wiederholt kleinere Dosen zu geben, und zwar 3—4 mal und noch öfter. Die Toxizität des Adrenalins veranlaßte Verff. zunächst, nur kleine Dosen zu geben; und zwar 0,1—0,2 ccm einer 0,1%igen Lösung als Einzeldosis. Die Beobachtung lehrte aber, daß man stufenweise die Einzeldosis leicht steigern kann bis zu einer Toleranzgrenze, die individuell verschieden ist. Verff. konnten wiederholt 0,7 als Einzeldosis geben. Mit dieser Methodik erreichten sie es, von vornherein keine zu großen Einzeldosen zu geben, und vermieden es, die Toleranzgrenze zu überschreiten. Weiterhin gaben sie, einer Anregung Stoeltzners folgend, gleichzeitig mit dem Adrenalin noch Kalzium. Wird nämlich unter der Behandlung viel osteoides Gewebe kalkaufnahmefähig, so besteht die Gefahr, daß der im Organismus verfügbare Kalk nicht ausreicht. Akuter Kalkmangel könnte dann zur Ausbildung einer Osteoporose führen, und dadurch der Erfolg der Behandlung verdeckt werden. Die Methodik, die sich praktisch am besten bewährt hat, war folgende: Täglich 3—4 mal 0,2 Suprarenin hydrochloric. Höchst 0,1% steigend bis ca. 0,5, außerdem Calcium carbon. 3 mal täglich eine Messerspitze oder ein anderes Kalkpräparat. Die Behandlung wurde so lange fortgesetzt, bis ein sichtbarer Erfolg nachweisbar war und kein auffallender Fortschritt mehr sich zeigte — meist 4—6 Wochen lang. Die Neberscheinungen des Adrenalins, die auch bei kleinster Dosis auftreten können, sind nur kurzdauernd. Es kommt gewöhnlich zu einer lokalen Anämie, allgemeiner Blässe, Spannung und Unregelmäßigkeit des Pulses ohne nennenswerte Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Nach dieser Methodik haben Verff. bisher 30 Fälle behandelt. Die behandelten Fälle waren durchweg schwerster Art. Es waren meist Kinder von 1—3 Jahren mit schweren Veränderungen an den Knochen und ohne die geringsten statischen Funktionen. Antirachitische Behandlung war schon mehrfach vor der Adrenalintherapie ohne Erfolg versucht worden. Spontanheilung war also nicht zu erwarten. Auch der begünstigende Einfluß der warmen Jahreszeit kam nicht in Frage, da die Behandlung zum Teil im Winter begonnen wurde. Ein Erfolg war schon nach den ersten Spritzen zu verzeichnen. Zunächst wurden die Kinder lebhafter, verloren ihre Apathie, zeigten Bewegungsdrang und wurden aufmerksamer bzw. fingen an zu sprechen. Vielfach war nach Ablauf von etwa 8 Tagen das psychische Verhalten und das Aussehen der Kinder wie umgewandelt. Es war oft ein richtiges Aufblühen,

wie es schon frühere Beobachter gesehen haben. Gleichzeitig verlor sich die Schmerzempfindlichkeit der Knochen, und die übermäßige Schweißbildung ließ nach. Kinder, die man vor der Behandlung nicht zu berühren wagte, konnte man anfassen und aufrichten. Auch der Stimmungswechsel war unverkennbar. Die Kinder nahmen dabei sehr gut zu und verloren zusehends die blasse Farbe. Diese Umwandlungserscheinungen waren am auffälligsten in den ersten Tagen. Gleichzeitig, aber etwas langsamer, begann die Besserung der statischen Funktionen. Kinder, die, ohne sich zu rühren, im Bette gelegen hatten, oder beim Versuche, sie aufzusetzen, wie ein Sack in sich zusammengefallen waren, spannten die Muskulatur an, und gaben sich Mühe, sich aufrecht zu erhalten; in 5 Tagen konnten sie den Kopf fest halten, nach etwa 8—10 Tagen mit Unterstützung sitzen, nach 14 Tagen meist frei sitzen, und machten den Versuch, die Beine gegen die Unterlage aufzustellen. Nach 3 Wochen konnten sie sich am Bettrande aufrichten und einige Augenblicke stehen. Nach 4 Wochen war es in der Mehrzahl der Fälle gelungen, die Kinder im wahren Sinne des Wortes auf die Beine zu bringen. Am augenscheinlichsten war auch bei den statischen Funktionen die Besserung in den ersten 14 Tagen. Sind die Kinder erst soweit, daß sie mit Unterstützung stehen können, so ist der weitere Fortschritt eine Sache der Uebung. Erwähnenswert ist noch, daß Kinder, die für ihr Alter im Sprechenlernen zurückgeblieben waren, auffallend rasch unter dem Einflusse der Behandlung zu sprechen anfangen. Im Röntgenbild zeigt sich nach 4 Wochen eine wesentliche Beinflussung insofern, als die Verkalkungslinie sich schärfer ausprägt. Die Beobachtungen lehrten Verff., daß die Schnelligkeit des Fortschrittes der statischen Funktionen mit abhängig ist von der physischen Möglichkeit des Sitzens, Stehens und Gehens. Darin entspricht die kindliche Rachitis durchaus der Rachitis tarda. Die besten Erfolge wurden demgemäß dort erzielt, wo das Kind bereits hatte laufen können, durch die einsetzende Rachitis das Laufen aber wieder verlernt hatte. Wenige Spritzen genügten oft, um den Kindern die verloren gegangene Fähigkeit wiederzugeben. Weniger deutlich wurden natürlich die Knochenerscheinungen der Rachitis, wie Rosenkranz, Epiphysenschwellung und Verkrümmungen beeinflusst, deren Reparation aber nach Heilung der Rachitis nur eine Frage der Zeit ist. Keinen Einfluß hatte die Adrenalinbehandlung auf spasmophile Symptome, worauf Stoeltzner schon 1900 hingewiesen hat. Unterbrechung der Behandlung hatte oft Stillstand der Besserung zur Folge. Interkurrente Erkrankungen stellen keine Kontraindikation dar; sie verzögern wohl etwas den Fortschritt, aber verhindern ihn nicht. Von den 30 Fällen konnten 21 als wesentlich gebessert bzw. geheilt aus der Behandlung entlassen werden. (M. m. W. 1921 Nr. 46.)

Ueber die unspezifische Therapie und Prophylaxe der progressiven Paralyse. Von Prof. Dr. Oskar Fischer (Prag). Betreffs der von ihm angewandten Nukleintherapie kommt Verf. zu folgenden Schlüssen, nachdem er folgende Technik empfohlen hat: Es wird 10% ige sterile Lösung von Natr. nucl. in Wasser verwendet. In Abständen von 3—4 Tagen wird injiziert, von 2,5—3 ccm an steigend über 5,7 bis zu 10 ccm. Dann wird eine Pause von 14 Tagen gemacht und das Verfahren wiederholt. Uebrigens kann man dies in beliebiger Weise modifizieren; maßgebend ist, daß bei dem Patienten durch längere Zeit eine Leukozytose bzw. deren Begleitprozesse erhalten bleiben.

Zusammenfassung:

1. Es ist falsch, die Paralyse als eine unheilbare Krankheit zu bezeichnen, denn wir können bereits in einem ganz respektablen Prozentsatze Heilungen derselben erzielen.
2. Die sog. Luesspezifika scheinen für die Behandlung der ausgebrochenen Paralyse wertlos zu sein, auch ihre prophylaktische Bedeutung ist recht problematisch.
3. Die nach dem Bisherigen einzig reussierende Therapie wäre die Leukozytose-therapie, und von all den bisher in Verwendung stehenden Mitteln ergab bisher die besten Resultate das Nuklein.
4. Die Aussichten der Paralysetherapie sind desto besser, je jünger das Individuum, je kürzer die Krankheit dauert, und hängt auch von der Intensität und der Dauer der Behandlung ab.
5. Jeder Luetiker sollte nach der spezifischen Luesbehandlung einer Leukozytosekur unterzogen werden, womit man eine Prophylaxe gegen die Paralyse erzielen dürfte. Den Beweis der Richtigkeit dieser Annahme müssen die Syphilidologen erbringen.

(M. Kl. 1921 Nr. 50.)

Zur Behandlung des Oxyuriasis. Von Prof. Dr. F. Franke (Braunschweig). „Für die Behandlung fordere ich außer sorgfältiger Reinigung des Körpers auch eine solche des Bettes, da die als unsichtbarer feinsten Staub in es geratender Eier des Wurmes nicht nur das Bettuch, sondern wohl auch nicht selten auf das Inlet der Matratze oder des Unterbettes sich verteilen. Also nicht nur Wechsel der Bettwäsche, sondern auch sorgfältiges Reinigen der von ihr bedeckten Betteile durch Bürsten und Klopfen womöglich im Freien! Ausklopfen auch der Kleidung, namentlich von innen! Sodann empfehle ich Auftragen der grauen Salbe in die Afterfalte 2—3 mal am Tage, nach dem Stuhlgange erst nach vorhergehender sorgfältiger Reinigung der Aftergegend. Weiter lasse ich eine Hemdhose Tag und Nacht tragen, die man

sich ja für Kinder leicht durch Annähen des Höschens an das Leibchen herstellen kann; Erwachsene tragen auch nachts die Unterhose, und zwar unter dem Hemde. Dadurch wird eine Reinfektion während des Schlafes sicherer vermieden als durch die Badehose. Die Fingernägel lasse ich nicht nur gründlich ausbürsten, sondern auch ganz kurz halten. Diese Maßnahmen werden einen Monat lang streng durchgeführt, weil ich immer befürchtet habe, daß bei kürzerer Anwendung doch einmal Reinfektion eintreten könnte. Soweit ich habe feststellen können, hat diese Kur nie versagt.“

(M. m. W. 1922 Nr. 1.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Die neurotrope Wirkung des Alivals und seine Anwendungsarten. Von Dr. Hans Wiesenack (Aus der Universitäts-Hautklinik in Jena). Verf. verabreichte das Alival intramuskulär oder intravenös. Für die intramuskulären Injektionen benutzte er die fertige Lösung der in den Handel gebrachten Ampullen und gab davon 1—2 Ampullen täglich intraglütäal. Trotz dieser relativ hohen Dosierung und trotz der oft viele Wochen durchgeführten Behandlung hat er irgendwelche schädlichen oder auch nur unerwünschten Jodnebenwirkungen niemals beobachtet. Nachdem sich für intravenöse Injektionen diese Lösung von 1,0 Substanz auf 1 ccm H₂O als zu konzentriert herausgestellt hatte — es entstanden danach mehrfach ausgedehnte langdauernde Phlebitiden —, benutzt Verf. stärkere Verdünnungen. Das zehnfach mit Wasser verdünnte Alival wurde dann von unseren zahlreichen damit behandelten Patienten durchweg gut vertragen. Nur bei einer Patientin, die anfangs das intramuskulär gegebene Alival gut vertragen hatte, zeigten sich unter der dann eingeleiteten intravenösen Alivalbehandlung leichte Erscheinungen von Jodismus, die unter der weiteren intramuskulären Alivalbehandlung schnell wieder schwanden. Verf. gab entweder 2 mal wöchentlich 3,0 : 30,0 oder 3 mal wöchentlich 2,0 : 20,0 oder täglich 1,0 : 10,0; in einzelnen Fällen steigerte er die tägliche Dosis auf 2,0 : 20,0. Die Jodwirkung des Alivals war bei Luespatienten stärker und prompter als bei Behandlung mit dem sonst so üblichen Jodpräparaten. Hervorgehoben sei seine günstige neurotope Wirkung. In 2 Fällen von Tabes sah Verf. die bestehenden Magen- und Darmkrisen, die nach längerer Salvarsanbehandlung nicht zurückgegangen waren, unter der dann eingeleiteten Alivalbehandlung sehr schnell schwinden. In einem weiteren Fall von Tabes trotzten die bestehenden lanzinierenden Schmerzen, die sonst im Gegensatz zu den Magen- und Darmkrisen durch Salvarsan gewöhnlich schnell zu beseitigen sind, jeglicher Salvarsantherapie, bis dann Alival-

behandlung prompt anhaltendes Wohlbefinden brachte. Bei einem Tabiker mit andauernden heftigen Schmerzen in der Hüftgelenksgegend, bei dem Salvarsanbehandlung keinerlei Linderung brachte, gingen die Beschwerden unter intramuskulärer Alivalbehandlung prompt zurück. 2 Fälle von Lues cerebri mit Hemiplegie besserten sich unter Behandlung mit intramuskulären Alivalinjektionen auffallend schnell; schon nach 3 Wochen konnten sich beide Patienten ohne fremde Hilfe fortbewegen; als bei dem einen Patienten ein Stillstand in der Besserung eintrat, schwanden die noch bestehenden Lähmungserscheinungen unter intravenös gegebenen Injektionen (tgl. 2,0 : 20,0). In einem Fall von Lues cerebrospinalis, bei dem langdauernde intensive Salvarsanbehandlung den ständigen, sehr heftigen und quälenden Kopfschmerz und die starke motorische Unruhe nicht beseitigen konnte, schwanden diese Erscheinungen zunächst auch nicht unter den täglichen Injektionen von je 2,0 Alival; erst eine Modifikation in der Behandlung, das morgens und abends zu je 1,0 injizierte Alival brachte die hartnäckigen Erscheinungen zum Schwinden. Desgleichen wurde eine Patientin mit Lues cerebri, bei der die Monate hindurch erfolgende Salvarsan-, Quecksilber- und Jodkalibehandlung den unerträglichen Kopfschmerz und die fast völlige Schlaflosigkeit nicht beseitigen konnte, durch tägliche Injektionen von anfangs 1,0, später 2,0 Alival nicht von ihren Beschwerden befreit; auch hier brachte es erst das morgens und abends injizierte Alival zu je 1,0 den gewünschten Erfolg, insbesondere sofort guten Schlaf nach den abendlichen Injektionen. Die Zeitfolge der Injektionen scheint also keineswegs immer gleichgültig zu sein; eine möglichst kontinuierliche, durch häufige kleinere Dosen erzielte Alivalwirkung kann im Erfolge der Behandlung mit selteneren größeren Dosen überlegen sein.

(M. m. W. 1921 Nr. 36.)

Richtlinien für die Anwendung der Salvarsanpräparate. (Aufgestellt vom Reichsgesundheitsrat.)

1. Die Salvarsanpräparate können bei allen Krankheitsformen der Syphilis angewandt werden. Besonders wirksam ist ihre Anwendung in der allerersten Zeit der Erkrankung. Je früher nach der Ansteckung eine genügende Salvarsanbehandlung eingeleitet wird (bezüglich Anwendung einer unterstützenden Quecksilberkur siehe Ziffer 13), um so günstiger ist die Aussicht auf Erzielung einer Frühheilung.

2. Voraussetzung für eine erfolgreiche Anwendung der Salvarsanpräparate und für die tunlichste Vermeidung von Störungen ist die vollständige Beherrschung der Technik ihrer Anwendung und

die genaue Beobachtung der Kranken vor, während und nach der Behandlung.

3. Vor Einleitung der Behandlung ist eine genaue Befragung des Kranken über etwaige frühere Erkrankungen und über sein gegenwärtiges Befinden, sowie eine sorgfältige Untersuchung (Herz, Urin) vorzunehmen.

4. Während des Bestehens von Gesundheitsstörungen auch leichter Art (Erkältung, Angina, Magenverstimmungen) sind Einspritzungen von Salvarsanpräparaten nur mit größter Vorsicht vorzunehmen, bei Gesundheitsstörungen schwerer Art sind sie am besten ganz zu unterlassen, ebenso bei Personen, welche die letzte Salvarsaneinspritzung schlecht vertragen haben und noch unter den Folgen der vorangegangenen Einspritzung leiden. Es empfiehlt sich nicht, bei nüchternem oder bei überfülltem Magen Salvarsaneinspritzungen zu machen.

5. Besondere Vorsicht in der Anwendung der Salvarsanpräparate ist ferner geboten: Bei hochgradig unterernährten, kachektischen und schwer anämischen Kranken, bei Kranken mit Status thymolympathicus, bei Diabetes, Struma, Basedow und Addisonscher Krankheit, bei Lungentuberkulose, bei Herz- und Gefäßerkrankungen, bei Erkrankungen der Leber und der Verdauungsorgane, bei Fettsucht, Alkoholismus, Epilepsie und bei Erkrankungen der Niere oder dem Verdacht einer Nierenerkrankung (funktionelle Nierenprüfung), sowie beim Vorliegen einer Schwangerschaft. In diesen Fällen ist zunächst mit tastenden Gaben vorzugehen und erst bei guter Verträglichkeit zu den normalen Dosierungen überzugehen. Ebenso ist zu verfahren bei Syphiliskranken mit Erscheinungen seitens des Zentralnervensystems oder anderer lebenswichtiger Organe und bei Personen, welche bei früheren Salvarsaneinspritzungen Störungen irgendwelcher Art hatten (Ziffer 10—12).

6. Die Höhe der bei den intravenösen Einspritzungen anzuwendenden Gaben ist unter Berücksichtigung des Körpergewichts, des allgemeinen Gesundheitszustandes und des Sitzes, der Art, der Schwere und der Ausdehnung der vorliegenden syphilitischen Erscheinungen in jedem Falle besonders festzustellen. Für die ersten Einspritzungen sind kleine Gaben (Dosierung I und II = 0,1—0,2 g Salvarsan, 0,15—0,3 g Neosalvarsan oder Salvarsannatrium, 0,1 g Silbersalvarsan, bei kräftigen jugendlichen Männern bis höchstens Dosierung III = 0,3 g Salvarsan, 0,45 g Neosalvarsan oder Salvarsannatrium, 0,25 g Silbersalvarsan) und für die späteren Einspritzungen die größeren Gaben (Dosierung III und IV = 0,3—0,4 g Salvarsan, 0,45—0,6 Neosalvarsan oder Salvarsannatrium, 0,25—0,3 g Silbersalvarsan) zu empfehlen. Selbst zum Zweck einer Abortivkur sollte aber auch bei kräftigen, sonst gesunden Männern als Einzel-

gabe Dosierung IV (0,4 g Salvarsan, 0,6 g Neosalvarsan oder Salvarsannatrium, 0,3 g Silbersalvarsan) nicht überschritten werden. Bei der Dosierung für Kinder ist neben dem allgemeinen Kräftezustand besonders das Körpergewicht zu berücksichtigen.

Dosierung für Säuglinge:

0,005 —0,0075 g Salvarsan	} je Kilogramm Körpergewicht.
0,0075—0,015 „ Neosalvarsan oder Salvarsannatrium	
0,003 —0,006 „ Silbersalvarsan	

7. Zwischen den einzelnen intravenösen Einspritzungen sind Zwischenräume einzuschieben, die bei größeren Gaben (Dosierung III bei Frauen, Dosierung IV bei Männern) etwa 3—7 Tage betragen sollen. Bei Anwendung kleinerer Gaben können die Einspritzungen in kürzeren Zwischenräumen gemacht werden.

8. Die Gesamtmenge Salvarsan, die innerhalb eines Zeitraumes von 6 Wochen intravenös angewendet wird, sollte bei reiner Salvarsankur im allgemeinen 2,5—3,0 g Salvarsan, 4,0—5,0 Neo- oder Natriumsalvarsan, 2,0—2,5 g Silbersalvarsan nicht überschreiten. Andererseits kann, falls eine besondere Veranlassung vorliegt, bei sonst kräftigen Personen über die angegebenen Dosen auch hinausgegangen werden. Voraussetzung für die Anwendung der Höchstmengen ist jedoch, daß die Kur andauernd gut vertragen wird. (Siehe die Ziffern 9—12). Bei kombinierter Behandlung mit Quecksilber ist eine vorsichtige Dosierung unter aufmerksamer Beobachtung des Kranken während der Behandlung (siehe Ziffer 13) besonders geboten.

9. Während der Kur, besonders am Tage der Einspritzung, sollen sich die Kranken vor ungewohnten körperlichen Anstrengungen und vor Exzessen jeder Art hüten. Es empfiehlt sich, die Patienten nach der Injektion eine Viertelstunde auf dem Ruhebett ausruhen zu lassen. Für gute Ernährung während der Kur ist nach Möglichkeit zu sorgen.

10. Die Kranken sind jeweils dahin zu belehren, daß sie auf etwa nach einer Einspritzung auftretende Störungen, wie Kopfschmerzen, Uebelbefinden, Schwindel, Erbrechen, Fieber, Ohnmachtsanfälle, Schlaflosigkeit, Gesichtsröte, Blutungen, Hautausschlag und etwaige Abnahme der Harnmenge, achten und dem Arzt alsbald auch unbefragt Mitteilung zu machen.

11. Vorkommnisse der in Ziffer 10 angeführten Art mahnen stets zur Vorsicht. Wenn sie ernsterer Natur sind, ist die Kur zunächst abzubrechen und die nächste Einspritzung frühestens 8 Tage nach Wiederkehr völligen Wohlbefindens vorzunehmen unter Verwendung einer kleineren Dosis bzw. eines anderen Salvarsanpräparates. Nach der ersten Einspritzung tritt nicht selten eine rasch vorübergehende Erhöhung der Körperwärme ein, die keinen

Hinderungsgrund für die Fortsetzung der Behandlung darstellt. Dagegen mahnen alle im weiteren Verlauf der Kur auftretende Temperaturerhöhungen zur Vorsicht.

12. Auf das Auftreten von Exanthenen auch nur leichter und flüchtiger Art ist besonders zu achten, da sie leicht übersehen werden können. Bei Anzeichen solcher Erscheinungen ist die Behandlung sofort auszusetzen. Bei Exanthenen auch leichterer Art ist eine Unterbrechung der Kur (mindestens etwa 14 Tage) erforderlich, da eine zu frühzeitige weitere Zufuhr von Salvarsan (und auch von Quecksilber) schwerste universelle Hautentzündung zur Folge haben kann. Bei universeller Hautentzündung ist die Kur gänzlich abubrechen und von jeder weiteren antisypilitischen Behandlung zunächst Abstand zu nehmen. Vor der Wiederaufnahme der Behandlung, die nur mit größter Vorsicht erfolgen soll, empfiehlt sich die Zuziehung eines Facharztes.

13. Bei der jetzt vielfach angewandten kombinierten Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber muß auf die Nebenwirkung beider Präparate besonders geachtet werden. Es empfiehlt sich dringend, bei frischer Syphilis vor Ansbruch der Allgemeinercheinungen, besonders bei noch negativer Wassermannscher Reaktion, mit der Salvarsanbehandlung zu beginnen.

14. Die Anwendung aller Salvarsanpräparate hat unter Beobachtung strengster Asepsis zu erfolgen.

15. Die Herstellung der Lösungen der einzelnen Salvarsanpräparate ist jeweils unmittelbar vor der Einspritzung mit besonderer Sorgfalt unter Beachtung strenger Asepsis und unter Berücksichtigung der jeder Präparatpackung beiliegenden Anweisung vorzunehmen. Eine Lösung der Präparate in der Spritze ist zu vermeiden. Auch soll zur Herstellung der Lösungen nicht Leitungswasser, sondern steriles, frisch destilliertes Wasser benutzt werden, das leicht angewärmt ist, jedoch nicht über Körperwärme erhitzt sein darf. Es ist zweckmäßig, das destillierte Wasser zur Lösung der Präparate selbst unter Benutzung von Gefäßen aus Quarz oder Jenaer Glas durch doppelte Destillation herzustellen oder das in Ampullen im Handel befindliche sterile destillierte Wasser zu benutzen. Es dürfen nur vollkommen klare Lösungen von Salvarsanpräparaten eingespritzt werden, die frei von sichtbaren Teilchen sind. (Siehe auch die Gebrauchsanweisungen der einzelnen Salvarsanpräparate.)

16. Da alle Salvarsanpräparate, besonders Neosalvarsan und Salvarsannatrium, sich bei Zutritt von Luft leicht zersetzen und eine erhöhte Giftigkeit annehmen, so ist jede einzelne Ampulle der Präparate, bevor sie in Gebrauch genommen wird, genau darauf zu prüfen, daß sie nicht schadhaf ist. Der Inhalt schadhafter Ampullen darf nicht in Benutzung genommen werden, ebensowenig

Reste aus früher geöffneten Ampullen, sowie Präparate, die eine abweichende Färbung zeigen. Die frisch zubereiteten Lösungen sind sofort zu verwenden. Es ist unzulässig, gebrauchsfertig hergestellte Lösungen aus den Apotheken zu beziehen, eine größere Menge Lösung für mehrere nacheinander zu behandelnde Kranke herzustellen, sowie überhaupt die Lösungen längere Zeit stehen zu lassen.

17. Bei den intravenösen Einspritzungen ist sorgfältig darauf zu achten, daß die Nadel der Spritze außen mit der Salvarsanlösung nicht benetzt ist und nach dem Einstich gut in der Vene liegt, so daß eine Verletzung der Innenhaut der Vene oder deren Durchstechung während der Einspritzung nicht erfolgen kann. Die Einspritzung ist langsam vorzunehmen. Bei der geringsten Schmerzäußerung, bei den geringsten Anzeichen einer Infiltrat- (Quaddel-) Bildung, sowie bei den leichtesten Erscheinungen von Atembeschwerden ist mit der Einspritzung sofort aufzuhören. Ebenso ist, sobald sich bei der Entleerung der Spritze ein Hindernis bemerkbar macht, die Einspritzung zu unterbrechen und erst wieder fortzusetzen, nachdem man sich durch Ansaugung von Blut in die Spritze von der richtigen Lage der Kanüle in der Vene überzeugt hat.

Die Salvarsanbehandlung sollte nur durch einen Arzt ausgeübt werden, der die Technik vollkommen beherrscht und die obigen Vorsichtsmaßnahmen gewissenhaft beachtet.

Ueber Blutauswaschungen mit Normosal. Von Dr. Gerhard Assmann (Aus der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Kiel). Die von Bruck angegebenen Blutauswaschungen wurden mit dem neuen, von den Sächsischen Serumwerken herausgegebenen Normosal wiederholt. Hierzu wurden hauptsächlich solche Dermatosen gewählt, bei denen sowohl die interne als die lokale Therapie wohl aus Unkenntnis über die eigentliche Aetiologie der Erkrankung versagte. Alle Fälle haben einen Liter Normosal, gelöst nach Fabrikvorschrift, intravenös infundiert erhalten. Bei dem größeren Teil der Fälle wurde ein Aderlaß von 150—200 ccm, je nach Körperbeschaffenheit, vorausgeschickt. In der Wirkung zeigte sich bei diesen beiden Gruppen kein Unterschied, jedoch wurde im allgemeinen die Infusion nach vorhergegangenem Aderlaß besser vertragen. Schwere Störungen des Allgemeinbefindens traten nirgends ein, doch waren zu warme oder völlig erkaltete Lösungen und solche mit opaleszenten Trübungen, ferner auch zu schnelle Infusionen stets von kurzdauernden Kopfschmerzen, vorübergehendem Uebelsein und Temperaturanstiegen bis zu 39° C gefolgt. Völlig reaktionslos verliefen die Infusionen, wenn die Lösung völlig klar war, eine Temperatur von 20—25° C

hatte und die Einlaufszeit ungefähr 25—30 Minuten betrug. Bei richtiger Anwendung ist diese Behandlungsweise vollkommen gefahrlos. Es wurden die Infusionen bei den Fällen, bei denen der Erfolg nicht befriedigte, wiederholt, und zwar in Abständen von 5—6 Tagen, aber niemals über 4 Infusionen hinaus. Die bei einem größeren Teil der Fälle angefertigten Blutbilder zeigten alle bereits nach 6 Stunden eine deutliche Leukozytose, die hauptsächlich in der Zunahme der polynukleären Leukozyten bestand und eine, wenn auch z. T. geringe Abnahme der eosinophilen, die aber bei allen Fällen eintrat. Bereits nach 24 Stunden waren diese Veränderungen im Blutbild wieder geschwunden. Uebrigens zeigte das Blutbild der mit und ohne Aderlaß behandelten Patienten nach 6 Stunden keinen Unterschied. Angewandt wurde das Normosal bei Urtikaria, Pruritus auf nervöser Grundlage, Pruritus senilis, Dermatitis herpetiformis, Rosacea, seborrhoischem und chronischem Ekzem und bei Psoriasis vulgaris. Bei allen Fällen von chronischem und seborrhoischem Ekzem und Psoriasis vulg. konnte man überhaupt keinen Einfluß feststellen. Bei den übrigen, oben angeführten Dermatosen zeigten sich neben völligen Fehlschlägen teils glänzende Erfolge, teils bedeutende Besserungen. Ein Fall von Dermatitis herpetiformis, der jeder anderen internen und lokalen Therapie, auch Röntgentotalbestrahlungen, vollkommen trotzte, war nach 3 Infusionen 5 Monate lang völlig rezidivfrei und wurde nach 5 Monaten bei einem beginnenden Rezidiv durch eine einzige Infusion vor dem weiteren Ausbruch des qualvollen Leidens bewahrt. Patient ist seitdem wieder 3 Monate lang ohne jeden Krankheitsanfall. Drei weitere derartige Fälle wurden gleichfalls mit Erfolg behandelt, während bei zwei anderen sich trotz mehrmaliger Infusionen keine Aenderung des Krankheitsbildes zeigte. Einen großen Erfolg hatte Verf. bei einer, bereits lange Zeit bestehenden, erfolglos behandelten Rosacea der Nasenspitze. Die Patientin selbst war nach 3 Infusionen mit Aderlaß über ihre plötzlich weiß gewordene Nasenspitze überrascht und ist jetzt bereits über 4 Monate lang rezidivfrei. Zwei weitere Fälle von Rosacea zeigen wenigstens eine bedeutende Besserung, wenn auch keine Heilung. Beim Pruritus auf nervöser Grundlage und beim Pruritus senilis sind 3 Dauererfolge zu verzeichnen, während bei anderen Fällen sich entweder keine Besserung einstellte, oder der Erfolg nur vorübergehend war. Doch waren die Patienten auch für die vorübergehende Besserung schon dankbar, da oft jede andere Therapie gar keinen Einfluß ausgeübt hatte. Mehrere Fälle von plötzlich aufgetretener Urtikaria, deren nähere Ursache sich nicht feststellen ließ, reagierten prompt innerhalb 24 Stunden ohne jede lokale Therapie. Ein Fall von rezidivierender chronischer

Urtikaria zeigte nach mehrmaligen Infusionen starke Linderung des Juckens, doch konnten Rezidive nicht verhindert werden. Jedenfalls hat sich ergeben, daß Normosalinfusionen bei richtiger Anwendung ein völlig ungefährlicher Eingriff sind und überall da versucht werden sollten, wo jede andere Therapie schon versagt hat, wenn auch auf einen unbedingten Erfolg nicht immer gerechnet werden darf. (M. m. W. 1921 Nr. 46.)

Soll bei universeller Psoriasis mit Röntgenstrahlen behandelt werden? Von Dr. Görl und Voigt (Nürnberg). Es ist eine weitverbreitete Ansicht, daß die Röntgenbestrahlung bei ausgedehnter Psoriasis zwecklos sei. So sagt noch Riecke in seinem Handbuch, daß für ausgebreitete, disseminierte Exantheme (von Psoriasis) dieser Behandlungsmodus ungeeignet sei. Ein Fall, den Verff. neulich zu beobachten Gelegenheit hatten, bewies das Gegenteil. Es handelte sich um einen 20jährigen Mann mit ausgeprägten Psoriasisherden am ganzen Körper. Auf seinen Wunsch wurde die Bestrahlung einer Stelle der linken Hand, die ihm, da am meisten sichtbar, am unangenehmsten war, vorgenommen, mit dem Resultate, daß im Verlauf einer Reihe von Tagen die Krankheitsherde am ganzen Körper verschwanden und bis jetzt — nach 5 Monaten — sich nicht wieder gezeigt haben. Verabreicht wurde eine Erythemdosis (Volldosis). Wie soll man sich nun diese Wirkung erklären? Es sind zwei Wege dazu möglich. Einmal könnte es sich handeln um die Bildung von Antitoxinen im Körper durch Zerfall des Krankheitsherdes, auf welchen die Bestrahlung eingewirkt hatte. Eine ähnliche Wirkung beobachtet man ja häufiger bei der Bestrahlung von Warzen mit Radium, wo nach Bestrahlung einer Warze auch die andern spontan verschwinden. Die andere Möglichkeit, sich von den biologischen Vorgängen bei dieser auffallenden Erscheinung ein Bild zu machen, besteht darin, eine Umstimmung des ganzen Körpers, vor allem des Blutes, durch die Bestrahlung anzunehmen. Bei dem Psoriatiker besteht eben die Bereitschaft, auf irgendwelche Reize mit psoriatischen Effloreszenzen zu antworten. Eine derartige Auffassung ist in der Dermatologie nichts Neues. Ja, Verff. kennen sogar Mittel, welche bei verschiedenen Menschen ganz verschiedene Krankheitsbilder hervorzurufen imstande sind. Man denke nur an das Bohröl, das bei dem einen eine Dermatitis, beim andern eine Furunkulose, beim dritten ein Ekzem, beim nächsten heftige exsudative Prozesse und beim letzten schließlich Warzenbildung hervorruft. Man muß also annehmen, daß bei dem Einzelnen, infolge der Zusammensetzung seiner Körpersäfte und der Irritabilität seiner Haut gerade diese bestimmte Reaktionsform eintritt. Und in gleicher Weise

reagiert eben der Psoriatiker auf die verschiedensten Reize mit dem Ausbruch einer Schuppenflechte. Durch Anwendung der Röntgenstrahlen gelingt es dann, diese Reaktionsbereitschaft zu beseitigen, die Körpersäfte umzustimmen. Auch der Begriff dieser Umstimmung ist nichts Neues. Wir beobachten ähnliche Vorgänge bei der Bestrahlung der Ovarien bei den Blutungen der Frauen. Schwächere Dosen rufen eine Zunahme der Blutungen hervor, stärkere deren Verschwinden. Durch leichtere Bestrahlungen werden die Produkte der inneren Sekretion, die Hormone, umgewandelt bzw. gestärkt, durch noch stärkere weiter verändert, so daß die Blutungen sistieren. Es zeigt sich dann auch die auffallende Tatsache, daß es garnicht nötig sei, die Ovarien selbst zu bestrahlen, sondern es ergibt sich ein gleiches Resultat bei Bestrahlungen der Milz oder anderer Körperstellen — es handelt sich eben um keine lokale, sondern um eine allgemeine Reaktion des Körpers. Im Rahmen dieser Anschauung bringt die in jüngster Zeit veröffentlichte Therapie der Psoriasis durch Bestrahlung der Thymus keine Ueberraschung. Es ist eben im großen und ganzen gleichgültig, welchen Körperteil man zur Bestrahlung wählt. Welcher Art nun die Stoffe sind, durch die gerade bei der Psoriasis die Bereitschaft bewirkt wird, läßt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Man könnte annehmen, daß es sich um spezifische, Psoriasis hervorrufoende Stoffe handele, welche durch die Bestrahlung zerstört werden, oder um fehlende Schutzstoffe, die dadurch erst gebildet werden. Derartige eklatante Heilerfolge, wie im vorliegenden Falle, sind natürlich selten, immerhin hatten Verff. in den letzten Jahren Gelegenheit, vier solche Fälle zu beobachten. Aber auch die meisten anderen wurden entschieden gebessert, und zwar so, daß bei der jedesmaligen zweiten Eruption die Herde kleiner und weniger zahlreich wurden. Man sollte also bei Therapie des Psoriasis auf das ausgezeichnete Mittel der Röntgenstrahlen nie grundsätzlich verzichten.

(M. m. W. 1921 Nr. 44.)

Ueber die Therapie der Folliculitis barbae. Von Dr. Josef R. Thim in Wien. „Patient wäscht sich täglich 3 mal den behaarten Teil des Gesichts, Halses und Nackens mit einer Karbol-Borax-Formalinlösung, und pudert täglich abends die Haut mit Sulfoform ein. Augen schonen.

Rp.: Acidi carbolici
 Boracis 3—4 g
 Formaldehydi soluti (40%) 10—20 g
 Glycerini 25 g
 Aquae destillatae ad 300 g
 S. Außerlich.

Rp.: Sulfoform 30 g
 S. Suo nomine,
 oder:
 Rp.: Sulfur praecipitati 10 g
 Zinci oxydati 20 g
 S. Zinkschwefelpuder.

Nach 8 Tagen einigemal Einfetten der Haut mit Schwefel-salizylsalbe.

Rp.: Acidi salicylici 1 g
Sulfuris praecipitati 5 g
Olei ricini 3 g
Lanolini
Vasellini flavi āā ad 50 g
S. Salizylschwefelsalbe..

Die konsequente Epilation der befallenen Haare darf nicht unterlassen werden, denn sie ist wesentlich für den Erfolg. Ist die Follikulitis sehr ausgebreitet, so ist einmalige Röntgenbestrahlung (8—10 X bei 0,50—1 mm Aluminiumfilter) angezeigt. Bei leichteren Formen epilieren sich ohne Röntgenbestrahlung mit meiner Epilationszange¹⁾. Deren Zangenmaul ist mit seitlich im Winkel abgebogenen Schnabeln ausgestattet, die beim Erfassen der Haare zuerst an ihrer Spitze schließen und infolge der ihnen innewohnenden Federkraft beim Vergrößern des Schließdruckes an den Zahnhebeln allmählich bis zu vollkommener Berührung gebracht werden können. Dadurch steigert sich der quer zur Berührungsfläche wirkende Zangendruck bis zu einem gewissen Maximum, wodurch ein sicheres Fassen der feinsten und kürzesten Haare ermöglicht wird.“

(Derm. Wschr. 1922 Nr. 3.)

Technisches.

Eine Pinzette mit feststellbaren Schenkeln zur Erleichterung intravenöser Injektionen. Mietens hat eine Pinzette konstruiert, die knieförmig abgebogene Backen besitzt, zwischen denen die Vene gehalten wird. Eine Stellschraube gestattet, das ungefähre Kaliber der Vene einzustellen, indem die Schraube dem Bestreben der federnden Spreizung der Backen entgegenwirkt. Durch diese Vorrichtung ist die Handhabung der Pinzette bei weitem sicherer, als wenn man ohne dieselbe darauf achten muß, daß während des Arbeitens die Distanz der Backen sich nicht ändert. Die Pinzette kann von der Firma Hermann Katsch, München, Schillerstraße bezogen werden.

(M. m. W. 1921 Nr. 52.)

Kehlkopfröhrchen zum Selbsteinblasen von Pulver in den Kehlkopf. Von San.-Rat Dr. Obermüller in Mainz. Verf. möchte an einen kleinen Apparat erinnern, den er sich schon vor 25 Jahren erstmals herstellen ließ, dessen aber in keinem Lehrbuch Erwähnung getan wird und von dem es schade wäre, wenn er der Vergangen-

¹⁾ Zu haben bei Karl Reimer, Wien IX, Mariannengasse 17.

heit anheim fiele, da er wirklich nutzbringend angewandt werden kann. Es handelt sich um ein pfeifenartig winkelig abgebogenes Glasröhrchen, das mit dem Pulver beschichtet, dicht bis vor die hintere Pharynxwand eingeführt wird, worauf die Lippen geschlossen und mit einer einzigen tiefen Inspiration das Medikament in den Larynx befördert wird. Besonders gute Dienste leistet das anspruchslose Instrument bei der Behandlung der Dysphagie der Kehlkopfphthisiker, für die dasselbe öfters tägliches Einblasen von Anästheticis auch ohne jedesmaliges Bemühen des Arztes ermöglicht. Dasselbe ist zu beziehen von allen einschlägigen Geschäften oder von der herstellenden Firma Paulus & Thewalt, Frankfurt a. M.-Süd, Schadowstraße 9.

(Med.-techn. Mitt. 1922 Nr. 1.)

Neue Bücher.

Lehmans Med. Atlanten. (München, J. J. Lehmann.) Ein neuer Band (Bd. XIV): **Pathologisch-anatomische Situsbilder der Bauchhöhle**, von Oberndorfer (Preis: Mk. 100.—) zeigt die Vorzüge des Atlanten, sowohl in den Bildern (92 Tafeln und 92 Abbildungen im Text), die geradezu ideal sind, als auch im textlichen Teil, der sich durch Klarheit und Prägnanz auszeichnet. — Im gleichen Verlage erschienen Lehmanns Medizinische Lehrbücher. Als Bd. II liegt jetzt vor: **Chirurgie des Kopfes und des Halses für Zahnärzte**, von E. Seifert (Preis: Mk. 50.—). Auch dieses Werk bringt 147 Abbildungen im Text. Letzterer dürfte auch jüngeren praktischen Aerzten erspriesliche Dienste leisten, die dieses besondere Gebiet anschaulich dargestellt haben wollen. — Endlich sei eines im gleichen Verlage erschienenen kleinen Buches gedacht, das manchem Kollegen sehr willkommen sein wird: **Die staatlichen Bestimmungen über die Ausführung der Wassermannschen Reaktion**, von Baumgärtel (Preis: Mk. 7.50). Reiche Erfahrungen sind darin niedergelegt, sodaß alle Aerzte, die sich mit solchen Untersuchungen beschäftigen, hier einen sehr brauchbaren Führer und Berater haben.

Das Atom. Von M. Weiser (Dresden, E. Pahl, Preis: Mk. 5.—). Das Buch bringt eine gemeinverständliche Darstellung der neueren Ergebnisse der physikalischen Strahlenforschung. Klar und knapp wird die Atomistik der letzten 25 Jahre beleuchtet und der Stoff durch zahlreiche schematische Bilder dem Verständnis näher gebracht.

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.12.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

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

31. Jahrgang

Nr. 9.

Juni 1922

Aetiologisches.

Ueber die häufigste Ursache der Kahlheit. Von Dr. Friedrich Grotte (Prešov). Die Glatze des Mannes entsteht hauptsächlich durch die unzuweckmäßige Kopfbedeckung, die die Kopfhaut ernährenden Gefäße komprimiert und so die Ernährung der Kopfhaut beeinträchtigt. Die harten Hüte wirken wie eine Stauungsbinde besonders auf die Aa. temporales und occipitales, und es kommt zu einer Atrophie der Schädelhaut und damit auch der Haarpapillen. Deshalb sind die Glatzen in dem von jenen Arterien versorgten Gebiet die häufigsten, deshalb bleibt das weibliche Geschlecht und die Landbevölkerung verschont, deshalb sind die Träger der Zylinderhüte am häufigsten befallen. Nur Hüte, die den Kopf bequem und lose bedecken, verhindern das Entstehen der Glatze. (W. m. W. 1921 Nr. 46.)

Dermatitiden durch Terpentinersatz. Von Prof. Dr. Galewsky (Dresden). In letzter Zeit hat Verf. 4 Fälle von ekzematöser Dermatitis beider Hände bei Malern (und 1 bei einer gewerblichen Malerin) gesehen, die auf Terpentinersatzstoffe zurückzuführen sind. Unter diesen Patienten mit Ekzem nach Terpentinersatzstoffen waren 5, die mit Tetralin gearbeitet hatten. Eine Probe war reines Tetralin, drei andere waren dem Geruch nach sicher Gemenge, deren chemische Bestandteile nicht festgestellt werden konnten. Das Tetralin selbst ist ein vierfach hydriertes Naphthalin und sollte seiner chemischen Konstitution nach eigentlich keine Reizwirkung auf die menschliche Haut ausüben. In obigen Fällen, insbesondere in dem reinen Tetralinfall, ist aber ein Zweifel an der Reizwirkung des Tetralins ausgeschlossen, in den 4 anderen Fällen liegt die Möglichkeit vor, daß Verunreinigungen ebenfalls zur Reizung mit beigetragen haben. Die 5 Fälle betrafen, abgesehen von dem

1 Fall bei der Malerin, viermal Stubenmaler, die mit Oelfarben arbeiteten, in dem 1 Fall sogar Vater und Sohn, die beide nach dem Gebrauch des Tetralingemenges zur Farbenverdünnung das Ekzem bekamen. Die Reizung hörte in diesem Falle sofort auf, als diese beiden Maler einen im Kriege mit viel Reklame angepriesenen anderen Terpentinersatz Sangajol (ein Gemisch von Testbenzin und Kienöl) verwendeten. Also auch hier hat entweder das Tetralin oder das Tetralingemisch die Reizung verursacht. Es handelt sich um die gewöhnlichen Handekzeme, die wir als artifizielle Dermatitis seit langer Zeit kennen, und die sich in nichts von den Terpentinerkrankungen unterscheiden. Dieselben heilten unter der üblichen Behandlung ab. Zweck dieser Mitteilung ist nur, auf diese Dermatitis durch Terpentinersatzstoffe hinzuweisen, die anscheinend selten sind, wie ja auch aus der Industrie heraus eigentliche Klagen über das Tetralin bisher noch nicht bekannt geworden sind. Vielleicht handelt es sich in diesen Fällen um Patienten mit besonders empfindlicher Haut.

(Derm. Wchschr. 1922 Nr. 12.)

Krankheitsbilder.

Zur Kenntnis der Osteochondritis coxae juvenilis (Perthessche Krankheit). Von Dr. M. Krabbel (Krankenhaus Aachen-Forst). Die Entstehung der Krankheit fällt nahezu immer in das erste Lebensjahrzehnt, meist in das 5.—10. Lebensjahr; Knaben erkranken weit häufiger wie Mädchen. Das erste Symptom ist immer ein mehr oder weniger auffälliges Hinken; dabei fehlt in den meisten Fällen jede Schmerzhaftigkeit; nicht die Klagen des Kindes, sondern die Besorgnisse der Eltern bringen den kleinen Patienten zum Arzt. Stellen sich im weiteren Verlauf der Erkankung Schmerzen ein, so sind sie nicht hochgradig und werden, wie so häufig bei der initialen Hüfttuberkulose, in den Oberschenkel und das Knie verlegt. Die Untersuchung der kleinen Patienten muß sehr systematisch durchgeführt werden. Gerade die Hüftgelenkerkrankungen bieten im Anfangsstadium oft eine Fülle differentialdiagnostischer Schwierigkeiten, derer man nur durch exakte Untersuchungstechnik Herr werden kann. Lassen wir zunächst den ausgekleideten Kranken stehen, so fallen stärkere Veränderungen nicht ins Auge. Die Gesäßfalten stehen meist in gleicher Höhe; der Tronchanter kann auf der erkrankten Seite etwas stärker prominent sein, die Oberschenkelmuskulatur erscheint unter Umständen schon deutlich verschmächtigt. Lassen wir den Kranken gehen, so zeigt sich die charakteristische Gangveränderung: Hinken und Einknicken der erkrankten Seite erinnern geradezu an das Bild der angeborenen

Hüftgelenksluxation. Der Gedanke an dieses Krankheitsbild gibt uns Veranlassung, das Trendelenburgsche Phänomen zu prüfen; wir finden es in der Mehrzahl der Fälle von Perthescher Krankheit ausgesprochen positiv, d. h. der Kranke fällt nach der gesunden Seite hin, wenn er versucht, sich auf das kranke Bein zu stellen; die gesunde Beckenhälfte wird also gesenkt; die Glutäalmuskulatur der kranken Seite ist nicht imstande, den Oberschenkel fest gegen das Becken zu fixieren. Auffallen kann bei der Beobachtung des stehenden oder gehenden Kranken eine leichte Adduktionskontraktur im erkrankten Hüftgelenk, die sich in mäßiger X-Stellung des Kniegelenks markiert. Nehmen wir am liegenden Patienten das Längenmaß des erkrankten Beines, so können Verkürzungen geringen Grades ($1\frac{1}{2}$ —1— $1\frac{1}{2}$ cm) gefunden werden; entsprechend werden wir dann Hochstellung des Trochanters über der Roser-Nélatonschen Linie feststellen können. Die Prüfung der Beweglichkeit zeigt uns endlich die charakteristischsten Veränderungen: die Beuge- und Streckbewegungen im Hüftgelenk sind im Anfangsstadium immer, im späteren Verlauf meist völlig unbehindert, während Abduktion und Außenrotation Hemmungen zeigen, die sich bis zur schweren Adduktionskontraktur steigern können. Diese immer wiederkehrenden, sich nur auf die Abduktion und Außenrotation erstreckenden Bewegungseinschränkungen, zusammengehalten mit dem positiven Ausfall des Trendelenburgschen Phänomens, sind klinisch die wichtigsten Symptome auch im Beginn des Leidens. Im späteren Stadium zeigt die Oberschenkelmuskulatur des erkrankten Beines in der Regel eine mäßige Atrophie. Die so gestellte Wahrscheinlichkeitsdiagnose läßt sich in allen Fällen sichern durch das Röntgenbild; hier ergeben sich charakteristische Veränderungen, wie sie sich bei keiner Hüfterkrankung im jugendlichen Alter wiederfinden. Das Auffallendste ist — wenigstens auf der Höhe der Erkrankung — eine Veränderung des Schenkelkopfes; der Kopf erscheint im ganzen abgeplattet, häufig verbreitert; besonders schön und deutlich kommt das zum Ausdruck, wenn man ein Uebersichtsbild beider Hüftgelenke anfertigt. Diese typische Konfiguration des Kopfes hat der Erkrankung auch den Namen „Coxa plana“ eingetragen. Neben dieser auffallendsten Deformation kommen im Röntgenbild noch andere Veränderungen zum Ausdruck; die Kopfkappe kann in mehrere Abschnitte zergliedert erscheinen, so daß einzelne Teile geradezu als Sequester imponieren. Die Epiphysenlinie erscheint verdoppelt, verwaschen, im ganzen verbreitert, in ihrem lateralen Abschnitt angefrassen und ausgezackt; die Kalkablagerung in dem der Epiphysenlinie nahegelegenen Knochenbezirken ist unregelmäßig; daß Strukturbild erscheint dadurch fleckig, wolzig; kurz, wir sehen Bilder, wie wir sie in den

letzten Jahren bei der Hungerosteopathie im Pubertätsalter allzuhäufig gesehen haben. In ausgesprochenen Fällen beschränken sich die Veränderungen nicht auf den Schenkelkopf; auch die Epiphysenbezirke der Pfanne zeigen charakteristische Usuren. Die auffallende Analogie zur Spätrachitis gibt uns auch einen Fingerzeig, wo die ätiologischen Momente für das Leiden zu suchen sind. Man wird heute sicher am besten tun, wenn man sich der Meinung Frommes anschließt und die Krankheit unter die Epiphysenwachstumsstörungen des Pubertätsalters einreihet; man muß allerdings den Begriff der Epiphyse dann weit fassen und darunter nicht den Intermediärknorpel allein, sondern den ganzen gelenkwärts davon gelegenen Knochenabschnitt verstehen.

Der Hauptfaktor für die Entstehung dieser Epiphysenwachstumsstörung muß in der Rachitis gesucht werden; sie schafft durch Verzögerung der Knochenresorption und Unregelmäßigkeit der Kalkablagerung den Boden, auf dem unter den Einflüssen sekundärer Momente (Trauma oder Entzündung) die charakteristischen Veränderungen entstehen. Macht man sich diese Gedankengänge zu eigen, so würde die Erkrankungen mit anderen Veränderungen gleicher Aetiologie (z. B. der von Schlatter beschriebenen Ablösung der Tibiaapophyse, der unter dem Namen Köhlersche Krankheit bekannten Deformität des Os navic. pedis und der von Fromme geschilderten charakteristischen Erkrankung des zweiten Metatarsusköpfchens) auf eine Stufe zu stellen sein.

Den Erörterungen über die Prognose des Leidens muß vorausgeschickt werden, daß sich die Erkrankung immer über eine Reihe von Jahren hinzieht, und daß unsere Kenntnisse über den Ausgang des Leidens heute noch nicht sehr umfangreich sind. Perthes und Brandes haben über Nachuntersuchungen von einer Reihe sicher abgelaufener Fälle berichtet. Nach deren Erfahrungen sind wir berechtigt, die Vorhersage recht günstig zu stellen. In der weitaus größten Mehrzahl der Fälle tritt Heilung mit völliger Funktion ein; so teilt Brandes mit, daß nur in zwei von zehn Erkrankungsfällen eine Einschränkung der Abduktionsfähigkeit bestehen blieb. Zur vollen anatomischen Restitutio ad integrum kommt es in der Mehrzahl der Fälle nicht, dafür liefert uns den Beweis das Röntgenbild: wir sehen auch nach dem Eintritt der klinischen Heilung noch hochgradige, manchmal geradezu bizarre Veränderungen des Schenkelkopfes. Der Kopf gewinnt allerdings meist eine kugelige Form; die auf dem Höhepunkt der Erkrankung charakteristische Abflachung (coxa plana!) ist nicht mehr zu erkennen, geblieben ist aber die sofort ins Auge fallende Verbreiterung des ganzen Kopfes; der Kopf sitzt oft „wie ein breitkrämpiger Hut“ dem Schenkelhals auf.

Das bedingt nicht notwendig, wie ja die klinische Untersuchung lehrt, eine Bewegungseinschränkung; nur in den seltenen Fällen, wo der Kopf auf dem Durchschnitt nicht rund, sondern ovalär ist, wo also überstehende Randpartien sich vorzeitig an den Pfannrand anstemmen, muß auch klinisch ein Bewegungsausfall in irgendeiner Richtung sich geltend machen. In diesem Falle muß operative Korrektur (Wiederherstellung der Rundung des Kopfes unter Abmeißelung der vorstehenden, die Bewegung arretierenden Knochenvorsprünge) platzgreifen. Im allgemeinen darf man aber damit rechnen, daß die Krankheitserscheinungen nach einer Reihe von Jahren langsam schwinden und daß nach Erreichung des Pubertätsalters die Funktion sich im vollen Umfang wieder herstellt. Die Notwendigkeit energischen therapeutischen Vorgehens hat man bisher im allgemeinen nicht hoch eingeschätzt. Es ist ja auch wohl eine Tatsache, daß die Möglichkeit, den Krankheitsverlauf abzukürzen, sehr gering ist; andererseits wird das Endresultat erfahrungsgemäß gut auch ohne systematisch durchgeführte Behandlung. Man hat sich deshalb meist auf negative Maßnahmen beschränkt und geglaubt, mit der Fernhaltung weiterer Schädlichkeiten und Ausschaltung der Gefahr erneuter traumatischer Einwirkung alles Erforderliche getan zu haben. Vielleicht wird es aber doch richtiger sein, dem auffallenden Symptom der Abduktionsbeschränkung bald zu Leibe zu gehen. Frühzeitiges Redressement und Fixieren des Beines in guter Stellung im entlastenden Gehbügelgipsverband für 6—9 Monate lassen vielleicht auch den Ausgang der wenigen Fälle, die sonst nicht mit voller Funktion ausheilen würden, günstiger gestalten. Den Schluß dieser Ausführungen mögen einige differentialdiagnostische Erörterungen bilden: hier ist die Diagnose wirklich alles, und diagnostische Irrtümer müssen bei dieser Erkrankung, wie bei kaum einer anderen des Knochen-systems, falsche Prognosestellung im Gefolge haben. Die häufigste, immer wiederkehrende Fehldiagnose ist die einer beginnenden tuberkulösen Koxitis. Die Verf. bekannten Fälle wurden sämtlich unter dieser Annahme ins Krankenhaus eingeliefert. Die Abgrenzung kann in der Tat außerordentlich schwer sein, sie ist nur möglich bei exaktester klinischer Untersuchung und konsequenter Zusammenfügung aller wichtigen anamnestischen und klinischen Ergebnisse. In vielen Fällen muß schon das blühende Aussehen des kleinen Kranken und der gute Allgemeinzustand, bei Fehlen jeder hereditären und familiären Belastung, die Annahme einer tuberkulösen Erkrankung als zweifelhaft erscheinen lassen. Unter den subjektiven Symptomen spielt der Schmerz in Hüfte, Knie oder Oberschenkel bei der Coxitis tuberculosa die größte, bei der Pertheschen Krankheit nur eine ganz untergeordnete Rolle. Hinken und auffälliges

Schonen der Hüfte ist beiden Erkrankungen gemeinsam. Charakteristisch ist die Form der Bewegungseinschränkung: Bei der Koxitis ist so gut wie immer die Flektion beeinträchtigt, zuweilen auch die Streckung; das hervorstechendste Symptom bei der Osteochondritis ist eine Beschränkung der Abduktion. Das Trendelenburgsche Phänomen findet sich im Anfangsstadium der tuberkulösen Erkrankung selten, bei Malum coxae juvenile wird es so gut wie nie vermißt. Die Deutung des Röntgenbefundes kann in einzelnen Fällen, die nicht alle Charakteristika in der oben geschilderten Form zeigen, Schwierigkeiten bieten. Für die Differentialdiagnose gegenüber der Coxa vara sowie der angeborenen Hüftgelenkluxation muß der Röntgenbefund ausschlaggebend sein; auch fehlt bei der erstgenannten Erkrankung das Trendelenburgsche Phänomen. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß man bei Hüftleiden junger Kinder, besonders Knaben, an Perthesche Krankheit denken muß, wenn neben der charakteristischen Gangveränderung bei geringfügigen subjektiven Beschwerden Einschränkung der Abduktionsfähigkeit und positiver Ausfall des Trendelenburgschen Phänomens gefunden wird; zeigt das Röntgenbild dann Veränderungen der Femurepiphyse in der oben geschilderten Art, so werden wir den besorgten Eltern unter Anraten geeigneter Vorsichtsmaßregeln und orthopädischer Maßnahmen eine günstige Voraussage für die Heilung des Leidens stellen können. (Zschr. f. ärztl. Fortb. 1922 Nr. 7.)

Kasuistisches.

Ein Fall von fieberhafter luischer Meningitis. Von Dr. G. Bock (R. Virchow-Krankenhaus Berlin). In seinem Lehrbuch der Nervenkrankheiten schreibt Oppenheim: „Die syphilitische Meningitis kann wohl auch einmal in akuter Weise verlaufen und mit geringer oder gar erheblicherer Temperatursteigerung verknüpft sein, indes ist das durchaus ungewöhnlich“. Er erwähnt nur kurz einen dahingehörenden Fall. Beobachtungen dieser Art von seiten der Franzosen bezeichnet er als nicht ganz eindeutig. Das Zurücktreten des meningitischen Symptomenkomplexes und das Fehlen des Fiebers im Krankheitsbilde mag die Ursache sein, das Matthes in seiner „Differentialdiagnose innerer Erkrankungen“ die luische Meningitis bei der Differentialdiagnose der akuten Meningitisformen, insbesondere der tuberkulösen und epidemischen, nicht berücksichtigt. Nur keimfreie eitrige Exsudate seien in seltenen Fällen luischen Ursprungs gewesen. Es sind neuerdings mehrere Fälle von mit Fieber verlaufender luischer Meningitis mitgeteilt, bei denen die Allgemeinsymptome der Meningitis das Bild beherrschten, Fieber bestand, und bei denen die Entscheidung gegenüber einen

tuberkulösen oder akut eitrigen Meningitis schwierig war. Loeb berichtete 1918 über einen Fall von chronischer akut mit Fieber exazerbierender Meningitis syphilitica im 2. Halbjahr nach der Infektion. Neumann schilderte einen Fall des Krankenhauses Hamburg-Barmbeck von akuter mit Fieber einhergehender luischer Meningitis 2 $\frac{1}{2}$ Monate nach der Infektion, bei dem zunächst eine auf bakterieller Ursache beruhende Erkrankung angenommen wurde. Nonne erwähnt 5 teils akut, teils subakut verlaufende Fälle von M. luica, bei denen gleichfalls Fieber bestand. Da diese Krankheitsbilder wenig bekannt sind und doch die Kenntnis sowohl für die Prognose wie Therapie wichtig ist, teilt Verf. einen Fall mit, der vor etwa 2 Jahren beobachtet wurde. Das Krankheitsbild ähnelt außerordentlich dem einer tuberkulösen Hirnhautentzündung. Was die Lähmungen betrifft, so ist die durch das Ergriffensein aller 3 Aeste als peripher charakterisierte Fazialislähmung sowohl bei der tuberkulösen wie der syphilitischen Meningitis durchaus nichts Ungewöhnliches. Hemiplegien kommen gleichfalls bei beiden vor. Oppenheim schreibt, daß sie bei der tuberkulösen Hirnhautentzündung „oft von flüchtiger Dauer“ sind, daß sie „von Anfang an eines der hervorstechendsten Symptome bilden.“ Auch die Aphasie erwähnt er als „ein nicht ungewöhnliches und oft schon früh vorhandenes Krankheitszeichen“. Bei der luischen M. können nach Nonne die kortikalen Lähmungen „auch als Hemiparese oder Hemiplegie zum Nachdruck kommen“; ihr akutes oder langsames Auftreten sei durch „die anatomischen Bedingungen bestimmt; denn nicht nur der Druck der Meningen auf die Zentren selbst oder deren direkte partielle oder totale Zerstörung durch das Hineinwuchern der syphilitischen neugebildeten Massen erzeugt motorische Reiz- oder Lähmungssymptome, sondern auch eine Schädigung der erst in der Pia verlaufenden und dann die Rindenzentren speisenden Gefäße können langsam oder schnell eine Erweichung der Hirnsubstanz zuwege bringen“. An anderer Stelle erklärt er: „Die Gefäße können erkranken durch Uebergreifen des spezifisch gummösen oder des entzündlichen Prozesses auf ihre Wandungen oder durch einfache Kompression“. Die Erklärung für die Lähmungen ist ganz ähnlich der, die Oppenheim für die bei der tuberkulösen M. auftretenden gibt; er schreibt: „Die Herdsymptome können durch entzündliches Oedem, durch den Druck eines loco angesammelten Exsudats, durch lokale Meningoenzephalitis und schließlich durch eine Erweichung bedingt sein, welche die Folge einer Arteriitis obliterans ist“. Nach alledem wäre bei dem plötzlichen Auftreten der schweren meningitischen Allgemeinerscheinungen im Anschluß an die kurz vorübergehende rechtsseitige Hemiplegie die Vorstellung, daß die Meningitis ihren Aus-

gangspunkt von einem Herd in der Gegend der linken motorischen Zentren oder im Gebiete der A. fossae Sylvii, wo sich nach Nonne „die Meningeal-Affektion besonders häufig ausbreitet“, einem gummösen Prozeß oder entzündlichen Exsudat mit Kompression der dort verlaufenden Gefäße und dadurch bedingter Lähmung der rechten Körperhälfte, leicht verständlich. Eine ähnliche Erklärung gibt Fahr bei einem Fall von akuter luischer Meningitis, bei dem er einen bei der Sektion gefundenen Herd im Bereich des Stirnhirns mit positivem Spirochätenbefund als Ausgangspunkt der allgemeinen Meningitis annimmt. Die Hemiplegie könnte natürlich auch durch eine Endarteriitis luetica bedingt gewesen sein; beim Vorhandensein von endarteriitischen Prozessen kann durch Blutdruckschwankungen leicht eine Blutarmut bzw. Blutleere in dem zugehörigen Gefäßgebiet mit Lähmungen hervorgerufen werden. Immerhin ist eine Endarteriitis syphilitica als Ursache der Hemiplegie nur eine von den vielen Erklärungsmöglichkeiten für das Auftreten der Hemiplegie. Beherrscht wurde das gesamte Krankheitsbild von den schweren Allgemeinerscheinungen einer Meningitis: Nackensteifigkeit, Kernig, Hauthyperästhesie, Erbrechen. Klinisch war dasselbe durch nichts von einer tuberkulösen Hirnhautentzündung zu unterscheiden. Erst auf Grund der Anamnese, der positiven Wa. R. und des prompten Erfolgs der antiluischen Behandlung — und zwar schon durch Quecksilber und Jod — konnte die Lues als Aetiologie sichergestellt werden. (M. Kl. 1922. Nr. 11.)

Ein Fall von eitriger Peritonitis nach Mandelentzündung.

Von Dr. Erich Schilling (Aus dem Stadtkrankenhaus im Küchwald in Chemnitz). Die 23 jährige Patientin erkrankte in der Nacht vom 17. 8. 1921 mit Halsschmerzen und Fieber, später mit Leibschmerzen. Am 19. 8. trat die Regel 2 Tage verzögert ein. Seitdem heftiger Leibschmerz und Durchfall. Seit 21. das Fieber hoch, zeitweise Zustände von Verwirrtheit. Am 24. 8. im hiesigen Krankenhaus auf der Infektionsstation aufgenommen. Sie war vom behandelnden Arzt wegen „Durchfall, Milzschwellung und positiver Diazoreaktion“ als typhusverdächtig eingeliefert worden. Bei der Aufnahme bot Patientin folgenden Befund: Ausgesprochene Facies abdominalis, dabei quälender Singultus, kein Erbrechen. Augen und Ohren ohne krankhaften Befund. Zunge trocken, bräunlich belegt. Zungenränder frei. Die Rachenorgane leicht gerötet. Tonsillen etwas geschwollen, ohne Belag. Lungen und Herzen normal. Abdomen stark aufgetrieben. Bauchdecken straff gespannt und beteiligen sich nicht an der Atmung. Jeder Druck löst starken Schmerz aus. Milz perkutorisch etwas vergrößert, Palpation wegen Bauchdeckenspannung und der Schmerzen nicht

möglich. Urin frei von Eiweiß und Zucker, Diazoreaktion schwach positiv, Sediment ohne Besonderheiten. Stuhl durchfällig und wird ins Bett entleert, braun, nicht blutig. Temperatur 37,9°, Puls 132, sehr klein. Leukozytenzahl im Kubikmillimeter 32 000. Diagnose lautet: Peritonitis. Am nächsten Tag Patientin völlig bewußtlos. Puls nicht mehr zu fühlen, am folgenden Tage Exitus letalis. Die unterdes angestellte Probe auf Typhus und Paratyphus war negativ. Bei der Sektion fanden sich Gehirn- und Sinnesorgane ohne krankhaften Befund. Die beiden Ventrikel des Herzens hypertrophisch. Es bestanden pleuritische Verwachsungen. An den Lungen kein krankhafter Befund. In der Bauchhöhle etwa 1 Liter Eiter, der zahlreiche Streptokokken enthielt. Milz zeigte das typische Bild einer Infektionsmilz. Im Magen kleine Schleimhautblutungen. Im Darm keine Geschwüre, keine Schwellung der Peyerschen Plaques. Es bestand keine Perforation. Leber und Pankreas ohne krankhaften Befund. Es bestand eine Peritonitis visceralis et parietalis. Harnorgane ohne Besonderheiten, ebenso Genitalorgane. Auch die mikroskopische Untersuchung des Uterus ergab keinen Anhaltspunkt für eine stattgehabte Schwangerschaft und ließ die Genitalorgane als Ausgangspunkt der Peritonitis ausschließen. Es fand sich ferner eine leichte Tracheitis und ausgesprochene Rötung und Schwellung der Schleimhaut des Gaumens und Rachens. Tonsillen geschwollen, weich, gerötet, Schnittfläche entleerte bei leichtem Seitendruck trüben Saft, der gleichfalls Streptokokken enthielt. Die eitrige Peritonitis ist sicher als eine Metastase der Tonsillitis aufzufassen. Die Streptokokken können nur auf dem Blutwege ins Peritoneum gelangt sein. Besonders bemerkenswert ist, daß sich auch pathologisch-anatomisch keine andere Metastase der Tonsillitis finden ließ als nur die Peritonitis purulenta. Prognose in solchen Fällen wohl stets sehr dubiös, da vom Blute ja immer von neuem Streptokokken dem Peritoneum zugeführt werden. Diese würden sich dort um so leichter ansammeln können, da durch die vorhandene Peritonitis ein Locus minoris resistentiae geschaffen ist. Auch die Laparotomie könnte wohl nur wenig Aussicht auf Erfolg bieten. Selbst bei rechtzeitiger Erkennung hätte eine Tonsillektomie keine Rettung mehr bringen können, da der Zustand der Patientin bei der Einlieferung für einen solchen Eingriff zu schwer war.

(D. m. W. 1922 Nr. 9.)

Symptomatologisches.

Desquamationsprozeß in den Harnwegen bei Scharlach.
Von Dr. M. Gonnella (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Köln).
Es sprechen die Untersuchungen für eine Abschuppung der Harnwege im Anschluß an Scharlach, entsprechend der Schuppung auf

der äußeren Haut. Die Zunahme der Epithelien fiel nicht immer mit dem Beginn der Schuppung der äußeren Haut zusammen. In 3 Fällen trat bereits eine Vermehrung ein während des Exanthemstadiums, andererseits waren 2 weitere Fälle darunter, wo erst 8 bzw. 10 Tage nach Beginn der Hautschuppung eine Vermehrung der Epithelien im Urin sich fand. Es entsprach auch nicht immer starke Schuppung der äußeren Haut einer großen Zunahme der Blasenepithelien, vielmehr hatten 2 Kinder mit stärkster großlamellöser Schuppung nur eine verschwindende Anzahl von Epithelien. In einzelnen Fällen stieg die Menge der Epithelien auf das Drei- und Vierfache der in den ersten Tagen gefundenen, immer aber war, abgesehen von drei Fällen, wo keine Vermehrung auftrat, eine deutliche Zunahme ersichtlich. (D. m. W. 1922 Nr. 13.)

Daß auch bei Grippe Kopliksche Flecke vorkommen, zeigen 3 Fälle aus der Heidelberger Kinderklinik, die Dr. B. Asal-Falk beschreibt. (M. m. W. 1922 Nr. 12.)

Kapillarlähmungen im Darm bei Grippe. Von Dr. F. Limper (Aus der Universitäts-Kinderklinik Göttingen). „Göppert wies als erster im Darm von an foudroyanter epidemischer Genickstarre verstorbenen Kindern Kapillarlähmungen nach. Er brachte diesen Befund in Beziehung zu den Kapillargiften Heubners, den Erscheinungen bei Sepsin- und Abrin-vergifteten Tieren und endlich zum parenteralen Darmkatarrh, von dem später noch die Rede sein wird. Gleichzeitig sprach er die Vermutung aus, daß wir es im vorliegenden Falle nicht mit der Wirkung eines für epidemische Meningitis spezifischen Giftes zu tun hätten, sondern daß sich das Gleiche bei allen Infektionen finden müsse. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, auch bei anderen Infektionen nach Kapillarlähmungen zu suchen. Ich habe die Därme von an Grippe Verstorbenen histologisch untersucht: Sowohl von Erwachsenen, die der eigentlichen, pandemischen Grippe im Jahre 1918 erlegen waren, als auch von Säuglingen, die im Verlauf einer jener Infektionen des Respirationstraktus (Naso-Pharyngitis, Bronchitis, Bronchopneumonie usw.), die wir unter dem Namen Grippe zusammenfassen, ad exitum kamen. Von den Erwachsenen waren keine Krankengeschichten mehr vorhanden. Bei den Kindern war der Verlauf folgendermaßen: Die anfangs leichte Erkrankung nahm nach 6—14 Tagen plötzlich eine Wendung zur Verschlechterung mit folgenden Symptomen: Temperatursturz, Blässe mit lokaler Zyanose um den Mund, kleiner oder gar nicht fühlbarer und mit unseren gewöhnlichen Herzmitteln nicht beeinflussbarer Puls, Krämpfe und endlich, soweit darauf geachtet wurde, Dickerwerden des

Leibes. Eine halbe bis einige Stunden spätet trat der Tod ein. Die Sektion ergab makroskopisch außer den erwarteten Veränderungen am Respirationstraktus am Darm starke und stärkste Injektion bis in die feinsten Gefäßchen, zuweilen fleckweise Rötung. Die mikroskopische Untersuchung des Darmes zeigte in Mukosa und Submukosa auffallend viele weite, von zarten Endothelien umkleidete, strotzend mit Erythrozyten gefüllte Räume; enge Arterien, nicht oder nur wenig erweiterte und mäßig gefüllte Venen. Kein Oedem, keine zellige Infiltration, also keine Zeichen von Entzündung. Der Darm von den Erwachsenen, die an der pandemischen Grippe gestorben waren, bot dasselbe Bild, desgl. ein jüngst untersuchter Darm von einem an Sepsis ad exitum gekommenen Säugling (in dessen gleich nach dem Tode entnommenem Blut reichlich *Bact. coli* nachgewiesen wurde). Wir haben also eine Darmveränderung vor uns, die klinisch unter den Anzeichen des anaphylaktischen Shocks entstanden ist, makroskopisch ganz den Eindruck einer Entzündung macht und über deren nichtentzündlichen Charakter erst die mikroskopische Untersuchung aufklärt; ich möchte sie somit Pseudoenteritis anaphylactica nennen. Wir wiesen die Kapillarlähmung im Darm als an den feinstreagierenden Gefäßgebiet nach, selbstverständlich findet sie sich auch an anderen Kapillargebieten. So beobachtete Lichtwitz bei Grippe einen von der Körpertemperatur, der Hautrötung, der Kraft und Schlagfolge des Herzens unabhängigen Kapillarpuls, den er als Ausdruck einer Schädigung durch Kapillargifte ansprach. Wenn wir die Göppertschen und die von mir angeführten Fälle betrachten, so finden wir, daß bei den ersteren die Krankheit gleich von Anfang an foudroyant verläuft, während bei meinen erst nach einer gewissen Reaktionszeit die foudroyante Wendung zum Schlechten eintritt. Wir sehen hierin ein Zeichen von der verschiedenen immunisatorischen Fähigkeiten der Organismen. Bei den Göppertschen Fällen besitzt der Körper gleich von vornherein eine genügende Immunisationsfähigkeit, so daß durch reichlichen Zerfall von Bakterienleibern sofort im Anfang der Erkrankung große Toxinmengen — ob es sich um das Friedbergersche Anaphylatoxin handelt, bleibe dahingestellt — freiwerden, die den Körper überschwemmen und den heftigen Impetus hervorrufen. Bei meinen Fällen erwirbt sich der Körper erst im Verlauf der Krankheit genügende immunisatorische Fähigkeit, und es tritt erst jetzt auf, was wir bei den Genickstarrefällen gleich im Beginn beobachten. Dieselben Vorgänge, die wir hier in extremer Weise tödlich verlaufen sehen, können natürlich auch in abgeschwächter Form in Erscheinung treten. Ein Symptom einer solchen abgeschwächten Reaktion ist der parenterale Darmkatarrh. Wir verstehen darunter

die im Anfang oder während einer Infektion auftretenden schleimigen oder schleimig-blutigen Stühle. Eine Abgrenzung gegen Ruhr ist oft sehr schwer. Das anatomische Substrat für diesen parenteralen Darmkatarrh sehen wir in den geschilderten Veränderungen am Darm in Form der Kapillarlähmung.“ (M. m. W. 1922 Nr. 1.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Zur operativen Entfernung von Atheromen der Kopfhaut.
 Von Dr. W. Stockmann in Erlbach i. Vogtland. Gegenüber dem bisher geübten Verfahren der operativen Ausschälung des ungeöffneten Atheromsackes hat Verf. folgende Methode angewandt: Nach Entfernung der Haare mit der Schere und Desinfektion der Operationsstelle eröffnet er mit einem kleinen Schnitt unter Chloräthylanästhesie das Atherom und drückt den Inhalt möglichst vollständig aus. Sodann ätzt er mit einem langem Argent. nitr.-Stift den entleerten Sack sorgfältig aus und macht einen Klebeverband über die kleine Schnittwunde. Am nächsten Tage ist durch die Aetzung die Wand des Atheromsackes wesentlich härter geworden und nur noch in ziemlich lockerer Verbindung mit dem umgebenden Gewebe. Man faßt mit einer chirurgischen Pinzette nun den Sack an der vordersten Stelle und zieht unter mäßigem Zug den ganzen Sack aus der kleinen Schnittöffnung. Die Schmerzhaftigkeit ist dabei nur sehr gering. Nach zirka zwei Tagen ist unter Verband völlige Heilung eingetreten. Der Vorteil gegenüber der bisher geübten Methode liegt im Folgenden:

1. Man braucht keine langwierige Infiltrationsanästhesie;
2. das Verfahren geht fast unblutig vor sich;
3. man entfernt den Atheromsack vollständig;
4. man braucht bei dem kleinen Schnitt keine Naht zu legen;
5. Heilung erfolgt im allgemeinen schneller;
6. das Verfahren kann jeder praktische Arzt in seiner Sprechstunde ohne großen Zeitverlust anwenden.

Die Atheromgröße schwankte zwischen Haselnuß- und Wallnußgröße. (Aerztl. Rdsch. 1922 Nr. 8.)

Heilung der Aktinomykose durch Yatren. Von Prof. Dr. W. Pfeifer (Jena). „Im Yatren mit seiner Schwellenreiz- und protoplasmaaktivierenden Wirkung hat die Medizin ein Mittel, dessen jodhaltige, auch intravenös gut vertragene Komponente den aktinomykotischen Prozeß der Rinder in einer überraschenden Weise zu beeinflussen und zu heilen vermag. Bei intravenöser bzw. subkutaner Anwendung sind zuweilen schon in einem Zeit-

raufn von kaum mehr als 14 Tagen vollkommene Heilungen zu verzeichnen gewesen. Bei der Bedeutung, die diese Versuche vom Standpunkt der vergleichenden Pathologie und Therapie auch für die Behandlung der Aktinomykose des Menschen beanspruchen können, seien hierunter zwei Krankengeschichten wiedergegeben, die zeigen, daß die Heilung dieser Krankheit ohne direkten operativen Eingriff in kurzer Zeit möglich ist.

Fall 1. 6jährige, schwarzbunte (Ostpreuße) frischmelkende Kuh des Rittergutspächters G. in O. Das Tier hat an der rechten Halsseite, unterhalb des Kehlkopfes, eine mindestens zweimännerfaustgroße, steinharte Strahlenpilzgeschwulst. Es erhält am 23. Juli 1921: 200 ccm Yatren intravenös; 29. Juli 1921: 200 ccm Yatren intravenös; 29. Juli 1921: 10 ccm Yatren in die Geschwulst. Am 3. August ist die Geschwulst erweicht und wird durch Einschnitt eröffnet. Es entleert sich eine Obertasse rahmartigen, geruchlosen Eiters. Am 16. August ist zwei Handbreit über dem ersten Aktinomykom ein vorher nicht beobachtetes zweites wahrzunehmen, das inzwischen gleichfalls aufgebrochen ist. Beide Abszesse werden mit Yatrenspülungen behandelt. Die Oeffnungen sind Ende August geschlossen und an Stelle der ehemaligen Aktinomykome nur noch kleine Hautverdickungen verhanden. Eine Beeinflussung des Milchtrages ist während der Behandlung nicht eingetreten.

Fall 2. 1 $\frac{1}{2}$ jähriger Simmenthaler Bulle des Landwirts P. in V. In der Gegend der linken Ohrspeicheldrüse befindet sich eine kinderkopfgroße, bewegliche Geschwulst mit zahlreichen Oeffnungen bzw. Fistelkanälen. In die Fistelkanäle und die Geschwulst selbst werden 8 mal je 15 ccm Yatrenlösung injiziert. Eine intravenöse Verabfolgung von Yatren erfolgt in diesem Fall nicht, da bekannt ist, daß auch von der Subkutis bzw. Muskularis aus eine Resorption des Präparates vor sich geht. Am 25. August ist ein zweimännerfaustgroßes Stück Gewebe an der Stelle des Sitzes des Aktinomykoms ausgefallen; es besteht eine glatte Wunde, die mit Yatren weiterbehandelt wird und glatt heilt.

Die Yatrengaben verstehen sich für eine 5 $\frac{0}{0}$ ige Lösung. Nach neueren Erfahrungen scheint es bei den großen Gaben, wie sie Oberländer und ich anfangs verabfolgt haben, in einzelnen Fällen zu einem so raschen Zerfall des Aktinomyzesmyzels bzw. einer Einschmelzung des aktinomykotischen Gewebes zu kommen, daß dadurch gewisse Intoxikationserscheinungen, wie Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Untertemperatur, ausgelöst werden (zweckmäßiger sind 4 $\frac{0}{0}$ ige Lösungen). In der Menschenheilkunde dürften Gaben, die 10 fach kleiner sind als die von uns verwendeten, bis zum feineren Ausbau der Therapie als zweckentsprechend angesehen werden können.“

(B. kl. W. 1921 Nr. 48.)

b) Innere Krankheiten.

Prophylaxe und Therapie des infektiösen Schnupfens.
 Von Priv.-Doz. A. Böttner (Med. Klinik Königsberg). „Zusammenfassend läßt sich sagen, das der infektiöse Schnupfen meistens mit einer gleichzeitig primären oder sekundären Erkrankung der Konjunktiven und Tränenwege, wie auch oft des lymphatischen Rachenringes verbunden ist. Die sogenannten Lymphatiker erkranken gewöhnlich besonders schwer. Bei Infektionskrankheiten, wie Influenza, Rheumatismus etc., kryptogenetische Sepsis, Nephritis etc., sind nicht nur Tonsillen und Rachenorgane schulmäßig als Eintrittspforte in Betracht zu ziehen, sondern auch Auge und Nase und hier vor allem der akute und chronische infektiöse Schnupfen. Die Therapie des infektiösen Schnupfens muß, wenn sie rationell sein soll, neben der Nasenbehandlung am Auge ansetzen; sie kann nur gelingen, wenn die Tränenwege normal funktionieren. Als ein ganz ausgezeichnetes Mittel zum Kupieren des infektiösen Schnupfens — d. h. Beseitigen des Schnupfens von einem zum anderen Tage — hat sich mir bei Einhaltung entsprechender Technik und Dosierung eine 2% ige Kollargollösung-Heyden bewährt. Die Therapie ist völlig ungefährlich und kann auch bei Säuglingen durchgeführt werden. Beim Auftreten prämonitorischer Schnupfensymptome vermag die rechtzeitige prophylaktische Anwendung den Ausbruch der Schnupfeninfektion, wie auch der Influenza etc. mit Sicherheit zu verhindern. Chronische infektiöse Schnupfenzustände können ebenfalls zur Ausheilung gebracht werden. Die geschilderte Therapie soll selbstverständlich keine Panazee darstellen, sie übertrifft aber nach meinen besonders an mir selbst mühsam gewonnenen Erfahrungen alle anderen bisher beim infektiösen Schnupfen etc. empfohlenen Maßnahmen in ungeahnter Weise, sie hat neben der lokalen Wirkung gleichzeitig eine therapeutische Wirkung des Gesamtorganismus zur Folge.“ Verf. hat die Therapie an sich selbst erprobt. „Durch Zufall kam ich auf Kollargol-Heyden. Der Erfolg war ein geradezu verblüffender. Ich brachte 1—2 Tropfen einer 2% igen Kollargollösung auf die Konjunktiva des mäßig herabgezogenen Unterlides. Durch leichten Wimperschlag des Oberlides verbreitet sich das Kollargol schnell über den ganzen Bulbus. Das auftretende Gelbsehen und die gelbliche Verfärbung des Bulbus verschwindet bei normal funktionierenden Tränenwegen bereits nach kurzer Zeit. Kollargol findet übrigens in der Augenheilkunde besonders bei Conjunctivitis gonorrhoeica bis zu 5% iger Lösung selbst bei Säuglingen Verwendung. Man kann also gegebenen Falles z. B. bei Grippe auch diese Konzentration benutzen. In jedes Nasenloch bringt man dann mittels einer Augenpipette

ca. 4—5 Tropfen Kollargollösung bei soweit zurückgebeugtem Kopf, daß das Kollargol langsam nach hinten fließen muß, und nimmt für kurze Zeit Rückenlage ein. Der meist — auch bei latenter Infektion — im Rachen entstehende Juckreiz muß bekämpft werden. Niesen und vorzeitiges Herausbefördern der Kollargollösung ist zu vermeiden. Das Verschlucken derselben ist völlig unschädlich, ja aus noch zu besprechenden Gründen erwünscht. Bei bereits ausgesprochenem Schnupfen habe ich diese Prozedur mindestens dreimal am Tage ¹⁾ durchgeführt und hatte bisher immer das Glück, am nächsten Tage vom Schnupfen befreit zu sein. Das Verschwinden der häufig enormen Sekretionsmengen meist von einem zum anderen Tage ist geradezu erstaunlich. Betonen muß ich aber, daß manchmal auf die erste Behandlung beim floriden Schnupfen eine stärkere, rasch vorübergehende Sekretion der Nase eintritt. Die Nasenschleimhaut ist eben bestrebt, mit dem Sekretionsfluß alles Fremde schnell herauszubefördern. Auffällig ist ferner die außerordentlich wohltuende Wirkung auf die Augen. Nach meiner Beobachtung und Erfahrung sistiert der Schnupfen öfters erst dann, wenn die Konjunktiven wieder normale Beschaffenheit haben. Das „zähe, schleimig-eitrige, eitrige“ Nachstadium des Schnupfens wird mit ziemlicher Sicherheit vermieden. Bei mir ist ferner die Nasenatmung eine freie geworden und der lästige Stirndruck ist geschwunden. Die unangenehme Borkenbildung in der Nase ist ebenfalls so gut wie behoben. Eine gewisse Empfindlichkeit der Schleimhäute für mechanische Reize (besonders das Rauchen stärker gebeizter Zigarren) besteht aber nach wie vor. Zur Prophylaxe, d. h. beim Auftreten der oben näher beschriebenen prämonitorischen Symptome, genügt meiner Erfahrung nach meistens die einmalige Durchführung der geschilderten Therapie. Wielange Zeit dagegen der chronisch-infektiöse Schnupfen in jedem einzelnen Falle zu behandeln ist, entzieht sich meiner Beurteilung. Meine Erfahrungen beruhen bis jetzt hauptsächlich auf der Prophylaxe und der Therapie des akuten infektiösen Schnupfens. Die im Laufe der Zeit an mehreren Kollegen, Kollegenfamilien und vielen anderen Patienten durchgeführten Versuche hatten bisher dasselbe günstige Resultat zu verzeichnen. Ich bin mir aber selbstverständlich bewußt, daß Fehlschläge nicht ausbleiben werden. Hierfür spielen in der menschlichen Therapie individuelle und konstitutionelle Momente eine

¹⁾ Die Augenprozedur ist 10—15 Minuten vor dem Schlafengehen auszuführen, da infolge der stark resorptiven Wirkung des Kollargols über Nacht ein unerwünschtes Eintrocknen der Konjunktiven stattfindet. Es kann sonst vorkommen, daß die Augenlider morgens künstlich geöffnet und in Gang gebracht werden müssen. Die Kollargolinstillation in die Nase nimmt man zweckmäßig gleich mit vor und wiederholt sie nochmals unmittelbar vor dem Einschlafen.

zu große Rolle. Zudem können auch organische Erkrankungen an den Tränenwegen und der Nase den gewünschten Erfolg versagen. Hier ist selbstverständlich spezialistische Abhilfe notwendig. Die vorgeschlagene Behandlung wird deswegen rationell überhaupt nur durch den Arzt erfolgen können. Ausdrücklich möchte ich aber betonen, daß man von der angegebenen Therapie auch nichts Unmögliches verlangen darf. Besteht z. B. der Schnupfen mit Fieber und schweren Infektionssymptomen bereits einige Tage, so kann wohl die lästige Sekretion beseitigt werden, meistens von einem zum anderen Tage, nicht aber so schlagartig die vorhandene Körperinfektion. Bei stark geschwollener Nasenschleimhaut und evtl. Unmöglichkeit, das Kollargol in der geschilderten Weise in den Nasenrachenraum zu bringen, kann vielleicht Kokain als Tampon oder Spray von Nutzen sein. Ich selbst habe eine derartige Maßnahme nie nötig gehabt. In diesem Falle und bei tieferer Ausbreitung des Infektionsprozesses habe ich nach Durchführung der Augenbehandlung das Kollargol, insgesamt einige Kubikzentimeter, mit einem guten Sprayapparat oder auch einem kleinen Dampf-inhalierapparat mehrmals täglich in Nase und Rachen gebracht. Bei einem besonders heftigen Schnupfen, den ich in letzter Zeit experimenti causa schwerer angehen ließ, als mir nachher lieb war, kamen mir, obwohl ich ca. 3—4 stündlich die geschilderte Therapie mit Spray vornahm, große Bedenken der für den nächsten Tag gewünschten Wirkung. In meiner verzweifelten Situation habe ich in die stark geröteten, wunden und schmerzhaften Nasenlöcher noch mehrfach am Tage kollargolgetränkte Tupfer gebracht. Zu meiner erneuten Ueberraschung war tags darauf meine Nasenatmung frei, die wunden Nasenlöcher fast völlig geheilt, und an die schwere Schnupfeninfektion wurde ich nur noch durch mehrmaliges Niesen und einen leichten, rasch vorübergehenden Sekretabfluß erinnert. Daß neben der von mir empfohlenen Therapie die bereits erwähnten Schädlichkeiten, wie Rauchen, vieles Sprechen, Aufenthalt in rauher und staubiger Luft, Sehen in grelles Licht, zu vermeiden sind, bedarf wohl weiter keiner Worte. Bei schweren Allgemeinerscheinungen, besonders starken Kopfschmerzen, ist eine Pyramidongabe (abends 0,3) empfehlenswert.“

(M. m. W. 1921 Nr. 40.)

Bronchialasthma und Lumbalpunktion. Von Dr. W. Schultz (Krankenhaus Charlottenburg-Westend). Das Leiden kann durch Lumbalpunktion günstig beeinflußt werden. Da aber diese, immerhin eingreifende Therapie im Erfolge nicht sicher ist, sollte man erst zu ihr greifen, wenn andere Mittel versagt haben.

(Ther. d. Gegenw. 1922 Nr. 3.)

Salmiak bei manifester Kindertetanie empfehlen Prof. Dr. E. Freudenberg und Dr. P. György (Univers.-Kinderklinik Heidelberg). Dosierung: 3—7 g pro die einer 10%igen Lösung von Ammon. chlorat. puriss. pro analysi (je $\frac{1}{6}$ in die Flaschen und den Brei hineingetan). (Kl. Wschr. 1922 Nr. 9.)

Zur Diagnose und Therapie der Trigemiusneuralgie führt Payr aus, daß akute Neuralgien häufig im Gefolge von Influenza, Malaria und Typhus auftreten. Symptomatische Trigemiusneuralgien werden beobachtet bei Zahn- und Kiefererkrankungen, bei Erkrankungen der Nase und deren Nebenhöhlen, der Schädelknochen (Lues, Tumoren, Exostosen, Basisfrakturen), der Ohren (chronische Schläfenlappenabszesse, Psammome), der Augen (Konjunktivitis, Iritis usw.), des Gehirnes und seiner Häute. Idiopathische Form der Trigemiusneuralgie findet sich bei Diabetes und Gicht, Arteriosklerose und Intoxikation (Nikotin, Arsen, Blei), außerdem bei chronischen Obstipationen. Bei Morphinismus und bei schweren Psychopathen auch gelegentlich Trigemiusneuralgien. Hygiene des Mundes ist oft hierbei äußerst vernachlässigt; sehr starke Abmagerung aus Furcht vor Nahrungsaufnahme. Auf freie Intervalle folgen furchtbare Schmerzparoxysmen. Die symptomatischen Neuralgien sind dadurch charakterisiert, daß die Schmerzen auf einen bestimmten, dem Erkrankungsherd zugehörigen Ast sich beschränken. Das Wesentliche der Behandlung ist ein klarer Heilplan. Die akuten Formen werden mit Bettruhe und Antineuralgika, nicht Morphium, behandelt, dabei kräftige Darmentleerung. In subakuten Fällen Heißluftduschen, Diathermie usw. Massage nur in chronischen Fällen, nicht akuten. Bei idiopathischen Erkrankungsformen empfiehlt sich folgendes Vorgehen: 1. Interne Behandlung: Aspirin, Laktophenin, Pyramidon und Chinin. Trivalin besser als Morphium. 2. Abführkur, energische, mit evtl. nachfolgendem Aufenthalt in Kissingen, Marienbad und dergl.; Beseitigung bestehender Obstipationen (Dehnung von Fissuren, Polypenentfernung, Heilung von Rhagaden usw.). 3. Antiluische Therapie, auch wenn Wassermann negativ, und zwar besser Salvarsan als Jod und Quecksilber. 4. Psychotherapie. 5. Galvanisation; wenn nach 2—3 Wochen kein Erfolg, dann aussetzen. 6. Novokain - Adrenalinästhesie. 7. Röntgentiefentherapie (ist vor Punkt 8 und 9 anzuwenden, da sonst kein Erfolg, im Gegenteil eher Verschlimmerung infolge Narbengewebsschrumpfung und Druck auf den Nerven). 8. Alkoholinjektion: a) peripherisch, b) an der Schädelbasis und c) des Ganglion Gasseri. 9. Operation, und zwar wird der Nerv besser in zentripetaler Richtung herausgezogen und nicht in zentrifugaler, da hierdurch eine gründlichere Entfernung und vor allem kein

Liegenbleiben von durchrissenen Nervenfasern in den Knochenkanälen gewährleistet wird. Durchbrennung des Nerven mit weißglühendem Termokauter, um eine Neuombildung zu verhüten.

(Med. Gesellsch. Leipzig, 21. 6. 1921.)

Erfahrungen mit Trichloräthylen bei Trigeminusneuralgien. Von Dr. Kurt Magunna (Aus der Psychiatrischen und Nerven-klinik der Univ. Göttingen). „Es standen 20 Fälle echter Trigeminusneuralgie zur Verfügung; es handelte sich dabei nur um solche Fälle, bei denen eine besondere kausale Behandlung nicht angezeigt war. Das Mittel wurde in der Menge von 10—20 Tropfen, gelegentlich auch mehr, auf Watte geträufelt; die Kranken atmeten es mehrere Tage hintereinander, zuweilen auch 2 mal an einem Tage und dann in kurzen Zwischenräumen ein. Von diesen 20 Fällen wurden 5 völlig und, soweit beobachtet wurde, dauernd geheilt. 6 Fälle zeigten eine erhebliche Besserung, bei 9 Fällen versagte das Mittel völlig. Unter diesen letzten Fällen waren 3 isolierte Neuralgien des 3. Astes des Trigeminus, so daß es scheint, als ob der 3. Ast sich dem Mittel gegenüber refraktär verhält; jedoch müßte eine größere Untersuchungsreihe diese Vermutung bestätigen. Was die Nebenwirkungen angeht, so trat hin und wieder für kurze Zeit ein Schwindelgefühl ein, einmal ein starkes Tränen der Augen.“

(Kl. Wschr. 1922 Nr. 13.)

Ueber die Wirkung der Treupelschen Tabletten bei mit Schmerzen verbundenen Krankheitserscheinungen. Von Dr. W. Roemisch (Arosa). Seit 1909 hat Verf. die damals von Professor G. Treupel¹⁾ veröffentlichte Kombination von Phenacetin, Aspirin und Codein in Tablettenform ständig mit großem Nutzen verwendet. Die guten Erfahrungen, über die Treupel berichtete, hat Verf. ebenfalls immer wieder beobachtet, und zwar besonders im Beginn von entzündlichen Vorgängen, bei denen die Beseitigung des vom Entzündungsherd ausgehenden Schmerzes oft direkt Heilung fördernd wirkt. Dies kann man sowohl im Beginn eines Schnupfens, einer Halsentzündung, wie eines Magen-Darmkatarrhs beobachten. Ganz vorzüglich bewährt sich die Kombination im Beginn der Migräne, die in den meisten Fällen dann nicht zum Ausbruch gelangt, ferner bei neuralgischen und kolikartigen Schmerzen aller Art, ganz ausgezeichnet bei Menstruationsbeschwerden, und, worauf J. E. Kayser-Petersen besonders aufmerksam gemacht hat,

¹⁾ Die Treupelschen Tabletten aus Phenacetin 0,5, Aspirin 0,25, Natr. sulfuric. sicc. 0,25 und Codein. phosphor. 0,02 werden von Doetsch, Grether & Cie. A.-G., Basel, in den Handel gebracht.

bei Schlaflosigkeit, wenn Schmerz oder Husten die Ursache derselben ist; eventuell bringt dann die weitere Kombination mit einem Schlafmittel (Adalin, Medinal) in solchen Fällen dieses zur Wirkung, während letztere ohne Beifügung der Treupelschen Tabletten ausbleibt. Meist genügt eine Tablette, um volle Wirkung zu erzielen, gelegentlich muß man noch eine halbe oder eine zweite nach einer Stunde nachfolgen lassen. Bei Verf. selbst genügt z. B. stets eine Tablette, um das die Arbeit unmöglich machende Flimmerskotom, das stets einem Migräneanfall vorausgeht, sofort zu vertreiben und nicht das geringste Kopfweh aufkommen zu lassen, die Migräne wird stets verhütet. (Schweiz. m. Wschr. 1922 Nr. 3.)

A. Eckstein und E. Rominger (Freiburg). **Schlafmittel im Säuglingsalter und ihre Wirkung auf die Atmung.** Charakterisierung einiger Schlafmittel. Chloralhydrat: Schnell und sicher wirksam in Dosen von 0,5—1,0 g per Klysma in 20 g Schleim. Unangenehme Wirkungen sind vor allem bei Säuglingen nach überstandenen Dyspepsien (erhöhte Darmdurchlässigkeit) zu befürchten. Urethan bringt nicht so selten Versager oder eine ungünstige Beeinflussung des Allgemeinzustandes. Dosis 1,0—3,0 g. Hedonal: Einzelgabe 0,5—1,0 g per os oder per Klysma; zuverlässiges Schlafmittel. Seine atmungsfördernden Eigenschaften empfehlen es besonders bei den Erkrankungen, die mit Respirationsstörungen einhergehen. Luminalnatrium in Gaben von 0,05—0,15 g ist in seiner Wirkung dem Chloralhydrat verwandt, aber weniger zuverlässig und führt in einzelnen Fällen bei den üblichen Dosen zu Atmungskollapsen; seine Anwendung als krampfstillendes Mittel ist dagegen zu empfehlen. (Arch. f. Kindhkd. 70 H. 1/2.)

Hypnodonal. Von Priv.-Doz. Dr. F. Groedel (Bad Nauheim). Es handelt sich um eine Aethylurethanverbindung (Chem. Laboratorium Saft, Frankfurt a. M.). Verf. hat das Hypnodonal seit $\frac{5}{4}$ Jahren in größerem Maßstab verwandt. Etwa 300 Patienten wurde es verordnet. Nebenwirkungen traten in keinem Falle auf. Mit seltenen Ausnahmen brachte es die erwünschte Schlafwirkung. Alle Patienten rühmten das Wohlbefinden am nächsten Tag. Der Schlaf war natürlich. Beim Aufwachen war der Kopf frei. Als Dosis und beste Verordnungsform hat sich bewährt: 1 Stunde vor dem Schlafen mindestens 2 und bis zu 4 Tabletten in warmem Getränk (z. B. Kamillentee) zu nehmen. Zur Behandlung von nervösen Erregungszuständen verschiedenster Art, bei hysterischen und neurasthenischen Beschwerden, bei klimakterischen Beschwerden und bei den häufigen Erscheinungen zerebraler Arteriosklerose u. a. gab Verf. ebenfalls mit fast regelmäßigem Erfolg Hypnodonal, und

zwar 2—4 mal täglich 1 Tablette in Kamillentee oder Baldriantee, oder 2 mal am Tage 1 Tablette, vor dem Schlafen nochmals 2 Tabletten. Verf. hat einige Fälle in Beobachtung, die, mit nur geringen Intervallen, das Hypnodonal nach einer der beiden obigen Vorschriften seit 12 Monaten nehmen, stets mit gleichem Erfolg. Bei einigen hat er zur Vorsicht von vornherein die Vorschrift gegeben, eine Woche Hypnodonal, eine Woche Adalin oder Bromural zu gebrauchen. Auch diese Form hat sich bewährt. Ein abschließendes Urteil vermag Verf. selbstverständlich über das Hypnodonal noch nicht zu fällen — hierzu bedarf es umfangreicher Nachprüfung —, jedoch kann er es schon heute als mildes, angenehmes Schlafmittel, kräftiges Beruhigungsmittel und als durchaus frei von Nebenwirkungen für den praktischen Gebrauch empfehlen.

(Ther. d. Gegenw. 1922 Nr. 3.)

Strychnotin (Chinoin-A.-G. Wien), Ampullen mit 0,05 g Methylidinatirumarsenat und 0,001 g Strychnin. hydrochloric., empfiehlt Med.-R. Dr. O. Probst (Wien). „Das Strychnotin ist ein vorzügliches Roborans und nervenstärkendes Mittel. Es können damit sehr gute Resultate erzielt werden bei funktionellen Nervenkrankheiten und bei Bekämpfung aller jener nervösen Beschwerden, die im Gefolge von Anämie, Chlorose, Magendarm- und Frauenleiden auftreten. Ich gebe in der Regel 2—3 Injektionen wöchentlich, in den meisten Fällen 20, bei hartnäckigen Fällen nach einem Intervall von beiläufig zwei Wochen wieder 20 Injektionen. Die Injektionen sind schmerzlos, verursachen nie lokale Entzündungen oder unangenehme Nebenwirkungen.“ (M. Kl. 1922 Nr. 4.)

Erfahrungen mit Liquitalis „Gehe“. Von Dr. Hans Moldenshardt (Aus der Inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Johannstadt). „Das Präparat ist so eingestellt, daß 1 ccm 0,15 g Fol. Dig. titrata enthält. Laut Angabe auf den Flaschen, die kleinere oder größere Quanten enthalten, entsprechen 1 mal 40 Tropfen 0,15 g Fol. Dig. titrata. Ein beigegebener Glastropfstab ermöglicht die genaue Dosierung. Die Ampullen sind so eingestellt, daß in jeder (1 ccm) 0,15 g Fol. Dig. titrata enthalten ist. Wir haben im allgemeinen zweimal täglich 40 Tropfen gegeben, eine Menge, die täglich 0,3 g Fol. Dig. titrata entspricht. Meist gaben wir insgesamt 2,2 bis 2,4 g hintereinander. Bei bestimmten Fällen, bei denen wir täglich 0,1, also kleine Mengen zuführen wollten, haben wir einmal 26 Tropfen gegeben. Ueber eine tägliche Menge von 0,3 g Fol. Dig. hinaus sind wir meist nicht gegangen, da wir dann eine verhältnismäßig starke, rasche und erhebliche Puls-

verlangsamung beobachteten. Bei der intravenösen, intramuskulären und subkutanen Anwendung gaben wir zwei Ampullen täglich. Die allgemeine Wirkung trat etwa nach 1—2 mal 24 Stunden auf und äußerte sich in Abnahme der Atemnot, der Zyanose, Pulsverlangsamung, Pulskräftigung und Anstieg der Diurese sowie subjektiver Erleichterung der Patienten. Die fühlbare Besserung des Pulses konnten wir schon einige Minuten nach einer Injektion feststellen, doch war die Dauer bis zur deutlich feststellbaren Wirkung in der Qualität des Pulses sehr verschieden und schwankte zwischen 2—20 Minuten. Jedenfalls wurde Liquitalis „Gehe“ bei allen drei Formen der Verabreichung immer gut vertragen, auch bei der subkutanen Anwendung, einer im allgemeinen ungewöhnlichen Form, da Digitalis subkutan lokale Reizerscheinungen, bestehend in Brennen und sogar Schmerzen, macht. In keinem unserer Fälle wurden Klagen geäußert.“

„Fassen wir unsere Erfahrungen mit dem Geheschen Digitalispräparat zusammen, die im ganzen die Resultate Ingwersens (4), Thieles (5) und Baumanns (6) bestätigen, so können wir sagen, daß Liquitalis „Gehe“ an Zuverlässigkeit der Wirkung, besonders der diuretischen, den bisher bewährten Digitalispräparaten in nichts nachsteht. Besonders empfehlenswert für die Praxis aber ist es der bequemen Verabreichung halber und nicht zuletzt des billigen Preises wegen. Liquitalis „Gehe“ ist zurzeit das billigste Digitalispräparat.“
(M. Kl. 1921 Nr. 45.)

Chologenbehandlung bei Gallensteinerkrankung. Von Sanitätsrat Dr. Cramer in Berlin-Zehlendorf. Das Mittel¹⁾ wurde in der Form der Tabletten, in der es dargestellt wird, von den Kranken ohne Widerstand genommen und im allgemeinen ohne Beschwerden vertragen. Man muß nur wissen und vorher darauf aufmerksam machen, daß im Anfang der Kur gelegentlich Magen- (Leib-) Schmerzen und wässerige Stühle auftreten, auch Koliken hervorgerufen werden können, die aber für die Fortsetzung der Kur nicht berücksichtigt zu werden brauchen (übrigens durch einige Gaben Opiumtinktur auch zu beeinflussen sind). Nur Fälle von chronischer Neigung zu Durchfällen lassen die Durchführung einer Chologenkur nicht zu, da das Allgemeinbefinden dabei zu sehr in Mitleidenschaft gezogen würde. Im übrigen hat Verf. sich immer an die Vorschriften gehalten und solche Fälle als dem Chirurgen sofort zufallende von der Chologenkur ausgeschaltet: 1. wo Gallenblasen-eiterung unmittelbare Lebensgefahr bedeutet, 2. wo ein großer

¹⁾ Der Firma Hugo Rosenberg (Physiol.-chem. Laborat.) Freiburg i. Br.

Einzelstein im Gallenblasenhals sitzend beständige Entzündung unterhält, was außer durch Betastung usw. heute auch schon durch neuere Röntgenverfahren festzustellen zu gelingen scheint, 3. wo strangartige Verwachsungen um die Gallenblase Ileusercheinungen hervorrufen. Geeignet dagegen sind Fälle ohne oder nur mit nur leichtem Ikterus ohne Steinabgang, Fälle mit zeitweise erfolgreichem Steinabgang und offenem Gallenblasengang, endlich manche Fälle von periodischem Choledochusverschluß mit Pausen freien Abflusses, wo bei nicht zu großen oder in Ausbuchtungen gelagerten Steinen die Chologenkur erhebliche Aussicht auf Erfolge bietet, nicht selten aber doch während der Kur bei sich dauernd erneut einstellenden Koliken chirurgische Behandlung nötig wird. Zweckmäßig ist die Anweisung, sich durch anfängliche Störungen, Leibschmerz, Durchfall und vielleicht noch einen Kolikanfall, nicht stören zu lassen, ferner die Kur während einiger Jahre regelmäßig zu wiederholen, auch wenn keinerlei Beschwerden mehr bestehen. Verf. hat übrigens bei keiner der vielen verordneten Chologenkuren je eine unangenehme Quecksilberwirkung gesehen. Bei sorgsamem Verfahren nach Auswahl geeigneter Fälle, und deren gibt es viele, wird man die sicher häufig genug sehr wirksamen Kuren in Karlsbad, die sich ja heute nicht mehr so weite Kreise leisten können als ehemals, durch Chologenbehandlung ersetzen können und die gleichen Erfolge im eigenem Heim erzielen. Nach allem hält Verf. das Chologen für eins unserer besten und sichersten Mittel zur Behandlung geeigneter Fälle von Gallensteinkrankheit auf innerem Wege. (M. Kl. 1922 Nr. 12.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Eine neue Salbengrundlage „Novitan“. Von Dr. Christian Stoeber (Aus der Dermatologischen Poliklinik des Städtischen Krankenhauses im Friedrichshain zu Berlin). Eine Salbengrundlage, die allen Ansprüchen genügen soll, hat eine Reihe von Forderungen zu erfüllen: 1. Sie darf nicht schaden, d. h. nicht hautreizend wirken oder resorbiert zu einer Intoxikation führen. 2. Sie muß die beigemengten Arzneimittel in beliebiger Konzentration in sich aufnehmen. 3. Sie muß chemisch resistent gegen allen Einflüsse sein, wie Licht, Luft, Temperaturschwankungen, zugesetzte Medikamente. 4. Sie soll möglichst schnell und vollkommen resorbiert werden. 5. Sie soll Wasser aufnehmen können. 6. Sie darf die Wäsche nicht verderben. 7. Sie muß billig sein. Keine unserer gebräuchlichen Salbengrundlagen erfüllt all diese Forderungen in idealer Weise. Es ist deshalb sehr zu begrüßen, wenn der Medizin eine Salbengrundlage in die Hand gegeben wird, die möglichst allen

aufgestellten Gesichtspunkten gerecht zu werden versucht. Die von der Präparatengesellschaft G. m. b. H. Berlin-Schöneberg hergestellte vollkommen neutrale Salbengrundlage „Novitan“ hat diese Aufgabe in bisher bestmöglicher Weise gelöst. Durch geschickte Kombination von höher siedenden Kohlenwasserstoffen mit dem wasseraufnahmefähigen tierischen Fett Lanolin ist es gelungen, die Zersetzung des letzteren zu verhindern und so dem Fett wieder seinen Platz als beste Salbengrundlage zu sichern. Das Wollfett hat vor den übrigen Fetten den Vortzug, daß die Grundlage allein schon wegen ihrer hohen Wasseraufnahmefähigkeit als Kühlsalbe wirkt, was vor allem von Kranken mit großen exsudierenden Hautflächen als sehr wohltuend empfunden wird. Verf. bemühte sich vor allem, auch Punkt 1 genau auszuprobieren, und wendete deshalb das Präparat bei ekzemkranken Kindern und Säuglingen an, bei denen oft das Korium infolge des Kratzens auf weite Strecken freilag. Die kleinen Patienten beruhigten sich unter der kühlenden Wirkung der dick aufgetragenen Salbe schnell, das Ekzem wurde auch ohne Zusatz von Medikamenten günstig beeinflusst. Eine Intoxikation konnte Verf. nie beobachten. Da sich die Grundlage sehr gut in die Haut einreiben läßt und keine Stoffe enthält, die zu Baumwolle eine chemische Affinität haben, so ist auch eine Schädigung der Leibwäsche nicht zu befürchten. Beigemengte Arzneimittel werden von Novitan in jeder beliebigen Konzentration aufgenommen, wie Verf. sich beispielsweise bei dem von der Firma hergestellten Antiskabiosum „Nosapan“ überzeugen konnte, das die Milbenerkrankung nach zwei- bis dreimaligen Einreibung beseitigte. Da die Grundlage sehr widerstandsfähig ist, ergeben sich für ihre Aufbewahrung keine besonderen Vorschriften, obwohl es zweckmäßig ist, wegen der Verdunstung des darin enthaltenen Wassers einen kühlen Ort zu wählen. (D. m. W. 1921 Nr. 10.)

Milanolsalbe (basisch trichlorbutylmalonsaures Wismut), hergestellt von der Firma Athenstaedt und Redeker, Hemelingen, empfehlen Dr. J. M. Meyer und cand. med. F. K. Meyer bei Ekzema (alle Stadien), Hautreizungen nach Krätzekuren und Impetigo contagiosa. Auch bei Pyodermien, kleinen Furunkeln, nicht sehr ausgedehnten Ulcera cruris günstige Einwirkung.

(Ther. d. Gegenw. Juli 1921.)

Die Behandlung des Ekzems mit der Strauszschen Salbe.¹⁾
 Von Dr. Arthur Voigt, Stabsarzt a. D., Berlin. Das Präparat

¹⁾ Das Präparat wird durch die Firma Dr. Strausz & Co., Berlin W 15, Uhlandstr. 146, hergestellt.

besteht aus einem innigen Gemisch von wasserfreiem, reinstem Lanolin (80 pCt.), weißer amerikanischer Vaseline (5 pCt.), Zinkoxyd (10 pCt.), echtem Perubalsam (5 pCt.), mit einem geringen Zusatz von Menthol. Außerdem enthält die Salbe Sauerstoff, als adsorbiertes Gas, welches dem Präparat bis zu einem Gewichtsprozent (7—8 Liter O₂ in 1 kg Salbe) nach einem besonderen Verfahren einverleibt ist. Als Indikation für die Verwendung der Salbe betrachten wir die Ekzeme. Der Perubalsam trägt wegen seiner in die Tiefe dringenden und juckstillenden Wirkung in Verbindung mit seiner Reizlosigkeit zum subjektiven Wohlbefinden des Erkrankten bei. In dieser Richtung wird die Grundlage der Salbe, als welche absolut reines, wasserfreies Lanolin verwendet ist, bestimmend mitwirken, ist dieses doch von jeher als Konstituens bei „Kühl“-Salben beliebt. Der Zusatz von Menthol ist in doppelter Beziehung wertvoll, einerseits reizt es nach Goldscheider die kälteempfindenden Nervenendigungen der Haut, wird also subjektiv als kühlend empfunden, andererseits aber vermindert es die Sekretion, was ja bereits in der Unterbringung des Mentholschnupfpulvers als Spezifikum gegen Rhinitis zum Ausdruck kommt. Die milde antiseptische und dadurch „heilende“ Wirkung, die dem Zinkoxyd innewohnt, hat es fast zum integrierenden Bestandteil indifferenten „Heil“-Salben gemacht, es durfte also auch hier nicht fehlen. Der in dem Präparat enthaltene, adsorbierte Sauerstoff scheint schließlich auch ganz wesentlich zur Heilwirkung der Salbe beizutragen. Der Gedanke, die sog. Nebenatmung der gesunden Haut auch auf ekzematösen Hautflächen während des Heilungsprozesses durch molekularen (gasförmigen) Sauerstoff künstlich zu fördern, stellt ein therapeutisches Novum dar. Es ist eine bekannte Tatsache, daß nicht nur flüssige, sondern auch visköse, ölige und fettige Substanzen die Fähigkeit besitzen, Gase zu adsorbieren. Während die Gasadsorption der Flüssigkeiten dem Henry'schen Gesetz gehorcht, nach welchem das Volum eines Gases, welches von einer bestimmten Flüssigkeitsmenge gelöst (adsorbiert) wird, vom Druck unabhängig ist, so besitzen ölige und fette Substanzen, wie z. B. Wachse, die Fähigkeit, Gase zu adsorbieren, in einem noch erhöhteren Maße, da sie beim Erstarren bei Zimmertemperatur das Entweichen des Gases im Gegensatz zu den konstanten Flüssigkeiten erheblich erschweren. Die Tiefenwirkung des Lanolins und des Perubalsams bewerkstelligt auch ein tiefes Eindringen des im Fettgemisch enthaltenen Sauerstoffs in die Epidermiszellen und beschleunigt die Heilungstendenz. Zu bemerken ist, daß der gasförmige, molekulare Sauerstoff ein inertes Gas und dadurch vollkommen reizlos ist, im Gegensatz zum naszierenden, atomaren Sauerstoff, welcher z. B. bei Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd

frei wird und auf entzündliche Haut unbedingt reizend wirken würde. Nach alledem ergibt sich also, daß die Hauptwirkung des Präparats sich darin ausprägen muß, daß die Applikation des Mittels sofort dem Patienten Erleichterung schafft und die Juckempfindung, welche den Kranken peinigt und ihm die Nachtruhe raubt, aufhört. Sodann aber müßte ein Nachlassen der Sekretion zu bemerken sein, allmählich müßte auch die Heilungstendenz hervortreten. In der Tat weisen die meisten der von Verf. behandelten Fälle diesen Heilungsverlauf als typisch auf, indessen muß er doch einschalten, daß die Behauptung, Gleiches müßte mit Gleichem behandelt werden, auch hier durchaus nicht zutrifft. Im Gegenteil spielt die Individualität des Erkrankten, die Reaktion seiner Hautorgane, eine ausschlaggebende Rolle. So war ein Maschinist, der flächenhaft, wie ausgegossen erscheinende, an den Streckseiten der Unterarme befindliche Ekzeme hatte und deshalb seit drei Wochen bereits in ärztlicher Behandlung stand, mit der Strauszschen Salbe in zwei Tagen geheilt. Ein anderer, ganz gleichartiger Fall zeigte an einem Arme nach 4 Tagen Verstärkung der Entzündung, während der andere Arm des Tischlers, der bei dem seit 11 Jahren regelmäßig wiederkehrenden Ausschlag sonst stets der schlimmere war, heilte. (B. kl. W. 1921 Nr. 29.)

Therapie der Psoriasis. Von Hauck (Erlangen). Zur Behandlung der Psoriasis, einer der häufigsten Hautkrankheiten, haben wir im Chrysarobin ein vorzügliches Heilmittel, dem aber leider einige recht unangenehme Nebenwirkungen anhaften, wie Dermatitis, Konjunktivitis und — heute besonders wichtig — die Schädigung der Leibwäsche. Es ist daher zu begrüßen, daß Hauck andere Behandlungsmethoden der Krankheit ausprobiert hat, denen diese Nachteile nicht anhaften. Die Organotherapie hat im Stich gelassen: Schilddrüsensubstanz, die in einigen Fällen zu nützen schien, mußte wegen der gefährlichen Nebenwirkungen wieder aufgegeben werden. Parenterale Proteinkörpertherapie mit Terpentin nach Klingmüller brachte hier ebenfalls keine Erfolge, mit Aolan nur in geringem Maße, und zwar nur, wenn es intrakutan injiziert wurde. Am besten bewährte sich noch eine Behandlungsart, die von Bory angegeben worden ist, und wohl auch eine Proteinkörperbehandlung ist, da die theoretische Grundlage, die ihr von Bory gegeben worden ist, sicherlich falsch ist. Bory steht nämlich auf dem von deutschen Dermatologen stets abgelehnten Standpunkt, daß die Psoriasis in enger Beziehung zur Tuberkulose stehe, und injizierte daher intramuskulär Mittel, die bei Tuberkulose angewandt werden, nämlich eine Mischung von Schwefel, Guajakol und Eukalyptusöl. Auch Hauck sah in 60%

Heilung, in weitem 20 % weitgehende Besserung durch 10—12 in 8 tägigen Zwischenräumen gegebene intramuskuläre Injektionen von 3—5 ccm einer Mischung von folgender Zusammensetzung: Sulfuris praecipitati puri 1,0 — Guajacoli 5,0 — Camphor. 10,0 — Eucalyptoli 20,0 — Olei sesami ad 100,0. Als Nebenwirkungen werden Fieber und ziemlich beträchtliche Schmerzen an der Injektionsstelle erwähnt. Man sieht, daß auch diese Behandlungsmethode ihre Vor- und Nachteile — und ihre 20 % Versager hat. Richtig bewerten wird man sie erst können, wenn mehr Erfahrungen über sie vorliegen, namentlich hinsichtlich der Frage, ob Rezidive bei ihr eher ausbleiben als nach anderen Kuren. Immerhin darf das Verfahren, namentlich bei solchen „großen“ Fällen, bei denen die Unannehmlichkeiten der Chrysarobinsalbenbehandlung ja besonders kraß hervorgetreten, schon jetzt empfohlen werden.

(Arch. f. Derm. u. Syph. 135.)

Malariatod durch Salvarsanschädigung. Von Prof. Dr. F. Glaser (Aus der II. inneren Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses zu Berlin-Schöneberg). Zusammenfassung: 1. Bei einem 28 jährigen Syphilitiker, der von seiner latenten Malariainfektion nichts wußte, wurde durch eine außerhalb des Krankenhauses ausgeführte Salvarsankur ein derartig schwerer Malaria-tropica-Anfall provoziert, daß nach 14 Tagen der Tod an Malaria eintrat.

2. Provokationen, das heißt „Hervorlocken“ der Plasmodien in das strömende Blut, können für den Patienten, wie unser Fall lehrt, die schwersten Nachteile bringen.

3. Bei unklaren Fieberzuständen nach Salvarsaninjektionen ist, besonders bei Kriegsteilnehmern, auch an Malaria zu denken.

(M. Kl. 1921 Nr. 29.)

Bei **Epididymitis gonorrhoeica** ist nach Dr. J. Wetterer (Mannheim) die Röntgenbehandlung indiziert. Was die Dosierung anlangt, so hat sich eine Strahlung von etwa 4 cm Halbwertschicht in Wasser, durch 0,5 mm Zink und 1 mm Aluminium filtriert, als geeignet erwiesen. Von dieser Strahlung werden, bei Anwendung zweier Felder — eines vorn und eines hinten — unter möglichst scharfer Abgrenzung des gesunden Nebenhodens auf jedes Feld etwa 75 % der HED. gegeben. Die Hautdosis beträgt demnach etwa 150—180 F. pro Feld. Eine stärkere Bestrahlung verbietet sich, weil bei der geringen Schichtdicke des Organs die Haut auf der Rückseite des Bestrahlungsfeldes jeweils noch ziemlich stark mitgetroffen wird.

(D. m. W. 1922 Nr. 14.)

Klinische Erfahrungen mit Neosilbersalvarsannatrium.
 Von San.-Rat Dr. Alfred Sternthal (Krankenhaus vom Roten Kreuz in Braunschweig). 1. Das Neosilbersalvarsannatrium ist ein ausgezeichnetes Mittel zur Behandlung der Syphilis. Es ist leicht löslich, wird gut vertragen, hat keine üblen Nebenwirkungen und entfaltet auf Schanker, Bubo, Exantheme und andere Erscheinungen der Krankheit wie auf die Seroreaktion eine starke Wirkung. Die weitere Erfahrung muß entscheiden, ob seine wiederholte Anwendung eine Dauerheilung der Krankheit erzielt. Jedenfalls kann man schon heute dem praktischen Arzt das Mittel in die Hand geben. Es eignet sich ebenso zur Behandlung jugendlicher wie alter Menschen, zur Behandlung der Herzkranken wie Tabiker, Schwangerer und Säuglinge. Es ist als gefahrlos zu bezeichnen. 2. Es bleibt weiter zu erforschen, ob die „Mischspritzen“ überhaupt der bisher angewandten „kombinierten“ Behandlung überlegen sind. Vorläufig ist dem Praktiker zu raten, diese Methode nicht eher anzuwenden, als bis ihre Gefahrenzone hinreichend bekannt und begrenzt ist. Jedenfalls ist aber, wenn Mischspritzen klinisch erprobt werden sollen, NSS. + Cyarsal dringend zu empfehlen.

(D. m. W. 1922 Nr. 14.)

d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur Behandlung der akuten Anaemie sub partu. Von Dr. Ernst Runge (Aus dem Wöchnerinnenheim am Urban in Berlin). Bei jedem größeren Blutverlust sub partu wird das per vaginam abgegangene Blut in einer sauberen Schale aufgefangen und aufbewahrt. Sobald sich im weiteren Verlaufe bei der Frau schwerere Zeichen akuter Anämie einstellen, werden sofort — schon prophylaktisch — 600 ccm des aufgefangenen Blutes mit 400 ccm einer 0,9%igen physiologischen Kochsalzlösung vermennt, der noch 1% = 4 g Natr. citric. beigelegt wird. Diese Mischung wird hierauf in einen gewöhnlichen Irrigator gegossen und der Ausgebluteten als Klisma einverleibt. Fast stets behielten die Frauen die Flüssigkeit bei sich, zum mindesten 600—700 ccm davon. In besonders schweren Fällen ließ Verf. den Frauen nach diesem, sozusagen schnellen Klisma noch 600—1000 ccm des Gemisches als Tropfklistier, über 2—4 Stunden verteilt, einverleiben. In weniger schweren Fällen, wo keine direkte Lebensgefahr vorhanden war, begnügte Verf. sich öfter mit dem Tropfklistier allein, um die Rekonvaleszenz der Frauen zu beschleunigen. Irgendwelche unangenehmen Begleiterscheinungen dieses Verfahrens hat er nie beobachtet. Wie schon gesagt, der Erfolg dieser Art von Blutreimplantation war frappant und in seinen Erfolgen weit über die

Resultate der Kochsalzinfusion hinausgehend. Selbst Frauen mit Zeichen schwersten Lufthungers, die nach den früheren Erfahrungen mit Kochsalzinfusionen usw. fast nie mehr zu retten sind, erholten sich auf das Blutklisma und blieben am Leben. Was aber speziell für den Praktiker an diesem Vorschlage das Wichtigste sein dürfte: er läßt sich jederzeit in der Wohnung der Patientin, unter den primitivsten äußeren Verhältnissen, mühelos und ohne jede besondere Apparatur durchführen. Es bedarf dazu nur eines gewöhnlichen, reinen, nicht etwa sterilen Topfes, in dem das Blutgemisch hergestellt wird, eines gewöhnlichen Irrigators mit Schlauch und Mastdarmrohr, wie ihn die Hebamme jederzeit bei sich hat, etwas Kochsalz, das in jeder Wohnung vorhanden ist, und 4 g Natr. citric., das der Geburtshelfer bequem in seiner Instrumententasche bei sich führen kann. Außerdem fallen bei diesem Verfahren fort: Anwesenheit, Bereitwilligkeit und Gesundheit eines Spenders, die Gefahr der Einverleibung körperfremden Blutes, Serilität des zu verwendenden Blutes, steriles Instrumentarium und technische Kenntnis immerhin nicht ganz einfacher chirurgischer Eingriffe, wie Blutgefäßnaht bzw. Freilegung venöser Gefäße. (D. m. W. 1922 Nr. 5.)

Der fünfzigprozentige Alkohol zur Blutstillung. Von Dr. Hans Reh (Aus dem Roten-Kreuz-Krankenhaus, Frankfurt a. M.). Die Behandlung des Cavum uteri mit alkoholischen Lösungen zum Zweck der Entfernung von Abortresten und zur Desinfektion ist alt. Neu ist ihre Verwendung zur Blutstillung im Uterus und in der Blase, über die Verf. kurz berichten will. Vor 7 Jahren hatte er zum ersten Male Gelegenheit, bei einer atonischen Uterusblutung einige Monate nach einer schweren Geburt den Alkohol in dieser Hinsicht zu erproben. Er hatte bei dem schlaffen, weichen Uterus, aus dessen Zervix sich in kontinuierlichem Strom helles Blut ergoß, nach 24 stündiger Uterus-Scheidentamponade, Behandlung mit Eisblase und Hypophysin, keinerlei Besserung erzielt. Um Plazentaresten, Blutkoagula zu entfernen, zu desinfizieren und die Schleimhaut zu ätzen, ließ er eine 70%ige Alkohollösung mit Hilfe des Rücklaufkatheters das Cavum uteri passieren in einer Menge von ungefähr 50 ccm und wollte dann die Frau zum Anlegen von Muzeux'schen Zangen an die Parametrien in die Klinik legen. Er bemerkte zu seinem Erstaunen, daß die Blutung sehr erheblich nachgelassen hatte, der Uterus, der vorher auf Massage nicht reagierte, etwas härter und kleiner war und dann auf massierende Bewegungen hin noch bedeutend härter und kleiner wurde. Als Verf. nun mit 50%iger Alkohollösung nachspülte, blieb die Lösung klar, und es entleerte sich innerhalb der nächsten

15 Minuten kein Tropfen Blut mehr. Als er am nächsten Tage den völlig weißen Scheidentampon entfernte, stand die Blutung. 2 Tage später stand die Patientin auf. Verf. hat seither 50%ige Alkohollösung selten bei atonischen Blutungen, mehrfach bei Blutungen post abortum und schließlich auch bei endometrischen Blutungen angewandt. Er ließ innerhalb 1—2 Minuten 150 ccm Flüssigkeit den Uterus passieren, langsam, nicht unter Druck, um die Tuben nicht zu irritieren. Er konnte immer mit dem Erfolg zufrieden sein; keine Patientin klagte über erhebliche Schmerzen bei dieser Prozedur. In einem einzigen Falle, es handelte sich um eine außerordentlich profuse Blutung, war Verf., da dieselbe noch nicht völlig stand, und er befürchten mußte, daß sie wieder zunehmen würde, gezwungen, nach 5 Minuten eine zweite Spülung mit 70%igem Alkohol vorzunehmen; auch da war der Erfolg restlos da. Bei einem Blasenkarzinom mit starker Blutung hat Verf. vor einigen Jahren das gleiche Resultat mit einer Dauer von 2—3 Tagen erzielt. Allerdings klagte diese Patientin nach der Spülung über ziemlich erhebliche Schmerzen, so daß Morphium verabfolgt werden mußte. Verf. ist sich selbstverständlich völlig klar darüber, daß es sich hier nur um eine Methode handeln soll, Blutungen aus Uterus und Blase sofort zu stillen. Diese blutstillende Wirkung des Alkohols erklärt sich einerseits durch eine Aetzwirkung auf die Gefäßstümpfe (eventuell auch durch die Verätzung von Plazentaresten, deren Gefäße verödet werden und die dadurch zur Abstoßung kommen), andererseits durch den heftige Kontraktionen anregenden Reiz. Verf. kann aber bei dieser Gelegenheit nicht unerwähnt lassen, daß die Verätzung von Resten, die man stark geschrumpft und ausgetrocknet nach der Spülung mit dem Tampon entfernt, unter Umständen der Wirkung digitaler Lösung oder der einer Kurettagel gleichkommen wird. Er sah auf dem Querschnitt die Gefäße solcher Partien von braun verfärbtem, zu Bröckeln geronnenem Blut erfüllt. Er ist auch der Ansicht, daß eine derartige Verätzung der Schleimhaut bei Endometritis die in ihrem schließlichen Erfolg mindestens ebenso zweifelhafte Kurettagel völlig zu ersetzen imstande ist. Monate hat er ein Nachlassen der Heftigkeit endometritischer Blutungen beobachtet, allerdings, genau wie nach der Kurettagel, keineswegs in allen Fällen.

(Zbl. f. Gyn. 1922 Nr. 5.)

Die Röntgenbehandlung klimakterischer Erscheinungen.
 Von Privatdozent Dr. Franz Groedel (Aus der Röntgenabteilung am Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt a. M.). „Die Tabelle zeigt, daß unter 15 Fällen nur zweimal keine vollkommene Beseitigung der subjektiven Beschwerden erreicht wurde. Bei wieder-

holter Bestrahlung finden wir gelegentlich weitere Steigerung des Wohlbefindens. Der erhöhte Blutdruck zeigt in der Mehrzahl der Fälle die deutliche Tendenz zum Heruntergehen. Bemerkenswert ist, daß die Ovulationsbestrahlung sowohl bei röntgenkastrierten Patientinnen, wie auch bei auf natürlichem Wege ins Klimakterium gelangten Frauen die Wechseljahresbeschwerden zu beseitigen vermag. Die Dosis, die zu diesem Zwecke benötigt wird, entspricht offenbar der Kastrationsdosis, sie kann sonach auf die innersekretorisch tätigen Zellen nur als Reizdosis wirken. Auf Grund meiner Beobachtungen über die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen auf die klimakterischen Erscheinungen bereits amenorrhöischer Frauen habe ich in letzterer Zeit auch öfters noch nicht amenorrhöische, aber im Klimakterium befindliche Frauen bestrahlt und auch bei ihnen durchweg gute Erfolge erzielt. Ich glaube zwar die Eierstocksbestrahlung mit einer doppelseitigen Applikation von je einer Hauttoleranzdosis als derzeit bestes Mittel zur Beseitigung klimakterischer und protrahierter klimakterischer Beschwerden und zur Bekämpfung des klimakterischen Hochdrucks auf Grund meiner seitherigen Erfahrungen bereits bestens empfehlen zu können. Ein abschließendes Urteil kann ich mir aber noch nicht erlauben, da meine Beobachtungsreihen noch klein sind. Auch bezüglich der Deutung meiner Erfolge kann ich nur mit aller Reserve die Hypothese aufstellen, daß die klimakterischen Erscheinungen beseitigt werden, wenn es gelingt, durch Röntgenreizbestrahlung die innersekretorisch tätigen Zellen des Ovars zu gesteigerter Funktion anzuregen, wobei die Reizdosis dieser Zellen offenbar gleich der Vernichtungsdosis des Follikelapparates, also der Kastrationsdosis, zu setzen ist.“ (M. m. W. 1922 Nr. 12.)

Bei *Pruritus vulvae* leistete Dr. Rosenstraub (Berlin) Peru-Lenicet-Salbe sehr gute Dienste (wird eingeschmiert und ein Lappchen, damit messerrückendick bestrichen, vorgelegt; am anderen Morgen Entfernung mit Olivenöl). Erfolg andauernd.

(Klin.-ther. Wschr. 1922 Nr. 9/10.)

Neue Bücher.

Diagnostische Winke für die tägliche Praxis, ein Nachschlagebuch für Aerzte und Studierende von San.-Rat Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau. Zweite, verbesserte Auflage. Berlin 1920, J. Karger. In der Klin.-ther. Wschr. heißt es:

„Der Verfasser hat in kurzer, kompendiöser Weise die hauptsächlichsten atypischen Krankheitsbilder unter genauer Berücksichtigung der in der Literatur niedergelegten Erfahrungen für den

Studenten und Praktiker zusammengestellt, wodurch eine rasche Orientierung in der Praxis und Anregung zu ausführlicheren Studien leicht möglich ist. Sehr glücklich halte ich den Gedanken, bei den einzelnen Erkrankungen die typischen Bilder kurz zu skizzieren. Ich glaube, daß das Büchlein vielen Kollegen willkommen sein wird.“

G. Hochstetter und G. Zehden. **Mit Hörrohr und Spritze.** Berlin, H. Pusch. Dies „lustige Buch für Aerzte und Patienten“, das schon viele tausende dieses Leserkreises ergötzt hat, ist in neuer Auflage erschienen (11.—14. Tausend), die als eine „vermehrte“ mit Recht bezeichnet werden kann. Köstliche Anekdoten und Karikaturen, durch zahlreiche ausgezeichnete Abbildungen illustriert, bringen den Leser ununterbrochen zum Lachen. Und wer braucht das heut nicht! Ein Geschenkbuch, wie es besser kaum existieren dürfte!

Leisewitz. **Repetitorium der Gynäkologie.** Leipzig, J. A. Barth. Preis: Mk. 21.— Die „Breitensteinschen Repetitorien“, zu denen dies kleine Buch gehört, erfreuen sich großer Verbreitung, und auch das vorliegende Werkchen kommt schon in der 5. Auflage heraus. Verf. ist es gelungen, seine kurzen Fingerzeige so zu geben, daß der Student und junge Praktiker das Wichtigste aus dem Gebiet noch einmal vor seinem Auge vorüberziehen sieht. Und mehr will und soll ja solch ein Repetitorium nicht bieten.

M. T. Schnirer. **Taschenbuch der Therapie 1922.** Leipzig, C. Kabitzsch. Preis: Mk. 40.— Das Buch, das bereits zum 18. Male erscheint, ist zu bekannt, als daß es vieler Worte zu seiner Empfehlung bedürfte. Und daß der Verfasser auch diesmal wieder die neuesten therapeutischen Erfahrungen berücksichtigt hat, braucht auch nicht besonders hervorgehoben zu werden. Das Werkchen mit seinem überaus reichen Inhalt wird jedem Praktiker die besten Dienste leisten.

F. Müller und A. Koffka. **Rezepttaschenbuch sparsamer Arzneiverordnungen.** Leipzig, G. Thieme. Preis: Mk. 16.50. Welcher Arzt muß heut nicht Wert darauf legen, möglichst billige Rezepte zu schreiben! Das ist aber eine Kunst, und man bedarf dazu eines zuverlässigen Führers. Daß das vorliegende Büchlein ein solcher ist, zeigt schon der Umstand, daß in kurzer Zeit drei Auflagen nötig wurden. Den Verordnungen in dieser 3. Auflage sind die Preise nach dem Stande vom 1. 2. 22 zugrunde gelegt, und mit den 440 Rezepten, die das Büchlein enthält, kann der

Arzt recht gut der Aufgabe, billige und richtige Verordnungen zu geben, gerecht werden.

Lehmanns mediz. Lehrbücher (München, J. J. Lehmann) sind um eine Nummer vermehrt worden, die schon durch ihre Aktualität Aufmerksamkeit verdient. Bd. III bringt nämlich die „Geschlechtskrankheiten“ von R. O. Stein (Preis Mk. 90.—). Als Assistent Fingers und Jadassohns hatte Verfasser Gelegenheit, reiche Erfahrungen zu sammeln. Aber er versteht es auch, diese seinen Lesern so zu präsentieren, daß sein Buch nicht nur mit Genuß, sondern auch mit bestem Nutzen zu lesen ist. Zahlreiche Farbdrucktafeln und Textabbildungen begleiten den Inhalt, und daß diese Bilder ausgezeichnet sind, braucht beim Verlage Lehmann nicht besonders betont zu werden. — Auch das im gleichen Verlage erschienene Buch von P. Mulzer: **Die syphilitischen Erkrankungen in der Allgemeinpraxis** (Preis: Mk. 90.—) wird in der heutigen Zeit den Kollegen sehr willkommen sein. Unterstützt von hervorragenden Mitarbeitern, bringt der Verfasser speziell dem praktischen Arzt eine ausgezeichnete Darstellung des großen Gebietes, das jetzt einen so überaus wichtigen Teil der ärztlichen Tätigkeit bildet. Die Syphilis der einzelnen Organe und die Lues congenita werden eingehend besprochen, wobei auf jeder Seite zum Ausdruck kommt, wie die Bearbeiter bestrebt sind, das Wichtigste möglichst klar und präzise zur Darstellung zu bringen. Das Buch wird sich sicher bald großer Beliebtheit erfreuen.

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

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis halbjährlich
M.24.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

31. Jahrgang

Nr. 10.

Juli 1922

Aetiologisches.

Hautschädigung beim Neugeborenen durch Gonokokken.
Von Dr. L i e b e (Aus der Provinz-Hebammenlehranstalt in Elberfeld).
Bei einem in linker Hinterhauptslage ohne Schwierigkeiten geborenen Kinde war 4 Tage nach der Geburt morgens der rechte Daumen wund und zum großen Teile von der Epidermis entblößt, wie wenn hier eine große Blase geplatzt wäre. Auch die rechte Wange war wund und die Haut eigenartig entzündet. Das Kind hatte sich offenbar, wie es häufig geschieht, mit dem Daumen gescheuert. Bei dieser Gelegenheit waren die im Blaseinhalt vorhandenen Keime in die Haut geimpft worden. Die an der Backe schnell entstandenen kleinen Blasen sind hirse- bis linsengroß und von einem entzündlichen roten Hof umgeben. Trüb seröser, nicht allzu dünnflüssiger Inhalt hebt die Blasendecke ab. Im Verlaufe des Tages bildeten sich erneut schnell wachsende Bläschen, welche zum Teil ineinander übergingen. Das mikroskopische Bild des Blaseninhaltes zeigte in allen Fällen in zahlreichen Leukozyten Haufen von intrazellulären Gram-negativen Diplokokken von Semmelform, unzweifelhaft Gonokokken. Die zu gleicher Zeit auf Blut- und Serumagar angelegten Kulturen gingen nicht an. Bei der wiederholt vorgenommenen Untersuchung frisch entstandener Blasen wurden stets dieselben Gram-negativen, im wesentlichen intrazellulär liegenden Diplokokken in Reinkultur gefunden. Trotz sofort einsetzender Behandlung dehnte sich die Infektion schnell über die rechte Hand aus. An der linken Hand erkrankten 2 Finger. Von der Wange aus ist schließlich ein großer Teil der Kopfhaut eine ununterbrochene Wundfläche. Einige wenige größere Blasen entstanden schließlich noch in der linken Schenkelbeuge. Fortlaufend wurde im Blaseninhalt Reinkultur von Gonokokken gefunden. Durch tägliche Einträufelung von Höllensteinlösung gelang es, die Augen

frei zu halten. Die Mahlzeiten des schwerkranken Kindes wurden so vermehrt, daß die Gewichtskurve in leichtem Anstieg blieb. Vor jedesmaligem Anlegen wurden die neu entstandenen Blasen mit Sublimatalkohol (1 % ig) energisch abgewischt, bis auch die Randreste der Blasendecke entfernt waren. Es dauerte trotzdem einige Tage, ehe das unaufhörliche Entstehen von neuen Bläschen beseitigt war. Die Wunden wurden mit Peru-Höllensteinsalbe bedeckt. Nachhaltigeren Erfolg sah Verf. jedoch erst, als die frischen Wunden mit konzentrierter Höllensteinlösung betupft wurden. Auf diese Weise ist es dann gelungen, die Infektion nach 14 Tagen zum Stillstand zu bringen. Nach weiteren 14 Tagen waren die ausgedehnten Wunden überhäutet. Das Kind erholte sich dann schnell. Da auch bei der Mutter im Harnröhrensekret Gonokokken nachgewiesen wurden, kann an der Eigenart der Erreger der beschriebenen Hautschädigung nicht gezweifelt werden. Mögen Gonokokken im allgemeinen auch nur auf Schleimhaut gedeihen, so ist die zarte Haut der Neugeborenen doch, wie der Fall beweist, unter Umständen ein geeigneter Nährboden. (D. m. W. 1921 Nr. 52.)

Ueber Ziegenmilchanämie. Von Prof. Dr. W. Stoeltzner, Direktor der Universitäts-Kinderklinik in Halle a. S.

1. Ernährung mit Ziegenmilch hat bei Säuglingen häufig eine schwere hämolytische Anämie zur Folge.

2. Als Träger der anämisierenden Wirkung werden die löslichen Fettsäuren der Ziegenmilch angesprochen.

3. Aussetzen der Ziegenmilch und Uebergang zu gemischter Kost bringt die Ziegenmilchanämie zur Heilung, vorausgesetzt, daß nicht schwere Komplikationen bestehen.

4. Die Ziegenmilchanämie tritt bei nichtrachitischen Kindern als „einfache“ Anämie auf, bei rachitischen als Anaemia pseudoleucaemica. Die sog. Anaemia pseudoleucaemica ist die epirachitische Form der frühinfantilen hämolytischen Anämien.

(M. m. W. 1922 Nr. 1.)

Krankheitsbilder.

Ueber chronische Appendizitis im Kindesalter. Von Oberarzt Dr. Lunckenbein, Ansbach. „Ich halte es trotz der schon vorhandenen überreichen Appendizitisliteratur für gerechtfertigt, auf noch wenig bekannte Erscheinungsformen der chronischen Appendizitis im Kindesalter an der Hand von drei unglücklich verlaufenen Fällen, die ich in letzter Zeit beobachten konnte, hinzuweisen, um so mehr, als diese Fälle eindringlich erkennen lassen,

daß wir in der chronischen Wurmfortsatzentzündung ein heimtückisches, gefährliches Leiden zu bekämpfen haben. Der Einfachheit halber skizziere ich kurz den letzten Fall, der mit dem erstbeobachteten sich in den maßgebenden Punkten fast vollkommen deckt: Mittelkräftiger, gut genährter, bleich aussehender, geistig sehr geweckter Knabe im Alter von $4\frac{1}{2}$ Jahren. Abends 6 Uhr plötzlich Erbrechen, Aufstoßen, reflektorische Bauchdeckenspannung bei Druck rechts vom Nabel und in der Gegend der Gallenblase. Mac Burneyscher und Lanzscher Punkt kaum empfindlich. Temperatur 39° . Ich diagnostizierte als Konsiliararzt nach kurzer Anamnese eine akute Appendizitis und schlug die Operation vor, die von den sehr einsichtigen Eltern sofort genehmigt und ca. 3 Stunden nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen ausgeführt wurde. Befund: Wurm nach oben geschlagen; kolbig verdickte, ziemlich adhärente Spitze; keine auffallende Gefäßinjektion; Mesenterium narbig geschrumpft, von einer Reihe erbsengroßer, derbinfiltrierter Drüsen wie von einer Perlenschnur durchzogen; diese lassen sich auch ins Mesenterium verfolgen. Beim Loslösen der Spitze Austreten geringen eitrigen Inhalts. Es handelte sich also um eine schon länger bestehende chronische Erkrankung der Appendix, die durch irgendein Ereignis zur akuten Entzündung führte. An sich war ja der Fall trotz der kleinen Perforationsöffnung prognostisch durchaus günstig, aber die ausgedehnte Lymphadenitis erinnerte mich in unheimlicher Weise an die zwei vorausgegangenen Fälle, und ich machte deshalb die Eltern auf diese Komplikation und deren möglichen Folgen aufmerksam, obwohl die Operation in ca. 15 Minuten völlig glatt verlaufen war. Leider mit Recht. 10 Stunden post operationem blutiges Erbrechen; 24 Stunden post operationem trotz völliger Enthaltbarkeit jeglicher Nahrungsaufnahme abermals Blutbrechen; dabei spontaner Abgang von Flatus, weicher Leib; 32 Stunden post operationem Exitus unter Blutbrechen und allen Anzeichen einer inneren Blutung. Sektionsbefund: Im Abdomen keine Spur einer Peritonitis; die am Mesenterium festgestellten Drüsen lassen sich ins Mesenterium und längs der Gefäße bis zum Pfortadereintritt verfolgen. Leber etwas verkleinert; die Schnittfläche zeigt das typische Bild der Muskatleber (mikroskopisch sind die Venae centrales erweitert); der Magen ist voll dunkelgeronnenem Blut, an der Magenwand keine auffallende Erscheinung, dagegen im unteren Teil des Oesophagus (wie auch im ersten Fall) die deutliche Spur eines geplatzten Varix! Lungen ohne Befund. Die mikroskopische Untersuchung mehrerer Drüsen ergibt, daß es sich um rein entzündliche Produkte handelt. Wir haben also als Folgezustände einer chronischen Appendizitis eine Lymphangitis bzw. Lymph-

adenitis mit sekundärer Stauungsleber, Varixbildung im Oesophagus und Verblutungstod infolge eines geplatzten Varix. Die Erweiterung der Oesophagusvenen ist bei der vorhandenen Stauungsleber kein auffallender Befund. Im Fall 1 lag der gleiche Sektionsbefund vor; im Fall 2 erfolgte der Tod 17 Tage nach der Operation unter den Erscheinungen einer intestinalen Sepsis. Die Sektion ergab hier ebenfalls ausgedehnte Lymphangitis und Lymphadenitis, vom chronisch erkrankten Wurm und dessen Mesenteriolum ausgehend; einzelne Drüsen waren aber vereitert, und in der Leber, die ebenfalls das charakteristische Bild der Stauungsleber bot, fanden sich 5—6 kleine Abszeßherde. Auch hier war eine andere Krankheitsursache, speziell Tuberkulose oder eine Darminfektion, bestimmt auszuschließen. Ich meine, diese drei Fälle, die alle einwandfrei auf chronische Erkrankungen des Wurmfortsatzes zurückgeführt werden können, und die drei Kinder im Alter von $4\frac{1}{2}$ —5 Jahren betrafen, müssen zu der Annahme drängen, daß wir schon vom 3. Lebensjahr an auf Erscheinungen der schleichenden Wurmerkrankung achten müssen; denn was ich als Konsiliararzt auf dem Operationstisch sah, war das Endstadium eines monatelang zurückliegenden entzündlichen Prozesses. Wichtig ist es nun, aus dem Krankheitsverlauf und dem Obduktionsbefund gewissermaßen retrospektiv diagnostische Winke und Hilfsmittel herauszuschälen, die uns die Erkenntnis dieser heimtückischen Erkrankung erleichtern können. Es gelang mir, bei den Eltern und behandelnden Aerzten wichtige Aufschlüsse zu bekommen. Im Vordergrund der chronischen Appendizitis stehen Magenbeschwerden und Schmerzen in der Nabelgegend. Der Druckpunkt ist rechts oberhalb und seitlich des Nabels, zeitweise zwischen Nabel und Magen. Mac Burneyscher und Lanzscher Punkt können völlig schmerzfrei sein. H. Kümmell weist auf den „Schmerzpunkt bei der chronisch verdeckten Appendizitis“ hin und nimmt ihn ebenfalls „nahe am Nabel, etwa 1—2 cm unterhalb desselben, senkrecht oder etwas nach rechts abweichend“ an, wobei er diesen Punkt als K-Punkt bezeichnet. Nach den vorliegenden Sektionsergebnissen möchte ich die mehrfach kritisch beleuchteten abdominellen Druckpunkte bei der chronischen Appendizitis in ursächlichen Zusammenhang bringen mit der anscheinend doch recht häufigen gleichzeitigen Lymphadenitis und Lymphangitis und mit der sekundären Leberstauung. Sowohl der charakteristische Magenschmerz als auch der „periodische Nabelschmerz“ der Kinder, die Colica appendicularis, läßt sich ohne Zwang erklären, wenn wir an die rein mechanische Druckwirkung der entzündlich geschwollenen Lymphdrüsen und Lymphgefäße mit ihren Folgeerscheinungen denken auf Leber, Magen

und Verdauungstraktus. Die Ansicht Lenanders, der die Magenschmerzen mit „einer entzündlich fortgeleiteten Affektion des Ganglion solare“ erklärt, gewinnt durch die Sektionsbefunde an Wahrscheinlichkeit. Und speziell die kolikartigen Schmerzen finden ihre Erklärung in einem hin und wieder auftretenden Reiz, sei er mechanischer oder infektiös-entzündlicher Art, auf die nervösen Zentren der betreffenden Darmabschnitte. Als weitere charakteristische Krankheitserscheinung ist das periodenweise Unwohlsein dieser Kinder zu erwähnen, das sich meist innerhalb weniger Tage abspielt und langsam spontan wieder abklingt. Es besteht hierbei vor allem Appetitlosigkeit, die sich bis zum Ekel und Brechreiz steigern kann, Kopfschmerz, Müdigkeit und Abgeschlagenheit; die sonst munteren und frischen Kinder suchen das Bett auf, sehen fahl und bleich und verfallen aus, sind dabei auch psychisch leicht reizbar und erregt; Temperatur meist subfebril. Selbstverständlich werden solche vorübergehende Anfälle von Unwohlsein, namentlich, wenn sie sich öfter wiederholen und als anscheinend harmlos erweisen, bei den Kindern nicht gleich tragisch genommen, und wenn die bei der akuten Appendizitis so deutlich in Erscheinung tretenden Symptome fehlen, wird wohl kaum die Appendix in den Bereich der Erkrankungsmöglichkeiten gezogen. Es scheint mir, daß diese periodenweise sich wiederholenden Anfälle von Unwohlsein ebenfalls im Zusammenhang mit der Ausbreitung oder Exazerbation der Lymphangitis oder Lymphadenitis stehen. Im Verein mit den oben angeführten Schmerzen und Druckpunkten sind sie jedenfalls — bei Ausschluß anderer Erkrankungsmöglichkeiten — das wichtigste und eindeutigste Symptom bei der chronischen Wurmfortsatzkrankung. Im allgemeinen betrachtet, sind die erkrankten Kinder auch in den Intervallzeiten keine besonders frischen oder robusten Naturen. Die Eltern klagen, daß trotz aller Sorgfalt die körperliche Entwicklung nicht recht vorwärts geht; man denkt an zu rasches Wachstum, an Würmer, Drüsentuberkulose, mangelhafte Blutbildung usw. Wer kommt da auf die Idee, daß eine Stauungsleber der Grund für die unerklärliche Appetitlosigkeit sein kann! Selbstverständlich liegt es mir fern, etwa gar einer Polypragmasie in bezug auf die Appendixoperation auch im Kindesalter das Wort zu reden. Hierfür ist gar kein Grund vorhanden; denn ich glaube, daß die Fälle von chronischer Appendizitis im Kindesalter selten sind, aber immerhin ist es geboten, an die Möglichkeit einer solchen Erkrankung zu erinnern; auch glaube ich, daß wir bei den nach Appendektomien manchmal auftretenden Magendarmbutungen öfter „Embolie“ annehmen als gerechtfertigt ist; denn die pathologisch-anatomische Erklärung kann auch lauten: Lymphadenitis, Pfortaderstauung, Varixbildung und Varixblutung.“ (M. m. W. 1922 Nr. 1.)

Das klinische Bild der Oesophagusatresie. Von F. Göppert, Göttingen. „Gewöhnlich wird der Arzt gerufen, weil das Kind bricht, seltener, weil es nicht gut schlucken kann. Beim Hineinsehen in den Mund sehen wir den ganzen Rachen reichlich mit einer Mischung von sehr viel Schleim und Milch gefüllt, ein Anblick, wie wir ihn sonst nie finden und der allein auf das Leiden hinweist. Sieht man der Fütterung zu, so bemerkt man sofort die Atemangst. Während sich in den ersten Tagen das Kind durch Würgen und Erregung bei jedem Schluck sträubt, hört diese Abwehrbewegung allmählich auf. Energischen Pflegerinnen gelingt es dann, nicht unbedeutliche Mengen Nahrung dem Kinde einzuverleiben, so daß sogar die Urinsekretion wieder eintritt. Ein Kind, das ich am 4. Lebensstage einem Krankenhause überwiesen hatte, „schluckte“ angeblich während der Nacht zwischen dem 5. und 6. Lebenstage etwa 60 bis 70 g Milch, so daß die Diagnose bestritten wurde. Der Tod erfolgte am selben Morgen. Bei der Sektion fand sich der Magen mit Milch gefüllt. Der Oesophagus reichte vom Schlund aus bis zum Ringknorpel und schloß hier blind. Vom Magen aus reichte der untere Oesophagusteil bis zur Bifurkation und mündete hier. Es war also die Milch auf dem Wege durch die Stimmritze in das zwischen den beiden Bronchien gelegene Oesophagusende und von da in den Magen gelangt. Merkwürdigerweise war die Aspiration in geringen Grenzen geblieben. Bei zwei anderen Kindern wurde die Sektion verweigert. Doch ist eine Fehldiagnose durch sorgfältige Sondierung auszuschließen. Natürlich ist diese paradoxe Art der Magenfüllung nur bei der geschilderten, allerdings häufigsten Art der angeborenen Oesophagusatresie denkbar.“

(M. m. W. 1921 Nr. 57.)

Kasuistisches.

Zur Kasuistik der traumatischen Herzklappenzerreißungen. Von Dr. Günther Brandis (Aus dem Hamburg-Eppendorfer Krankenhaus). Es handelt sich um einen 50 Jahre alten Mann, der von Beruf Waldhornbläser ist. Bis zu seinem 30. Lebensjahr (1901) war er kerngesund, hatte nie über Herzbeschwerden geklagt, keinen Gelenkrheumatismus durchgemacht. Damals wurde er zu einer 14tägigen militärischen Uebung eingezogen und bei der vorangehenden ärztlichen Untersuchung für gesund befunden. 3 Tage vor Schluß der Uebung spürte er bei einem 100-m-Vorlauf mit vollem Gepäck plötzlich einen starken Ruck in der Herzgegend, „als wenn man einen Stock durchbräche“. Er wurde kurz darauf bewußtlos und erwachte erst wieder in der Kaserne, wohin ihn Kameraden gebracht hatten. 2 Tage später wurde er ins Lazarett aufgenommen, wo eine starke Verbreiterung des Herzens nach

rechts und links mit hebendem Spitzenstoß im 6. I.-R. festgestellt wurde. Klappengeräusche wurden nicht gehört. Einen Monat später ergab die Untersuchung, daß die Verbreiterung nach rechts zurückgegangen war, im übrigen war der Befund unverändert. Das abschließende militärärztliche Urteil lautete folgendermaßen: „C. leidet an einer akuten Herzerweiterung, beziehentlich Herzmuskelerkrankung (idiopathische Herzmuskelentartung), die sich in Herzklopfen, Kurzatmigkeit und Unregelmäßigkeit des Pulses und in zeitweise auftretenden stechenden Schmerzen am Herzen äußert. Die Behorchung läßt durch den Nachweis des Fehlens deutlicher Herzgeräusche die Anwesenheit eines Herzklappenfehlers ausschließen.“ Seitdem bezieht C. eine militärische Rente. Die häufigen militärärztlichen Nachuntersuchungen ergaben stets den gleichen Herzbefund, vor allem wurden nie Geräusche gehört. Nur einmal im Jahre 1903 wird in einem Privatattest ein leichtes Blasen an der Spitze angegeben. Auch die Beschwerden blieben die gleichen. C. mußte häufig seine Stellung wechseln, weil er den Anforderungen seines Berufes als Bläser durch plötzlich einsetzende Atemnot oder Herzklopfen nicht gewachsen war. Im August 1921 wurde er dem Eppendorfer Krankenhaus zur Begutachtung überwiesen. Hier wurde folgender Befund erhoben: Kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustande. Brustkorb symmetrisch. In der linken Mamillarlinie sieht man im 5. und 6. I.-R. die Herzpulsation angedeutet. Relative Herzdämpfung: Rechter Sternalrand, unterer Rand der 3. Rippe, 13 cm von Sternalmitte. Absolute Herzdämpfung: Linker Sternalrand, unterer Rand der 4. Rippe, 13 cm von Sternalmitte. Der Spitzenstoß ist im 6. I.-R. fühlbar, 4 cm breit, etwas hebend. Auskultatorisch hört man an der Spitze ein kurzes, kaum wahrnehmbares diastolisches Geräusch, das sich aber beim Aufrichten und besonders nach Muskelanstrengung verstärkt. Nur in diesem Zustand ist auch über der Aorta ein feines diastolisches Geräusch hörbar, in Ruhelage ist hier der 2. Ton rein, deutlich klappend. Der Puls ist groß und schnellend, an der linken Radialis sichtbar. An Stirn und Nagelbett ausgesprochener Kapillarpuls. Blutdruck R.R. 135/75. Röntgenbefund: Das Herz zeigt Aortenkonfiguration. Die Aorta ist kooperscherenförmig gebogen, im Hilus sind beiderseits dichte Schatten vorhanden, die sich in das Lungengewebe auffasern. Pulsation kräftig, auch in den Hilusschatten ist Pulsation wahrzunehmen, es handelt sich um Aorteninsuffizienz mit aneurysmatischer Vorbuchtung. Die ausgeprägten Schatten in den Hilusgegenden sind wahrscheinlich durch Stauungen im kleinen Kreislauf bedingt. Alle übrigen Organe zeigen normalen Befund. Die Wa.R. ist negativ. Der klinische Befund ergab hier in Uebereinstimmung mit dem Röntgen-

berichtet das Bild einer reinen Aorteninsuffizienz. Die starke Verbreiterung des Herzens nach links und unten, die fortgepflanzte Arterienpulsation, der Pulsus celer et altus, der Kapillarpuls sind charakteristisch. Auffallend ist nur das in Ruhelage ganz fehlende diastolische Geräusch über der Aorta. Solche Fälle sind aber in der Literatur mehrfach beschrieben. Das Stärkerwerden des Geräusches in aufrechter Stellung wird gerade bei Aorteninsuffizienz betont. Wenn man nach Maßgabe dieses Befundes auf die Anamnese zurückblickt, so gewinnt die Annahme an großer Wahrscheinlichkeit, daß es sich bei dem 1901 stattgehabten „Herzshock“ nicht um eine idiopathische Herzmuskelerkrankung, sondern um eine regelrechte Zerreißung der Aortenklappen gehandelt hat. Dafür spricht vor allem „der merkbare Ruck“, den C. in der Brust verspürte und von dem an sein Herzleiden datiert. Bei allen Angaben über Klappenzerreiungen wird dieser plötzliche Ruck betont. Der gleich nach dem Unfall erhobene klinische Befund hätte das typische Bild einer Aorteninsuffizienz ergeben, wenn ein diastolisches Geräusch gehört worden wäre. Bei Fehlen eines jeglichen Geräusches wurde so eine Klappenzerreiung von dem Begutachter anscheinend nie in den Bereich der Möglichkeit gezogen. Auch jetzt ist das diastolische Geräusch so leise und nur unter gewissen Bedingungen hörbar, daß man aber sehr wohl den Schluß wagen darf, es sei auch damals schon vorhanden gewesen und den Beobachtern vielleicht entgangen. Die Annahme, es habe sich auf Grund der damaligen idiopathischen Herzmuskelerkrankung irgendwann im Laufe der Jahre eine Aorteninsuffizienz herausgebildet, erscheint dagegen recht gesucht. Leider fehlen in den militärärztlichen Befunden meist die Angaben über die Art des Pulses und den Blutdruck, nur 1903 wird erwähnt, daß der Puls „stark gefüllt und sehr gespannt“ gewesen sei. Dies entspricht ganz unserm jetzigen Befunde. Alle andern Ursachen, die für eine Aorteninsuffizienz in Betracht kommen, wie Gelenkrheumatismus, Lues oder Arteriosklerose, können so gut wie sicher ausgeschlossen werden. C. hat nie über Gelenkschmerzen geklagt, für Lues ist gar kein Anhaltspunkt, die Wa.R. war 1919 und jetzt wieder negativ, auch spricht das in einem Zeitraum von 20 Jahren relativ stationäre Verhalten des Herzleidens ganz gegen luische Aetiologie. Ebenso hätte eine Arteriosklerose in dieser Zeit sicherlich eine Reihe andrer Symptome gezeigt. Besteht demnach die Annahme einer Klappenzerreiung tatsächlich zu Recht, so würde es sich hier um den sehr seltenen Fall handeln, wo durch reine Ueberanstrengung, nicht durch Stoß oder Erschütterung, eine Zerreißung der gesunden Aortenklappen erfolgt ist. Mitten im sehr anstrengenden Laufen, nicht beim Hinwerfen oder

irgendeiner abrupten Bewegung, spürte C. den „Ruck“. Daß diese Anstrengung über das Maß des Normalen hinausgegangen sein muß, erhellt auch daraus, daß der Hauptmann für diese Uebung einen Verweis von oben bekam, daß ferner ein anderer Soldat unter ähnlichen Erscheinungen erkrankte. Daß die Klappen vorher gesund waren, geht 1. aus der vorangegangenen ärztlichen Untersuchung, 2. aus der Tatsache hervor, daß C. niemals über irgendwelche Herzbeschwerden geklagt hatte.

(D. m. W. 1922 Nr. 7.)

Anaphylaktische Erscheinungen nach Sanarthrit. Von Dr. C. H. Lasch (Aus der Medizinischen Universitätsklinik Frankfurt a. M.). Es handelte sich um eine Patientin mit gonorrhöischer Arthritis des Fußgelenks, die versuchsweise mit Sanarthrit behandelt wurde. Die erste Injektion (2 ccm Stärke 1 intravenös) wurde gut vertragen. Man erhielt eine starke, aber keineswegs ungewöhnliche Reaktion. Temperaturanstieg bis 39,5, geringe Schmerzen in dem erkrankten Gelenk. Auf die 8 Tage später, nach völligem Abklingen der Temperatur vorgenommene erneute Injektion (1 ccm Stärke 2 intravenös) traten nun Erscheinungen auf, die nur als anaphylaktischer Shock zu deuten waren. Wenige Minuten nach der Injektion trat ein Kollaps ein. Anzeichen von Bronchostenose mit sehr erheblicher Atemnot und Zyanose, sehr frequenter, weicher, kaum fühlbarer Puls, Blutdrucksenkung von 135 auf 90, Temperatursteigerung auf 39,8. Diese bedrohlichen Erscheinungen gingen nach etwa 15—20 Minuten zurück, nachdem Analeptika gegeben worden waren, um einem starken Schüttelfrost Platz zu machen, der längere Zeit anhielt. 3 Stunden nach der Injektion wurde nur noch über allgemeine Schwäche geklagt. Ein objektiver Befund war nicht mehr zu erheben. (Klin. Wschr. 1922 Nr. 14.)

Toxikologisches.

Ein Fall von Polyneuritis arsenicosa. Von Dr. Alfred Cohn (Aus der Dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses). Anamnestisch war Arsengebrauch erwiesen. Im übrigen deckte sich der Befund vollkommen mit dem Krankheitsbild, das Heffter von der Arsenneuritis uns entwirft. Sie beginnt in der Regel mit starken sensiblen Störungen: heftige, verschieden lokalisierte Schmerzen, Parästhesien, Hyperästhesien. Diesich anschließende Lähmung ist symmetrisch und beginnt meist an den unteren Extremitäten. Rumpfmuskeln werden selten, Hals und Kopf nie befallen. Charakteristisch ist die bald einsetzende und rasch fortschreitende Atrophie der befallenen Muskeln. Auch die Haut bot Veränderungen, die wir nach Arsenvergiftungen zu sehen bekommen:

erst eine Erythro- und Keratodermie, später die Melanose. Verf. will noch auf ein Moment hinweisen, das für die Gefährlichkeit der Arsenmedikation von Wert ist, und dessen Erkenntnis die unheilvollen Folgen derselben einzuschränken oder gar zu verhüten vermag. Wir wissen, daß manche Menschen große Dosen Arsenik straflos zu sich zu nehmen vermögen, während andere bei kleinen Mengen bereits Vergiftungen von seiten des Magendarmkanals oder des Nervensystems erleiden; daß ferner nur einzelne Bewohner eines Zimmers mit giftigen Tapeten erkranken, während die anderen frei von jeder Krankheitserscheinung bleiben. Ganz die gleichen Beobachtungen machen wir bei der Salvarsanbehandlung, bei der ja noch größere Dosen Arsen dem Organismus zugeführt werden, und jede Störung von noch größerer Bedeutung infolgedessen wird. Ein wesentlicher Faktor für diese verschiedene Verträglichkeit ist die Nierenfunktion; Menschen, die zu Schrumpfnieren neigen, sind besonders gefährdet. Es ist Wechselsmanns Verdienst, durch seine Arbeiten uns die Bedeutung einer guten Nierenfunktion gegenüber so differenten Heilmitteln klargestellt zu haben. Auch in obigem Falle liegt eine Funktionsstörung der Niere vor, die durch den Wasserversuch festgestellt wurde. In der Literatur berichtet bereits Janowski über eine ganze Reihe von Fällen, „in welchen die medizinische Verwendung von Arsenik die Ursache von Neuritis wurde“.

Unter anderem bringt er eine sehr ähnliche Beobachtung zur Kenntnis, bei der infolge Psoriasis große Dosen Arsen — „Liquor Fowleri 6 mal täglich 3 Tropfen und von Tag zu Tag um 2 Tropfen vergrößern, so daß Patient in 6 Wochen die Dosis von 100! Tropfen täglich erreicht hat“ — verabreicht wurden, und die so zu einer allgemeinen Intoxikation geführt haben. Eigenartig ist der von Rosenthal berichtete Fall. Hier handelte es sich um einen Kollegen, der sich wegen eines Lichen ruber planus erhebliche Dosen Arsen zugeführt hat und Vergiftungserscheinungen von seiten der Haut und des Nervensystems aufwies. Aus der Mendelschen Klinik beschreibt J. Kron die Arsenlähmung eines jungen Mädchens, das auf Anraten seines Arztes gegen Kopfschmerzen Arsenikpillen nahm. In neuester Zeit veröffentlichten Benedek und Porsche einen Fall von Arsenvergiftung des Nervensystems nach Neosalvarsanbehandlung, ferner erwähnt Hamilton den Krankheitsfall einer jungen Frau, die wegen einer Psoriasis vulgaris 36 Jahre lang — und zwar jedes Jahr mindestens neun Monate lang — Liquor arsenicalis nahm. Als sie bereits typische Symptome einer Arsenikintoxikation aufwies, wurde ihr trotz mehrfachen Wechsels der behandelnden Ärzte immer wieder Arsen verordnet! Wie verlangsamt mitunter die Ausscheidung dieses

Mittels aus dem Körper vor sich geht, davon zeugen die Untersuchungen von Brünauer. B. fand bei einer Patientin, die 1 $\frac{1}{2}$ Jahre lang innerlich Fowlertropfen genommen hatte und bei der ein Jahr vor der Untersuchung Hauterscheinungen auftraten und somit die Arsenmedikation eingestellt wurde, noch beträchtliche Mengen Arsen im Urin. In der Haut fand sich Arsentrisulfid. (M. Kl. 1922 Nr. 12.)

Vergiftungsfälle mit Baryumpräparaten bei Röntgenuntersuchungen? Von Prof. Dr. Paul Krause (Aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Bonn). Das „chemisch reine Baryumsulfat für Röntgenzwecke“ ist nach wie vor ein sehr brauchbares, ungiftiges Kontrastmittel. Es ist wegen seiner Billigkeit mit Recht zur Zeit das am häufigsten angewandte. (Bismutum carbonicum kostet das Kilogramm gegen 700 Mark, Baryumsulfat [chemisch rein, von Merck bezogen] 11 Mark.) Dringend zu warnen ist vor unreinem Baryumsulfat, welches meist größere Mengen von löslichen Baryumsalzen enthält, besonders das schwer giftige Baryumkarbonat. Die Verordnung sollte erfolgen unter dem Namen „chemisch reines Baryumsulfat für Röntgenzwecke“ Merck. (D. m. W. 1922 Nr. 10.)

Therapeutisches.

a) Innere Krankheiten.

Um die Schwierigkeiten, die sich der **Kampfertherapie** bei **Pneumonien** entgegenstellten, sei es durch zu große Dosen, sei es durch häufigere Einspritzungen, die dann auch häufigere ärztliche Besuche nötig gemacht hätten, zu vermeiden, ist Dr. von Beesten (Scherfede) schon vor zirka 15 Jahren dazu übergegangen, Kampfer innerlich zu geben, aber nicht gepulvert, in Substanz, sondern in Emulsion, und zwar zusammen mit Rad. Ipecac., etwa nach folgendem Rezept:

Ol. camphor.	10,0
Gummi arab.	10,0
Sacch. alb.	30,0
Inf. rad. Ipecac. (e 1,0) ad	200,0
M. f. Emulsio	
D. S. Umschütteln!	
1—2 stündl. 1 Eßlöffel.	

Dabei hat Verf. sehr bald die Erfahrung gemacht, daß sowohl Kampfer wie Ipecacuanha viel besser vertragen wurden als jedes Mittel getrennt für sich, daß die lösende Wirkung der Ipecac. wesentlich gesteigert wurde durch den Kampferzusatz und da-

durch wieder die Kampfergaben nicht so sehr gesteigert zu werden brauchten. Diese Darreichung hat sich bewährt, sowohl um beginnende Pneumonien zu kupieren, wie um schwere, fast verzweifelte Fälle noch wieder zur Genesung zu bringen. Dabei ist die Darstellung eine einfache, wie bei jeder Arznei. Sie ist ferner nicht nur von Erwachsenen, sondern auch von kleinen Kindern (1 stündlich 1 Teelöffel) anstandslos vertragen, ja wird von letzteren besonders gut und gern genommen.

(Aerztl. Sachverstd.-Ztg. 1922 Nr. 2.)

Eisentherapie der Säuglingsanämien. Von Dr. H. von Schulthess (Aus der Universitäts-Kinderklinik Zürich). Bei den verschiedenen Anämien konnte Verf. feststellen, daß am besten auf Eisen reagierten die alimentären Milchanämien, die mit einer Frühgeburtenanämie kombiniert waren. Die rein alimentären Formen reagierten prompt, aber oft erst auf recht ansehnliche Dosen, wobei meist eine gleichzeitige weitgehende Milchreduktion nötig war. Ohne dieselbe stellte sich die Besserung bedeutend langsamer ein. Eine Anzahl Anämien heilte auch ohne Eisen, bloß durch alimentäre Therapie, bei den meisten aber waren die Reparationszeiten länger als bei gleichzeitiger Eisenverordnung. Anfänglich benutzte Verf. vorwiegend Ferrum oxydatum saccharatum und Ferrum lacticum, die beide gut ertragen wurden. Wegen des geringen Eisengehaltes, das erste enthält 3%, das zweite 20% reinen Eisens, sah er sich genötigt, bei hohen Dosen ein anderes eisenreiches Mittel zu verwenden, um nicht gar zu große Mengen verabreichen zu müssen. Er benutzte das von Naegeli empfohlene ferrum reductum, welches mit Saccharum lactis in Pulvern zu 0,05 g anstandslos genommen wurde. Irgendeine schädliche Wirkung konnte er selbst bei den kleinsten Frühgeburten nicht konstatieren, niemals hat er eine Magenstörung gesehen, kein Erbrechen, noch vermehrter Brechreiz stellten sich ein, wiederholt schien es, daß die obstipierende Wirkung des Eisens sich deutlich zeigte, wenn auch nicht alle sonstigen Faktoren sich ausschließen ließen. Die hohen Eisendosen hat Verf. nur bei denjenigen Formen angewandt, die auf kleine nicht reagierten. Stets hat er mit den niedrigen begonnen, die zwar recht beträchtlich sind; seitdem Verf. das Ferrum reductum verwendet, ist die kleinste Dosis 0,05 g (eine Blandsche Pille enthält 0,02 g Eisen) für einen Säugling immerhin eine ganz respektable Dose. Stellte sich keine Besserung ein, so stieg Verf. rasch an, bis er einen nennenswerten Erfolg erzielt hatte. An Hand der Zählungen und besonders der morphologischen Veränderungen läßt sich leicht die Höhe des Reizschwellenwertes feststellen, der von der Dosis

etwas überschritten werden soll. Für die Praxis wird man sich in der Regel mit Hämoglobinbestimmungen begnügen können. Ein weiterer Vorteil großer Dosen besteht noch in der oft wochenlangen Nachwirkung, die Verf. wiederholt beobachten konnte. In der Regel setzte Verf. von einem Tag auf den andern das Eisen aus, ohne je einen Nachteil gesehen zu haben.

(Schweiz. med. Wschr. 1922 Nr. 43.)

Novasurol als Diuretikum. Von Dr. Haggney (Aus dem St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin). 1. Das Novasurol hat sich als ein starkes diuretisches Mittel bewährt. 2. Die Art der Anwendung ist entweder intramuskulär oder intravenös. 3. Die Anzahl der Injektionen beträgt durchschnittlich 2 in der Woche. 4. Man beginnt am besten mit einer Injektion von 1 ccm und steigt bei guter Verträglichkeit auf 2 ccm. 5. Das Hauptanwendungsgebiet erstreckt sich auf alle Herzaffektionen z. B. Aorten-, Mitralinsuffizienz, Myodegeneratio cordis, die mit Stauungserscheinungen einhergehen. 6. Bei Nierenaffektionen, so vor allem bei allen Nephritiden, ist das Mittel nur mit Vorsicht anzuwenden. (M. Kl. 1922 Nr 2.)

Zuckertage bei kindlicher Nephritis empfiehlt Dr. E. Czapski (Universitäts-Kinderklinik Jena), d. h. eine Diätform, bei der durch 2—4 Tage lediglich eine nach dem Gewicht des Kindes zu bemessende Lösung von Rohrzucker in dünnem Malzkaffee gegeben wurde. „Die Zuckertage gaben wir meist an 2 (gelegentlich an 4) hintereinanderliegenden Tagen, sie wurden in Abständen von einer Woche wiederholt. Die Kinder erhielten dabei pro kg Körpergewicht 10 g = 40 Kal. in 1 l Malzkaffee gelöst, den sie in beliebiger Verteilung an einem Tage tranken, ohne jede Beikost. Wenn 4 Zuckertage hintereinander geschaltet wurden, waren 2—3 Äpfel oder Birnen an den beiden letzten Tagen gestattet. Die Kinder tranken den gezuckerten Kaffee nicht nur ohne jeden Widerwillen, sondern im ganzen sogar recht gern. Dyspeptische Störungen haben wir nicht beobachtet.“ „Die Diurese und die urämischen Erscheinungen, die durch Hunger- und Dursttage mit darauffolgendem Wasserstoß kaum beeinflusst wurden, besserten sich rasch nach den ersten Zuckertagen. Im späteren Verlaufe, der sich als ein chronischer gestaltete, zeigten die Zuckertage keinen nennenswerten Einfluß auf das Krankheitsbild. Wir wandten sie trotzdem an, um der Niere bei vollständiger Schonung die Möglichkeit zu geben, etwa zurückgehaltene Schlacken auszuscheiden. Mit dem letzten Satz ist unsere Stellungnahme zur Erklärung der Wirkungsweise der Zuckertage schon gegeben. Da

der Zucker im Organismus vollständig verbrannt wird, stellt die Zuckerauflösung in Flüssigkeiten an die Niere keine höhere Anforderung als die Flüssigkeit als solche; d. h. die Niere, der nur die Bewältigung der Wasserausscheidung zugemutet wird, findet Gelegenheit, den ihr verbleibenden funktionellen Fähigkeiten entsprechend die im Körper gestauten Mengen NaCl und N zu bewältigen, resp. ihre Ausscheidung in Angriff zu nehmen. Die „Zuckertage“ sind ein wirksames und bequem zu handhabendes Hilfsmittel in der Diätetik der akuten und chronischen Nephritiden, dessen Anwendung in der Praxis weitere Verbreitung verdient.“

(Klin. Wschr. 1922 Nr. 1.)

Die Behandlung der Reizblase mit Eukupinöl. Von San.-Rat Dr. C. Schneider in Bad Brückenau und München. Die Herstellung der Eukupinlösung geschieht so, daß man das entsprechende Quantum Oel zuerst auf etwa 40—50° erwärmt, dann unter Umschütteln langsam die der Oelmenge entsprechende Dosis Eukupin (Vereinigte Chininfabriken Zimmer & Co., Frankfurt a. M.) zugibt und dann das Oel auf offener Flamme so erhitzt, daß es kurze Zeit kocht. Die Temperatur soll etwas über 100° betragen, damit die Luftbläschen und evtl. anhaftenden Wasserteilchen von dem Eukupin vertrieben werden. Länger als 5 Minuten soll das Oel nicht kochen, auch nicht so stark soll es erhitzt werden, daß eine starke Bräunung eintritt. Man nimmt am besten Olivenöl, doch war man während des Krieges gezwungen, auch anderes Oel zu verwenden, man mußte dann aber darauf sehen, daß dieses keine reizenden Bestandteile enthielt, sonst war in der Wirkung kein Unterschied zu bemerken. Nach Erkalten ist das Oel verwendbar und braucht nicht jedesmal neu sterilisiert zu werden, das Oel hält sich, gut verschlossen, steril. Die Eukupinlösung kann nach dieser Vorschrift in jeder Apotheke hergestellt werden, doch hält auch die obengenannte Fabrik 1%ige Lösungen steril in Mengen von 50 und 100 ccm vorrätig, die direkt oder durch eine Apotheke bezogen werden können. Das Oel soll auch nicht aus der Vorratsflasche mit der Spritze entnommen werden, sondern das entsprechende Quantum ist in ein steriles Schälchen abzugießen. Auf Zusätze von Jodoform, Guajakol und ähnlichen Mitteln wurde nach anfänglichen Versuchen verzichtet, da nicht festgestellt werden konnte, daß dadurch eine besondere Heilwirkung zu erzielen war. Zum Schlusse sei auch noch auf die Anwendung des 1%igen Eukupinöles bei schwer zu sondierenden Urethralstenosen hingewiesen und zusammenfassend festgestellt, daß wir in dem 1%igen Eukupinöl ein Mittel besitzen, das geeignet ist, bei Reizblasen verschiedener Aetiologie den Reiz erheblich herabzusetzen, ja völlige

Heilung herbeizuführen. Eine Ausnahme bilden nur die Reizblasen auf rein nervöser Basis. (D. m. W. 1922 Nr. 7.)

Zur Verwendung von Hypophysenextrakt als Hertonium.
Von Dr. A. Pohl in Berlin. Die Indikation der Hypophysenextrakte wird der Praxis gewöhnlich nur auf geburtshilfliche und gynäkologische Fälle bezogen. Die Literatur darüber ist, auch wo es sich darum handelt, eine allgemeine Blutdrucksenkung mit diesen Mitteln zu behandeln, ausschließlich gynäkologisch. Verf. möchte nachstehend einen Fall von gänzlich anderer Verwendung mitteilen, weil die Möglichkeit gegeben scheint, lebensrettend mit diesem Präparat einzugreifen, wo andere Mittel versagen. Es handelte sich um eine 58jährige Frau, die im April 1911 an einem hoffnungslosen Rezidiv von Mammaskarzinom (Metastase am Oberschenkel) operiert war und die letzten Monate ohne besondere Komplikationen, aber mit der unvermeidlichen, fortschreitenden Kachexie in einer Klinik zubrachte. Pneumonie war nicht eingetreten. In der Nacht zum 31. Oktober wurde Verf. von den Ärzten der Klinik gerufen, mit der Mitteilung, daß es zu Ende gehe. Es bestand der Wunsch der Kollegen und der anwesenden Angehörigen, daß Verf. als Hausarzt hinzukäme; an irgendwelche Hilfe sei freilich nicht mehr zu denken. Die mit aller Sorgfalt gepflegte und behandelte Kranke hatte in den letzten Stunden bereits serienweise Koffein und zuletzt Kampfer bekommen, ohne Erfolg. Bei Verf. Eintreffen war die Patientin ohne Puls, Reflexe waren nicht hervorzurufen, die Atmung setzte aus, die Herztöne waren kaum hörbar. In diesem Falle hielt Verf. sich zu einem Versuch für berechtigt. Verf. injizierte um 3 Uhr nachts 1 ccm Pituitrin in die Interkostalmuskeln in der Richtung einer Interkostalvene. Nach ungefähr 30 Minuten stellten sich Puls und Atmung schwach, aber regelmäßig wieder ein, worauf Verf. nach einer weiteren $\frac{1}{2}$ Stunde noch 1 ccm injizierte. Während der folgenden Stunden beobachtete Verf. die Kranke genau. Der Erfolg war überraschend. Der Puls wurde kräftig, blieb 6 Stunden lang frequent (100—110), profuser, stundenlanges Schweiß trat ein. Zwischen 8 und 9 Uhr morgens kam die Kranke zum Bewußtsein. Puls und Schweiß blieben noch mehrere Stunden von gleicher Qualität. Die Patientin blieb hiernach ohne besondere Komplikationen noch fast 5 Wochen am Leben. Der nächste Fall, wo Verf. Hypophysenextrakt als Herztonikum anzuwenden Gelegenheit hatte, war eine Veronal-Morphiumintoxikation, zu der Verf. erst hinzukam, als bereits $2\frac{1}{2}$ Tage eine Schluckpneumonie (Temperatur dauernd über 40°) bestand. Hier blieb das Pituitrin ohne Erfolg. Ebenfalls erfolglos blieb es, angewendet am Todes-

tage einer 66jährigen Frau, die einer neun Wochen dauernden Lungenentzündung erlag, bei der die Sektion u. a. schwere Arteriosklerose mit einer seidenpapierdünnen, zehnpfennigstückgroßen Stelle am linken Ventrikel, an der Spitze der Koronararterie gelegen, welche nach kurzem Weiterleben zur Herzruptur geführt hätte, ergab. Solche Fälle muß man aber natürlich nicht auswählen. — Kürzlich behandelte Verf. eine Studentin, die nach überstandener Grippe, verbunden mit hochgradiger Ueberarbeitung, an einer quälenden, depressiven Herzangst litt und hiergegen in einer Anstalt Koffeintabletten und Validol ohne jede Erleichterung bekommen hatte. Verf. injizierte $\frac{1}{2}$ ccm Pituglandol. Diese einmalige Gabe reichte aus, um die Erscheinungen vollkommen und ohne andere Mittel zu beseitigen. Bei einem zweiten Versuche, mehrere Monate später, war die Wirkung ebenso günstig, bei einem dritten Versuche, weitere 6 Wochen später, blieb sie aus. Ein weiterer Fall betrifft ein 26jähriges Mädchen mit leichtem, kaum nachweisbarem Spitzenkatarrh (Tuberkulinprobe, Röntgenbefund, Blutbefund) mit vielfachen hysterischen Symptomen, deren hervorstechendstes in einer ausgebreiteten Anästhesie und Reflexlosigkeit sowie in derjenigen Erscheinung besteht, welche sie seit 2 Jahren in die verschiedensten ärztlichen Behandlungen geführt hat, nämlich eine durch nichts zu bekämpfende Ermüdung und Schwäche, der auch durch mehrfache, monatelange Unterbrechung der Arbeit mit Landaufenthalt und Ernährungskuren nicht beizukommen war. Die Patientin ist in gutem Ernährungszustand, von normaler Muskelkraft und befindet sich seit 4 Monaten unter besonders genauer Kontrolle. Seit 8 Wochen bekommt sie 3—4mal in der Woche $\frac{1}{2}$, seit 3 Wochen 1 ccm Pituglandol morgens subkutan ohne anderweitige Medikation außer einigen wenigen Bromgaben des Abends. Seitdem versieht sie ihren Dienst, während sie vorher in jeder Woche ein oder mehrere Male zu Hause blieb. Sie fühlt sich vorläufig frisch und guter Stimmung. Eine besondere Veränderung am Puls konnte Verf. nicht feststellen. Seine persönlich suggestive Wirkung auf die Kranke muß er in diesem Fall als gering bezeichnen, so daß er sich des Eindrucks einer reinen pharmakologischen Wirkung, die weitere Nachprüfung verdient, nicht erwehren kann. Ob das Pituglandol usw. dieselbe Wirkung als Herztonikum bei Männern erzielen kann, hat Verf. nicht festgestellt, dagegen braucht er es bei Männern in Fällen von Urtikaria ohne toxische Ursache, wober er ein andermal zu berichten gedenkt.

(D. m. W. 1921 Nr. 39.)

Zur Technik der parenteralen Chinintherapie. Von Dr. E. Friedberg. Chin. muriat. wird in 10proz. Lösung intramus-

kulär (Glutealmuskulatur) injiziert, die schlechte Löslichkeit des Chininsalzes durch Urethanzusatz gebessert. Das Rezept der zu benutzenden Lösung ist demnach: Chin. muriat. 1,0; Urethan 0,5; Aquae dest. 10,0. Konzentriertere Lösungen sind wegen Nekrosegefahr zu vermeiden. Aber auch die obengenannte Lösung muß vor der Injektion ausgiebig erwärmt werden, schon ein geringer Niederschlag von Chininkristallen ist geeignet, infolge Berührung der Gewebe mit konzentrierterem Chinin Nekrosen hervorzurufen. Ein derartiges schädliches Ausfallen von Chininkristallen hat Verf. verschiedentlich nach Durchspritzen der zur Injektion benutzten Rekordspritze mit Alkohol oder Aether in der Spritze selbst beobachtet. Hier genügt also die durch diese Desinfizientien bedingte Abkühlung der Rekordspritze zum teilweisen Ausfall der Lösung. Würde dagegen erwärmter Alkohol benutzt, blieb das Chininsalz vollkommen in Lösung. Seitdem in der Freiburger Universitätsklinik sorgfältig darauf geachtet wird, nur eine ausgiebig erwärmte Lösung in erwärmter Rekordspritze zu injizieren, hatte man unter 712 intramuskulären Injektionen keine einzige Chininnekrose. Verf. glaubt, daß die in der Literatur erwähnten Chininnekrosen, welche die parenterale Chinintherapie diskreditiert haben, zum großen Teil auf eine Verwendung von konzentrierteren Lösungen oder auf ein Ausfallen der verdünnten Chininlösung durch Abkühlung in der Rekordspritze zu beziehen sind. Die Dosierung im Kindesalter bei der Behandlung der Bronchopneumonien war folgende: Von 0—1. Jahr 1—1,5 ccm der obengenannten Lösung; von 2.—5. Jahr 1,5—2,5 ccm, von 6.—13. Jahr 2,5—4 ccm. Die Einspritzungen wurden nicht häufiger als täglich einmal vorgenommen, ihre Anzahl schwankte im allgemeinen zwischen 1 bis 4 Injektionen. (Kl. Wschr. 1922 Nr. 14.)

Morbus Basedowii und Jodtherapie. Von Prof. A. Loewy und Priv.-Doz. Dr. Hermann Zondek (Aus der I. Medizinischen Universitäts-Klinik der Charité in Berlin). Verff. konnten in Uebereinstimmung mit Neißer zeigen, daß Jodkali in Dosen von wenigen Milligrammen imstande ist, bei Basedowkranken das subjektive Befinden und den Ernährungszustand wesentlich zu bessern. Als Ursache für letzteres konnten sie die Einschränkung des pathologisch gesteigerten Umsatzes bis in die Grenzen der normalen Werte feststellen. Die Abnahme des Gaswechsels betrug in 3 Fällen 18,9 bzw. 28,8 bzw. 29,5 % der vor Einsetzen der Therapie nachgewiesenen Umsatzwerte. Ausschlaggebend für den Erfolg ist die Dosierung. Man beginne mit 3 mal täglich 3 Tropfen einer 5 % igen Jodkalilösung (d. h. 2,5 mg pro dosi), beobachte mit der Waage genau das Körpergewicht und steige mit den Dosen so lange, wie

die Gewichtszunahme fort dauert. Die obere Toleranzgrenze wechselt individuell und kann schon bei etwa 3 mal täglich 20 Tropfen pro die (d. h. bei 0,15 g Jodkali) erreicht sein. Dann beginnt das Körpergewicht wieder zu sinken, das subjektive Befinden sich zu verschlechtern, und die Joddosis muß verringert bzw. die Jodzufuhr für einige Zeit ausgesetzt werden. (D. m. W. 1921 Nr. 46.)

„Novalgin“, ein neues Antipyretikum und Analgetikum.
 Von Dr. Aloys Auer (Aus der Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhauses in Karlsruhe i. B.). „Zusammenfassend möchte ich berichten: ‚Novalgin‘ Höchst hat sich bei allen fieberhaften Erkrankungen als ausgezeichnetes Antipyretikum bewährt. In Gaben von 0,1—1,0 g bewirkt es eine schonende, lytische und prompte Entfieberung. Es kann bei Kindern wie bei Erwachsenen jeglicher Konstitution angewendet werden. Als Dosierung ist für die orale Applikation 6—10 mal täglich 0,1—0,2 g oder 3 mal 0,5 g, für die parenterale Applikation 0,25—2 g täglich zu empfehlen. Um eine anhaltende Entfieberung und eine sichere analgetische Wirkung zu erzielen, ist die intravenöse Darreichung jeder anderen vorzuziehen. Eine Schädigung oder unangenehme Nebenwirkung auf Herz, Blutgefäßsystem, Magen-Darmtrakt, Nieren oder sonstige Störungen, wie Exanthem, wurden nie beobachtet. Im Subkutangewebe ruft die sterile 50 % ige Lösung keine Reizungen oder Infiltrate hervor. ‚Novalgin‘ ist ein Spezifikum gegen akute und chronische Polyarthritiden ohne Berücksichtigung etwa vorhandener Herzkomplicationen, wobei neben der entfiebernden Wirkung die analgetische Wirkung stark betont ist; ebenso günstig ist seine analgetische Wirkung bei Ischias und Muskelrheumatismus.“
 (D. m. W. 1922 Nr. 3.)

Ueber ein neues Antineuralgikum „Veramon“. Von Dr. E. A. Martin, Nervenarzt in Potsdam. „Ich habe Veramon seit über einem Jahre an mir selbst und in zahlreichen Fällen meiner Praxis gegen Schmerzen aus den verschiedensten Ursachen versucht. Der Erfolg war im allgemeinen recht gut. Die schmerzstillende Wirkung trat nach 10—20 Minuten auf und hielt 4 bis 10 Stunden an. Für gewöhnlich genügten 2 Tabletten oder 0,4, nur bei sehr heftigen Schmerzen mußten 3, oder 2 mal 2 Tabletten mit einer halben Stunde Zwischenraum gegeben werden. Das Mittel wurde gut vertragen, auch in den stärkeren Dosen, und irgendwelche unangenehmen Nebenerscheinungen traten auch bei längerem Gebrauch nicht auf, weder von seiten des Magens, noch des Herzens usw. Auch die hypnotische Wirkung war bei den gewöhnlichen Dosen von 0,4 nur sehr gering und die Arbeits-

fähigkeit nicht beeinträchtigend, während sie bei den stärkeren Dosen das Einschlafen nach Milderung des Schmerzes beschleunigte. Dieses völlige Fehlen von Nebenerscheinungen habe ich bei mir selbst beobachtet und ist mir auch von allen Patienten ohne Ausnahme bestätigt worden. In der Wirkung schien mir Veramon gleichgroßen Dosen anderer Analgetika, wie Phenazetin, Pyramidon, Trigemim usw., überlegen zu sein und nur von den narkotischen, der Morphingruppe angehörenden übertroffen zu werden. Anzeichen von Gewöhnung habe ich nicht beobachten können, was ja auch bei der Zusammensetzung des Mittels nicht wahrscheinlich ist; doch habe ich es nur in einem Falle über Monate gegeben, so daß ich darüber nicht abschließend urteilen kann. Im besonderen habe ich Veramon angewandt:

1. Bei allen Arten von Kopfschmerzen, selbst bei Tumorschmerzen, mit recht gutem Erfolg.

2. Bei neuralgischen und neuritischen Schmerzen, Ischias, Trigemimus-, Okzipitalneuralgie usw. Nur in den schwersten Fällen, in denen auch alle anderen Antineuralgika nicht wirkten und nur Morphium Linderung brachte, hat es versagt, sonst prompt und sicher die Schmerzen beseitigt.

3. Bei heftigen Zahnschmerzen infolge von Periostitis tat es mir ausgezeichnete Dienste. Auf 0,4 verschwanden die Schmerzen jedesmal, und die Nacht konnte durchgeschlafen werden.

4. Auffallend war die Wirkung in einem Fall von Tabes mit sehr heftigen neuralgischen Krisen, in denen alle anderen Analgetika wirkungslos blieben und nur Morphium, 0,02, Befreiung brachte. Hier hob 0,6 Veramon die Schmerzen fast völlig auf oder machte sie doch so schwach und dumpf, daß der Zustand durchaus erträglich wurde und Morphium nicht mehr gegeben zu werden brauchte.

5. Auch bei heftigen Schmerzen im Gebiet der hinteren Wurzeln der unteren Brust- und oberen Lendensegmente infolge eines Rückenmarkstumors hatte es genügenden Erfolg, so daß Morphium nur noch ausnahmsweise zur Anwendung kam.

Nach meinen Erfahrungen halte ich Veramon für ein sehr gutes und brauchbares Antineuralgikum, das eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes darstellt.“

(D. m. W. 1921 Nr. 52.)

b) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Die Behandlung der Hyperidrosis (Handteller, Fußsohlen, Achselhöhlen). Von Prof. Dr. Max Joseph in Berlin. Bei der Hyperidrosis milderer Form läßt Verf. 2 mal täglich einpinseln mit

5%iger Chromsäurelösung oder 1%iger wäßriger Tanninlösung oder einer Mischung von Tannin, Glycerin ana 40,0, Tinct. jodi 20,0 oder von Acidi trichloracetici, Balsam. peruvian. ana 1,0, Acid. formicici 3,0, Chloralhydrat. 5,0, Spirit. ad 100,0. Nachts läßt er ein Pulver einstreuen von Acid. salicyl. 5,0, Acid. boric., Acid. tartaric. ana 10,0, Zinci oxyd., Talc. praepar. ana 40,0 oder verwendet Tannoform. Bei den mittelstarken Formen bewährt sich 2mal tägliches Waschen mit dem Liquor antihidrorrhoicus Brandau oder 2mal tägliches Einreiben mit 10%igem Formalinspiritus. Verf. steigert denselben bis auf 20, 30, 40 und sogar 50%, während er nachts die obigen Puder einstreuen läßt. Sollte aber hierdurch eine Reizung erfolgen, welche auf Einfettungen mit Borvaseline oder Zinkpaste sich nicht zurückbildet, so benutzt Verf. eine mildere wäßrige Formalinlösung mit Zusatz von Soda (Formalin 2,0, Natr. carbon. 2,5, Aqu. dest. ad 100,0). In den schwersten Fällen aber bedient er sich der Röntgenbestrahlungen. Er folgt hierbei den Vorschriften Wetterers, welcher die Hyperidrosis für die Radiotherapie geradezu als eine Indicatio primae classis gelten läßt. Da jedoch die Radiosensibilität der Schweißdrüsen nicht viel höher ist als die der sie bedeckenden Gewebsschichten, so ist eine Aufhebung der Drüsenfunktion nicht ohne eine leichte Schädigung der Haut zu erreichen. Diese besteht in einer Rauigkeit und Trockenheit der Haut mit geringen atrophischen Veränderungen. Man verwendet große Dosen hochfiltrierter Strahlen, welche eventuell in Abständen von 6—8 Wochen mehrmals wiederholt werden müssen. (D. m. W. 1922 Nr. 17.)

Intravenöse Kieselsäuretherapie bei Pruritus senilis. Von Prof. Dr. Friedrich Luithlen, Wien. Verf. injizierte jeden 2.—3. Tag anfangs 0,5 cm³, dann 1—2 cm³ der 1%igen Lösung von Natrium silicicum purissimum Merck. Man hat von der Behandlung keine Unannehmlichkeiten zu befürchten, die Injektion muß nur tadellos in die Vene gemacht werden, es darf kein Tropfen in das Gewebe kommen. Verf. hat in den letzten drei Monaten einige Fälle von Pruritus senilis mit auffallend gutem Erfolge behandelt. Bereits nach den ersten Einspritzungen besserte sich oder schwand das Jucken. Bisher genügte 6 Injektionen. (W. kl. W. 1922 Nr. 17.)

Hirschhornsalz und Erythema nodosum. Von Robert Ammann, Aarau. Verf. verschreibt

Rp. Ammonii carbonici 5,0
Aquae ad 100,0

M. d. S. Alle 2 Stunden einen Kaffeelöffel zu nehmen in einem Viertelglas Wasser.

Starke Lösung reizt den Magen, verdünnte wird immer ohne Nebenwirkung vertragen. Die Wirkung war immer überraschend: Fieberabfall, rasches Verschwinden des starken Krankheitsgefühls und Vermehrung der Eblust, Verschwinden der Schmerzen, kein Aufschießen von neuen Knoten mehr. Dementsprechend wurde der Krankheitsverlauf, der sich meist über mehrere Wochen erstreckt, infolge immer neuer Schübe stark abgekürzt.

(Schweiz. m. Wschr. 1922 Nr. 10.)

Achselhöhlenfurunkulose. Von L. Heidenhain (Aus der chirurg. Abteilung des städt. Krankenhauses zu Worms). „Wir haben in den letzten 6 Jahren jede Achselfurunkulose, auch schwere, auf Röntgenbestrahlung abheilen sehen. Nur darf man nicht überdosieren. Ein knappes Drittel der Hautdosis, gefiltert durch 3 mm Al, in einem großen Felde gegeben, reicht aus. Abszesse, welche bei Uebernahme der Behandlung bestehen, müssen eröffnet werden. Weiterhin genügt einfache Reinhaltung der Haut und ein nicht scheuernder Verband, am besten ein Stückchen Verbandstoff, das lose im Hemd liegt. Nach Ablauf einer Woche ist die Furunkulose meist fast abgeheilt. Wir geben dann die gleiche Dosis nochmals, haben immer Heilung und nie Rückfälle gesehen“.

(Zbl. f. Chir. 1921 Nr. 50.)

Gotthardt sprach über die **Behandlung von Röntgenschäden**. An der Hand von 3 Fällen von Röntgengeschwüren (2 an weiblichen Genitalien und Damm und 1 an Hals und Unterkiefer) berichtete er über deren Heilung durch Radium und Quarzlampe. Radiogenschlamm und Radium in Substanz, gut gefiltert, erwiesen sich als sehr günstige Heilfaktoren, auch was die Restitutio ad integrum betraf. Im 3. Falle zeigte auch Pellidolsalbe ihre spezifische Wirkung. Die Geschwüre waren sehr tief, mit vollständig zerstörtem Grund. Gotthardt erkannte an, daß die beste Therapie für Röntgengeschwüre die operative (im Gesunden der Breite und Tiefe nach!) sei, daß es aber Fälle gebe, die wegen ihrer ungünstigen Lokalisation für die konservierende Therapie ausschließlich in Betracht kämen.

Diesem allgemeinen Standpunkt Gotthardts schloß sich in der Besprechung auch v. Zumbusch an.

Gilmer berichtete über 15 durch operative Behandlung vollständig geheilte, nicht nur überhäutete Fälle. (Heilungsdauer bis zu 2 Jahren.) (Aerztl. Verein München 27. IV. 1921.)

Die erfolgreiche Behandlung eines Falles von Gonokokken-sepsis mit Meningokokkenserum. Von Prof. Dr. Julius Citron (Aus der II. Medizinischen Universitätsklinik der Charité in Berlin).

Der Fall ist zunächst diagnostisch insofern bemerkenswert, als er in eindringlicher Weise die Bedeutung der bakteriologischen Blutuntersuchung bei allen septischen Prozessen beweist. Trotzdem der Beginn mit Halsschmerzen und dem typischen klinischen Bild einer akuten rheumatischen Polyarthrits die ausbrechende Sepsis als ziemlich sichere Streptokokkeninfektion betrachten lassen mußte, klärte die Blutuntersuchung doch den Fall als Gonokokkensepsis auf. Die richtige Diagnose aber führte erst zu einer zweckmäßigen Therapie. Die Fälle von Gonokokkensepsis sind durchaus nicht selten, wie die Zusammenstellung von Massini lehrt. Da die urethritischen Zeichen bei Beginn der fieberhaften Erkrankung sehr oft, ebenso wie in dem vorliegenden Fall, verschwinden und die Ablegnung einer gonorrhoeischen Infektion mala und bona fide nicht selten ist, wird man wohl annehmen dürfen, daß die Zahl der nicht erkannten Fälle von Gonokokkensepsis nicht unbeträchtlich ist. Noch häufiger freilich ist das verkannte Gonokokkenrheumatoid, wenn es nicht mono-, sondern polyartikulär auftritt. Besonders verdächtig sind Verf. in dieser Hinsicht stets die Fälle von akutem Gelenkrheumatismus, die ebenso wie dieser hier auf große Gaben von Salizyl, gleich im Anfang gegeben, nicht prompt reagieren. Wenn ein solcher „Rheumatismus“ trotz 6—8 g eines starken Salizylpräparates, wie Acid. salicyl., Natr. salicyl., Diplosal usw., weiter fiebert und neue Gelenkschwellungen bekommt, dann ist das kein gewöhnlicher Gelenkrheumatismus, sondern es steckt etwas Besonderes dahinter: Gonorrhoe, Lues, Sepsis usw. Verf. Auffassung des Falles als eines solchen von Streptokokkensepsis wurde durch den Umstand erschüttert, daß sich das Eukupin als vollständig wirkungslos erwies. Verf. hat sonst in allen Fällen von Streptokokken- und Pneumokokkenallgemeininfektion, mit Ausnahme der Fälle von Endocarditis lenta, vom Eukupin sehr gute Resultate gesehen und hat in mehreren schweren Fällen von Sepsis dieser Art sogar völlige Heilung beobachtet, besonders wenn es gleichzeitig gelang, den primären Herd zu beseitigen. Hier aber traten unter der Eukupinbehandlung neue Schübe und neue Schüttelfröste auf. Das Versagen des Eukupins war der Anlaß, die solange versäumte Blutuntersuchung auszuführen. Nachdem die Gonokokkensepsis festgestellt war, trat die Frage nach der Behandlung erneut heran. Eine Arthigonbehandlung schied aus, da Verf. von der Verabreichung von Vakzins bei akuten septischen Zuständen bisher nie etwas Gutes gesehen hat. Da bei jeder Sepsis die Ausschaltung des Primärherdes die wichtigste therapeutische Aufgabe darstellt, wurde hier trotz Fehlens aller Lokalerscheinungen eine systematische Behandlung des Urogenitalapparates begonnen: tägliche Blasen-

spülungen und gleichzeitig Saloldarreicherung. Außerdem erhielt der Kranke Jodkollargoleinspritzungen intravenös, um die im Blute kreisenden Gonokokken und die eventuell schon bestehenden Kokkenmetastasen zu treffen. Allein auch diese Therapie erwies sich als ganz erfolglos. Jetzt wurde die Serumtherapie als letzte Möglichkeit erwogen. Der Erfolg war geradezu verblüffend. Schon die Injektion der ersten 50 ccm Serum hatte alle Krankheitsercheinungen beseitigt, die Wiederholung erfolgte nur zur Sicherung des Resultates. Natürlich wird jetzt von Skeptikern behauptet werden, es handele sich hier nicht um eine spezifische Wirkung, sondern um einen Effekt der Proteinkörpertherapie. Verf. kann sich dieser Auffassung hier nicht anschließen, da die Jodkollargoleinspritzungen in der Wirkung den Proteinkörperinjektionen zu entsprechen pflegen und diese hier ganz wirkungslos geblieben waren. Ueber die Verwendung von Meningokokkenserum zur Behandlung von Gonokokkensepsis oder auch nur Gonokokkenarthritis hat Verf. in der deutschen Literatur nichts gefunden. Dagegen sind zwei Mitteilungen französischer Beobachter bekannt. So gibt Le Masson an, daß er bei akuten gonorrhöischen Erkrankungen der inneren weiblichen Genitalien durch zweimalige Injektion von Flexnerschen Meningokokkenserum gute Erfolge hatte. Barbe berichtet über 5 Fälle von gonorrhöischem Gelenkrheumatismus, denen er am 1. Tag 20—30 ccm, am 2. Tag 20 ccm Dopterschen Meningokokkenserums gab. In allen 5 Fällen trat ein guter und schneller Erfolg ein. Verf. eigene Beobachtung und die Erfahrungen von Barbe berechtigen dazu, in allen einschlägigen Fällen von Gonokokkenallgemeininfektion die Meningokokkenserumtherapie zu versuchen.

(D. m. W. 1921 Nr. 31.)

Die Therapie der Epididymitis und Funiculitis gonorrhöica durch den Praktiker. Dr. H. Reinhard-Eichelbaum, Berlin. Zunächst ist Ruhigstellung des Hodens und Hochlagerung das erste Erfordernis. Nach Wappolsterung wird ein gutsitzendes Suspensorium mit Penisklappe straff angezogen. Wenn Bettruhe nicht möglich ist, wird jede Bewegung auf ein Minimum reduziert. Von dem früher vielfach geübten Heftpflasterverband nehme man Abstand. Auch trete man von jeder äußeren Therapie und Injektion in die Harnröhre zurück und beginne sofort mit der intravenösen Arthigoninjektion. Am ersten Tage verabfolge man von dem schwächeren Scheringschen Arthigon intravenös 0,2 auf 1,0 mit Aq. dest. verdünnt. Gewöhnlich tritt danach in 8—10 Stunden eine Fieberattacke auf, nach deren Abklingen schon eine erhebliche Besserung eingetreten ist. Tritt kein Fieber ein, so gebe man unbesorgt schon am nächsten Tage 0,4 Arthigon intra-

venös, sonst erst am übernächsten Tage. Häufig sind die Folgen der zweiten Injektion Mattigkeit und Kopfschmerz, die aber in einem Tage weichen. Dann schreite man, je nach dem örtlichen und allgemeinen Befunde, am vierten oder sechsten Tage zur dritten Injektion von 0,6. Nach dieser besteht in vielen Fällen noch ein Tumor des Nebenhodens, der aber weder druckempfindlich noch schmerzhaft ist. Bestehen dagegen noch stärkere Beschwerden, so verabfolge man noch weitere Arthigoninjektionen, überschreite aber nicht die Dose von 0,6 und die Gesamtzahl von 6—7. Danach ist gewöhnlich vollkommene Besserung eingetreten. Innerlich gebe man, als ein vorzügliches Resorbens, folgende Medizin, die auch Rezidive verhindert, bis zu sechs Flaschen.

Rp. Extr. bellad. 0,2
 Natr. jodat.
 Natr. salicyl. aa 10,0
 Aq. dest. ad 200,0.
 D.S. 3—4 mal tgl. 1 Eßlöffel.

Die mitgeteilte, sofort eingeleitete Arthigontherapie hält Verf. für gefahrlos. Außer in einem Falle festgestellten und hohen Fieber und Schüttelfrost nach der ersten Injektion hat er bei zahlreichen Fällen nie eine unangenehme Nebenwirkung gesehen! Auch hält er die Gefahr der Provokation einer latenten Epididymitis der anderen Seite, wie häufig angenommen wird, für gegenstandslos, zumal er noch keine derartige Erscheinung zu beobachten Gelegenheit hatte. Nach derartiger Behandlung heilt die Mehrzahl aller gonorrhöischen Epididymitiden innerhalb kurzer Zeit (4—14 Tagen) ab; mitunter bleibt noch eine schmerzlose Nebenhodenschwiele zurück, die aber keiner weiteren Behandlung bedarf. Beachtet man, daß bei interner Therapie die Heilung mindestens 6 Wochen beansprucht, so stellt diese Behandlungsart einen Fortschritt dar. Immerhin bleiben auch bei dieser Therapie in 3—4 % Mißerfolge. Diese Fälle sind gewöhnlich noch mit einer Funiculitis, Spermatozystitis oder Prostatitis kompliziert. Bei diesen tritt häufig nach Aufhören der Arthigonmedikation ein Rezidiv auf. Nach einigen erfolglosen Versuchen mit Caseosan, das zwar — intramuskulär oder intravenös verabreicht — stets eine örtliche Reaktion und vorübergehende Besserung auslöste, erwies sich folgender Behandlungsmodus erfolgreich, den Verf. an einem Fall schildern will. Bei einem Patienten mit hartnäckig rezidivierender Epididymitis und Funiculitis wurde nach erfolgter Arthigonkur das ganze Skrotum mit Ichthyol. pur. eingepinselt, dicht mit Watte belegt und ein fester Heftpflasterverband, der gleichzeitig eine geringe Stauung ausübte, angelegt. Gleichzeitig verabreichte Verf. an zwei

aufeinanderfolgenden Tagen je 2 ccm Terpichin intramuskulär. Der Erfolg war überraschend. Nach der Abnahme des Verbandes am dritten Tage schälte sich die Haut des Scrotums unter der Einwirkung des Ichthyols. Der Nebenhoden war normal, die Schwellung des Samenstranges zurückgegangen. Bei prophylaktischer weiterer interner Medikation zeigte sich kein weiteres Rezidiv. Die in etwa 50 % restierende Hodenschwiele resorbiert sich in den meisten Fällen im Verlauf von Monaten von selbst. Da man aber mitunter noch nach Jahren den gewesenen Gonorrhöiker an der Nebenhodenschwiele erkennt, behandelte Verf. auf Wunsch einige Fälle mit Fibrolysin teils intramuskulär, teils intravenös. Er glaubt, daß durch den Gebrauch dieses Mittels eine Beschleunigung in der Resorption der Schwiele eintritt. (M. Kl. 1922 Nr. 7.)

c) Gynäkologie und Geburtshilfe.

Ueber Myom-Therapie. Von Prof. L. Blumreich in Berlin. „Die Wahl der Therapie beim Uterusmyom stellt an den Praktiker sehr große Anforderungen sowohl in bezug auf das diagnostische Können, wie auch hinsichtlich der therapeutischen Erwägungen. Drei Fragen muß man sich vorlegen:

I. Handelt es sich um ein reines Myom, oder besteht irgendeine wesentliche Veränderung, wie Nekrose, Vereiterung und Verjauchung des Tumors, sarkomatöse Entartung? Oder hat sich etwa neben dem Myom ein Korpuskarzinom oder -sarkom unabhängig von ihm im Uterus entwickelt? — Vorgänge, die nicht selten sind, sondern in 5 % aller Myome eintreten.

II. Liegt bei ‚reinem Myom‘ überhaupt eine Behandlungsbedürftigkeit vor?

III. Wenn ja, welche Behandlungsform ist auf Grund der Grenzlinien zwischen symptomatischer, Strahlen- und operativer Therapie im betreffenden Falle angezeigt?

Ad I. a) Myomnekrosen treten besonders im Anschluß an Geburten oder Aborte auf. Neben den oft erheblichen unregelmäßigen Blutungen weisen auf ausgedehnte Nekrosen Allgemeinsymptome hin, die als Autointoxikation gedeutet werden können: Schwindel, Kopfschmerz, Schwächegefühl, gelbe Gesichtsfarbe.

b) Aeüßerst übelriechender, oft stinkender Ausfluß, Temperatur- und Pulssteigerung, mitunter Schüttelfröste sprechen für Vereiterung bzw. Verjauchung des Myoms.

c) An Karzinomentwicklung muß man denken, wenn die bis dahin, wenn auch profusen und protahierten, so doch durchaus in regelmäßigem Typus aufgetretenen Blutungen unregelmäßig werden. Hier muß unter allen Umständen zur Klärung des Falles eine Probeabrasio vorgenommen werden. Zeigt sich bei der mikro-

skopischen Untersuchung der ausgeschabten Massen nichts von maligner Entartung, so ist dringend zu empfehlen, an die Abrasio eine Probeaustastung anzuschließen und dabei verdächtig erscheinende Stellen oder solche Partien, zu denen der Schablöffel ohne Leitung des Fingers nicht gelangen konnte, abermals zu kürettieren. Wo die Sondierung vor der Probeabrasio eine nicht ganz gleichmäßig gestaltete Höhle ergibt, verbindet man zweckmäßig stets die Austastung mit der Ausschabung, da dieses Verfahren viel sicherer ist als die Ausschabung allein. (Die Zervix wird durch zweimaliges Einlegen von Laminariastiften in Abständen von 24 Stunden und gleichzeitige Dilatation mit Metallstiften für den Finger durchgängig gemacht. Sterile Laminariastifte sind im Handel erhältlich. Selbstverständlich ist strenge Asepsis.) Erst wenn bei irregulären Blutungen das Resultat der Ausschabung und Austastung zusammen die Existenz einer malignen Neubildung ausschließen lassen, darf man reines Myom annehmen.

d) Rasches Wachstum, besonders nach Zessieren der Menses, Wiederauftreten von Blutungen in der Menopause, spricht für Sarkomentwicklung. (Leider aber gibt es auch Fälle, in denen ein Wandsarkom sich ohne jedes klinische Merkmal heranbildet.)

Alle diese Fälle müssen einstweilen noch ausnahmslos und schnellstens dem Messer zugeführt werden.

Ad II. Bei Fortfall der geschilderten Symtome ist zunächst zu betonen, daß etwa 25—40% der Myompatienten überhaupt keiner Behandlung bedürfen, weil sie keine typischen Beschwerden aufweisen, wie Schmerzen, Blutungen, Druckerscheinungen auf die Nachbarorgane oder Folgezustände am Herzen. Neuere Untersuchungen machen es wahrscheinlich, daß schwerere Herzerscheinungen nicht nur als Folge schwerster Blutungen, sondern auch ohne solche bei großen Myomen auftreten können. Bei sensiblen Patienten tut man gut, das Vorhandensein solcher symptomloser Myome nur den Angehörigen, um sich zu decken, nicht aber der Kranken selbst mitzuteilen; erfahrungsgemäß schließt sich an die Eröffnung der Diagnose bei disponierten Individuen alsbald ein Heer nervöser Beschwerden an, die dann auf das Myom bezogen werden und überflüssigerweise zur Operation drängen können. Hier genügt regelmäßige Beobachtung in Abständen von 2—3 Monaten; gegen eine Badekur, besonders mit jodhaltigen Solen (Kreuznach, Tölz) oder Moorbädern ist nichts einzuwenden. Die Erfolge der Bestrahlungstherapie lassen sehr wohl die Möglichkeit zu, daß der Radiumgehalt der Quellen wachstumsbeschränkend auf die Geschwülste einwirken könnte.

Ad III. a) Bei einer nicht zu beträchtlichen Verstärkung der menstruellen Blutungen, die noch ohne Einfluß auf Allgemeinzustand

und Herz geblieben ist, wird man sich zunächst auf symptomatische Behandlung beschränken dürfen und damit häufig die Patienten auf Jahre hinaus vor der Operation bzw. Strahlentherapie bewahren können. Namentlich dann ist die rein symptomatische Behandlung angebracht, wenn die Erhaltung der Gebärfähigkeit bei der betreffenden Patientin von Bedeutung ist. Wenngleich eine kleine Reihe von Fällen mitgeteilt worden ist, in denen es trotz längerer, durch Strahlenbehandlung herbeigeführter Amenorrhoe zur Wiederkehr der Menstruation und Schwangerschaft mit Geburt normaler Früchte kam, wird der Praktiker doch gut tun, hier erst größere Serien zur Entscheidung abzuwarten, ob in der Tat Schädigung der Früchte durch die vorausgegangene Strahleneinwirkung auf die unbefruchteten Ovula nicht zu befürchten ist. Vor der weit verbreiteten, allzu optimistischen Hoffnung auf baldige Besserung durch Eintreten des Klimakteriums ist allerdings zu warnen; lehrt doch die Erfahrung, daß gerade Frauen mit Myomen oft bis zum 55., ja 58. Jahre menstruiert sind und speziell in den letzten Jahren vielfach mit sehr schweren Blutungen zu rechnen ist.

Dem Praktiker stehen zur Bekämpfung der Blutungen folgende Maßnahmen zu Gebote: 1. Die Bäderbehandlung. Allerdings sind bei Blutungen sowohl Moor- wie kohlensaure Bäder nicht zu empfehlen, denn beide ziehen oft eine erhebliche Verstärkung der Blutausscheidungen nach sich; dagegen haben die reinen oder jodhaltigen Solen (Kreuznach, Tölz, Hall, Münster, Gastein) im Verein mit der Ruhe und der Schonung des Badeaufenthalts mitunter einen günstigen und blutungsverringernenden Einfluß. 2. Sehr heiße Spülungen und Sekalepräparate zwecks Anregung der Kontraktionsfähigkeit der Uterusmuskulatur; am besten 8 Tage vor der zu erwartenden Periode damit beginnen und während ihr fortsetzen. Die Spülungen zweimal täglich, 50° C, ohne Zusatz, jedesmal werden 2—3 Liter durch die Scheide hindurch geschickt. Von Sekalepräparaten ist am zweckmäßigsten Sekakornin, zweimal täglich eine Tablette, noch besser täglich eine Ampulle intraglutäal injiziert, ferner Extr. Sec. corn. fluid. 30,0, dreimal täglich 25 Tropfen. Mitunter ist längerer Gebrauch — etwa 1½—2 Monate hindurch — der Sekalepräparate noch erfolgreicher, doch darf man nicht vergessen, an die Symptome des Ergotismus zu denken (Kribbeln in den Fingern) und bei Auftreten das Mittel sofort abzusetzen. Auch Tenosin, das Ersatzpräparat des Sekale, kommt in größeren Dosen, dreimal täglich 40 Tropfen, in Betracht. Weniger zweckmäßig sind die Hydrastispräparate, die zur Zeit auch wegen des Preises fast unverwendbar sind. 3. Während der Periode selbst können die mäßig verstärkten Blutungen durch Tampospuman-tabletten bekämpft werden; morgens, mittags und abends wird

je eine Tablette hoch hinauf in die Scheide geschoben. Am besten ist es, wenn die Patienten dabei Bettruhe innehalten. Doch läßt sich vielfach auch ausreichende Wirkung beobachten, wenn die Kranken nach Einführen der Tablette nur eine Stunde ruhig liegenbleiben, im übrigen aber ihre — nicht zu anstrengende — Berufsarbeit fortsetzen. Von kräftigerer Wirkung ist bei stärkerer menstruellen Blutausscheidungen 4. die Vaginaltamponade, nur soll man sie nicht mittels trockener Gaze vornehmen, da diese sich rasch mit Blut vollsaugt und es dann kaum vermindert weiterblutet, sondern entweder mit in 1%iger Lysoformlösung angefeuchteter und ausgedrückter Gaze oder mit Watte, am besten mit nicht entfetteter Watte, da diese am wenigsten das Blut annimmt. Freilich dürfen nicht einfach einige Wattetampons in die Vagina eingeschoben werden, sondern unter Zurückhaltung der vorderen und hinteren Scheidenwand mit je einem Scheidenspiegel wird die Vagina ganz fest ausgestopft. Die Tamponadewirkung wird sehr gesteigert durch vorheriges Eingießen von etwa 10 ccm flüssig gemachter Merckscher Gelatine. Die Tamponade kann mehrere Tage hindurch alle 24 Stunden gewechselt werden. 5. Ein neueres Mittel ist das Koagulen-Fonio. Man sieht mitunter auch dort gute Resultate, wo die übrigen Medikamente versagt haben. Zu empfehlen ist eine intramuskuläre Injektion von 20 ccm einer 3%igen Aufschwemmung in physiologischer Kochsalzlösung, durch 5 Minuten langes Kochen sterilisiert. Zu der von verschiedenen Seiten empfohlenen intravenösen Anwendung wird man sich wegen der Thrombosengefahr besser nicht entschließen. 6. Abrasio mit nachfolgender viermaliger Auswischung des Corpus uteri mittels eines in Jodtinktur getauchten Playfairstabes in Abständen von je einer Woche gibt mitunter auf längere Zeit hin gute Resultate als starkes Anregungsmittel zur Kontraktion, doch darf sie ausschließlich dann vorgenommen werden, wenn die Höhle nicht vielbuchtig ist und in sie hinein etwa ein submuköses Myom verspringt, dessen Schleimhaut durch Anreißen mit der Kürette leicht zu verletzen ist, wodurch es zu schwerster Infektion kommen kann. Daher ist mit der Ausschabung stets eine Austastung zu verbinden; nur wo der abtastende Finger ein einheitlich gestaltetes Kavum, nicht aber vorspringende Buckel submuköser Myome findet, ist zu kürettieren.

In bezug auf die Schmerzlinderung haben uns die letzten Jahre ein nicht unwesentliches Verfahren in die Hand gegeben in Form der Diathermie. Während und kurz vor der Periode kann die Diathermie allerdings nicht angewendet werden, weil sie blutungssteigernd wirkt, und sie ist überhaupt bei Patienten, die Neigung zu Blutungen haben, zu widerraten. Sie ist daher für die zahl-

reichen Fälle zu reservieren, bei denen der auch im Intermenstruum vorhandene Schmerz im Vordergrund der Klagen steht, sei es, daß es sich um Spannungsschmerzen des allmählich wachsenden Myoms handelt oder um entzündliche Schmerzen durch Verwachsung mit der Nachbarschaft oder gleichzeitige Adnexerkrankung. Hier haben wir zweifellos eine sehr bedeutsame Vermehrung unserer Einwirkungsmöglichkeiten in der Diathermie zu erblicken, die viel wirksamer ist als die üblichen heißen Umschläge und Badekuren, wiewohl letztere gerade bei schmerzhaften Myomen oft gute Erfolge aufweisen und durchaus empfehlenswert sind. Die schmerzstillende Wirkung ist ganz eklatant, sie beginnt meist schon nach wenigen Sitzungen. Daß auch refraktäre Fälle vorkommen, ist selbstverständlich. Die Diathermie ermöglicht es, auf manche Operation zu verzichten, die man früher wegen der sonst nur durch ständigen Gebrauch von Narkotika herabzusetzenden heftigen Schmerzen vornahm. Eine absolute Kontraindikation gegen die diathermische Behandlung sind frische Infektionen und subakute Entzündungen.

b) und c) Wo es trotz allem nicht erreicht wird, die Schmerzen in einer Weise herabzusetzen, daß sie Lebensgenuß und Arbeitsfähigkeit nicht mehr stören, wo die verstärkten Menstrualblutungen auf die geschilderten Maßnahmen hin nicht nachlassen oder von vornherein äußerst profus sind, zu körperlicher Erschöpfung, schwerer Anämie oder Herzerscheinungen führen, wo das Myom durch seine Größe oder seinen Sitz bei jeder Menstruation zur Urinretention führt, da genügt die symptomatische Therapie nicht mehr, da ist Strahlenbehandlung bzw. Operation angebracht. Die Strahlenbehandlung der Myome ist im allgemeinen das Verfahren der Wahl. Es unterliegt gar keinem Zweifel, daß man in fast 100 % der Fälle bei richtiger Indikationsstellung ausgezeichnete Resultate erzielt. Ermöglicht uns die Strahlentherapie, solche Fälle erfolgreich therapeutisch anzugehen, die man früher sehr lange hindurch — oft viel zu lange — symptomatisch behandelt hatte, so muß doch betont werden, daß gerade diese Behandlungsform eine besonders exakte Diagnose verlangt, denn diagnostische Fehler rächen sich hier durch den Aufschub der nötigen Operation ganz besonders. Ausgeschaltet sollen von der Röntgentherapie von vornherein bleiben: nekrotische, vereiterte, verjauchte, mit Karzinom oder Sarkom vergesellschaftete Myome (cf. unter I.); gut gestielte submuköse, in die Scheide hineingeborene Myome; solche Tumoren, die durch Sitz und Größe starke Verdrängungs- bzw. Druckerscheinungen auf Blase und Mastdarm machen, da die Schrumpfung durch Strahlenbehandlung keineswegs mit Regelmäßigkeit und genügend rasch eintritt. Vor allen Dingen aber bedarf jeder dia-

agnostisch unklare Fall des operativen Verfahrens. Bei Myomen, die mit starken, auch durch Diathermie erfolglos bekämpften Schmerzen einhergehen, ist ein Versuch mit Strahlenbehandlung zwar nicht kontraindiziert, aber häufig erfolglos. Zieht man diese Fälle ab, so gibt eine Gegenüberstellung der Vorteile und Nachteile der operativen und Strahlentherapie eine Richtschnur für die Wahl zwischen beiden Verfahren.

1. Vorzüge der Operation: Endgültige Beseitigungsmöglichkeit der Myome; Ausschaltung der Eventualität, daß sich am Uterus nachträglich Karzinom oder Sarkom entwickeln kann; Erhaltenbleiben eines der Ovarien, wodurch die für Geschlechtsleben und Psyche der Frau so wünschenswerte innere Ovarialsekretion fort-dauert; Blutungen, Schmerzen, Verdrängungserscheinungen, Einwirkungsmöglichkeiten der großen Myome auf das Herz werden mit einem Schlage beseitigt.

2. Nachteile der Operation: Die Mortalität des Eingriffs. Sie ist allerdings in geschickten Händen minimal; eine Reihe von Autoren berichtet über Zahlenreihen von weit über hundert ohne Todesfall, viele haben 1—2% Mortalität, die naturgemäß gerade auf die besonderen Komplikationen, wie Vereiterung, Verjauchung, ausgedehnteste Verwachsungen, Kombination mit Pyosalpinx zurückzuführen sind. Die Beeinflussung des geschädigten Herzens durch die Operation selbst kann weitgehend durch Anwendung der Lumbal- bzw. Sakralanästhesie verringert werden. Nachteile, weiterhin Schmerzen p. o. und ein Krankenlager von etwa 8 bis 16 Tagen bei glattem Verlauf, danach noch längere Arbeitsunfähigkeit.

3. Vorteile der Röntgentherapie: Ambulante Behandlungsmöglichkeit; Blutstillungserfolg trotz bestehender Blutung unter Umständen in kürzester Zeit durch entsprechend große Dosen zu erreichen. Im allgemeinen geringere Kosten als beim operativen Verfahren. Der häufige Einwand, daß die Frau für die Strahlentherapie zu ausgeblutet sei, ist unzutreffend. Gerade die völlig ausgebluteten Frauen mit einem Hämoglobingehalt von 25% und darunter sind die dankbarsten Objekte der Bestrahlung, Selbstverständlich muß man bei diesen Frauen während der Bestrahlung mit der festen Wattetamponade jedwede weitere Blutung verhüten. In Fällen, in denen Vaginaltamponade trotz gleichzeitigen Eingießens von Gelatinelösung nicht ausreicht, kommt man manchmal zum Ziel durch mehrtägiges Herabziehen der Portio mit einer Kugelzange, an welche mittels eines über den unteren Bettpfosten geleiteten Bandes ein Gewicht angehängt wird. Die benachbarten Weichteile der Scheide müssen durch Zwischenlagerung von Gaze vor dem Kugelzangendruck geschützt werden. Auch schwerste

Herzschwäche, durch welche jeder noch so kleine operative Eingriff kontraindiziert würde, gestattet noch mit gutem Erfolg die Röntgentherapie; keinerlei direkte Mortalität durch die Strahlentherapie selbst.

4. Nachteile der Röntgentherapie: Die Gefahr der Verbrennung spielt bei richtiger Technik heute keine Rolle mehr. Blutungsrezidive treten zwar in 5% aller Bestrahlungsfälle auf, doch wird die rasch wachsende Besserung der Technik diese Prozentziffer vermutlich allmählig wesentlich verringern. Dagegen fällt die Schädigung der Ovarien ins Gewicht und wird namentlich bei jüngeren Frauen unter 40 Jahren oft recht bedeutungsvoll sein können. Während robuste Frauen eine rasch wirkende Strahlenbehandlung — eventuell in einer einzigen Sitzung — vertragen, wird man bei empfindlicheren Naturen vorteilhafter die notwendige Strahlenmenge in mehreren Serien verabfolgen. Am wesentlichsten ist die indirekte Mortalität der Röntgenbehandlung; sie beruht auf der Möglichkeit einer falschen Diagnose, namentlich Verwechslung maligner Ovarialtumoren mit gutartigen subserösen Myomen und Uebersehen von Sarkom mangels klinischer Symptome. Weiter die Möglichkeit, daß selbst durch erfolgreiche Strahlentherapie stark geschrumpfte Myome nachträglich maligne degenerieren können, resp. daß auch in solchen Uteris sich Karzinom entwickeln kann. Die genaue Prüfung, welche von diesen Vorzügen und Nachteilen der beiden Verfahren in dem betreffenden Einzelfall in Betracht kommen, wird dem Praktiker die Entscheidung ermöglichen. Gegebenenfalls ist eine offene Darlegung beider Behandlungswege und ihrer Chancen der Patientin gegenüber am zweckmäßigsten. (D. m. W. 1921 Nr. 45.)

Die X-Strahlen bei der Hyperemesis gravidarum. Von Dr. Manfred Fraenkel (Charlottenburg). In 4 Fällen von unstillbarem Erbrechen gelang es Verf. unter genauer Abdeckung des Abdomens die Pat. durch 2 malige Bestrahlung mit je $\frac{1}{2}$ E. D. (im Abstand von 5 Tagen applizierter harter, filtrierter Strahlen) auf die Magengegend mit einem Schlage zu heilen. Schaden betreffs der Schwangerschaft nicht zu befürchten.

(Zbl. f. Gyn. 1922 Nr. 17.)

Secoin, ein neues Sekalepräparat (Chinonin-Fabrik Wien I) empfiehlt Dr. H. Freudenthal (Kaiser Franz Josefs-Ambulatorium in Wien) als billig, unschädlich und wirksam. Es sind im Handel:

1. Secoin fluidum, Originalfläschchen zu 10 und 25 g. Dosis 3 mal täglich 10—20 Tropfen.

2. Secointabletten, Originalröhrchen 20 Tabletten je 0,2 Sec. corn. enthaltend. Dosis 3 mal täglich 1—3 Tabletten.
3. Secoin puriss. pro injectione, 1 Schachtel 6 Amp. zu je 1,1 ccm. Dosis 1—3 Amp. pro injectione.

Recht prompte Erfolge wurden erzielt bei metritischen, endometritischen, klimakterischen und teilweise auch bei Myomblutungen. Der gewünschte Erfolg wurde in den meisten Fällen schon nach relativ kurzer Zeit, in 2—3 Tagen, erzielt, es wurde dabei wie folgt vorgegangen: In den entsprechenden Fällen erhielt die Frau gleich in der Ambulanz eine Secoininjektion, da es wohl außer Zweifel, daß die wirksamen Bestandteile des Präparats so schneller resorbiert werden, als bei der Darreichung per os. Die Frauen wurden dann mit der Anweisung entlassen, Secoin per os (Tropfen oder Tabletten) in der schon angeführten Dosierung zu Hause 3 mal täglich durch 2—3 Tage zu nehmen und während dieser Zeit ruhig zu liegen. (Ther. d. Gegenw., April 1922.)

Neue Bücher.

S. Placzek. Das Geschlechtsleben der Hysterischen. 2. Auflage. Bonn, Marcus & Weber. Preis: 50 Mk. Nach kaum zwei Jahren war eine zweite Auflage dieses Buches notwendig geworden. Das zeigt zur Genüge, wie groß das Bedürfnis nach einem solchen Werke war und daß der Autor seiner Aufgabe durchaus gerecht geworden ist. Wir haben das Buch bei seinem ersten Erscheinen gewürdigt und freuen uns, daß auch die Kollegen seinen Wert erkannt haben.

Hermine v. Gilgen. Kochbuch für Zuckerkrankte. Wien, St. Norbertus-Verlag. Man kann im allgemeinen die „nach vieljähriger Erfahrung zusammengestellten, durchaus erprobten, ärztlicherseits anerkannten Rezepte“ billigen und ersieht daraus, daß das Büchlein schon in 4. Auflage vorliegt, daß es sich auch in der Praxis bewährt hat.

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

Excerpta medica.

Erscheint am Anfang
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus
der gesamten Fachliteratur

Preis halbjährlich
M.24.— aussch. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

31. Jahrgang

Nr. 11.

August 1922

Aetiologisches.

Eitrige Perikarditis Folge einer Herzschußverletzung.
Von Dr. Hallenberger, Kr.-Mediz.-R. (Höchst). Ein 27 jähriger Mann, 1915 durch Granatsplitterschuß verwundet, bis 1918 g. v. wegen häufiger Beschwerden seitens der Lunge, dann wieder k. v. und bis Kriegsende im Felde, erkrankte Mai d. J. an Grippe mit Lungenentzündung, die mehrere Male rezidierte. Schließlich bildete sich über der rechten Lunge eine dichte Dämpfung mit aufgehobenem Atemgeräusch, das nur noch in den unteren Teilen des Unterlappens ganz leise zu hören war; Herzspitzenstoß breit und hebend, aber stets an richtiger Stelle. Der Kranke bekam schließlich septisches Fieber und ging an Herzschwäche zugrunde. Da die Witwe den Tod ihres Mannes auf die Folgen des erlittenen Lungenschusses zurückführte und Versorgungsansprüche stellte, bekam Verf. vom Versorgungsamt den Auftrag, die Sektion vorzunehmen. An der Leiche des kräftigen Mannes bestand an der rechten Brustseite im fünften Zwischenrippenraum in der vorderen Achsellinie eine schmale, 4 cm lange Narbe, die wohl den Einschuß darstellte. Im rechten Brustfellraum war ein wässriger Erguß von etwa 2 l; nach Entfernung der vorderen Brustwand zeigte sich der ganze rechte Brustfellraum von einer etwa kindskopfgroßen, schwappenden Geschwulst eingenommen, die die rechte Lunge völlig zusammengepreßt und an die hintere Brustwand verdrängt hatte; die rechte Lunge war vollkommen luftleer (Kompressionsatelektase), jedoch frei von Narben oder sonstigen Veränderungen. Die schwappende Geschwulst in der rechten Brustseite entpuppte sich als der stark nach rechts erweiterte und in einen großen, etwa 2,5 l flüssigen Eiter enthaltenden Eitersack umgewandelte Herzbeutel. Das Herz lag als kleines, schlaffes, mit eitrigem Auflagerungen bedecktes Organ an der linken Wand des erweiterten

Herzbeutels, mit dieser und mit der Hinterwand fest verklebt. Die Herzspitze war durch eine bohnen große, derbe, von Gefäßen durchzogene Narbe mit dem Herzbeutel verwachsen; die Narbe, die etwa $\frac{1}{2}$ cm in das Herzfleisch hineinreichte und das ganze Zwerchfell durchsetzte, war entzündlich gerötet, der Herzbeutel in ihrer Umgebung sulzig aufgelockert. Das Herz selbst war klein, schlaff, der Klappenapparat intakt, das Herzfleisch lehmfarben. Im linken Brustfellraum ein wässriger Erguß von etwa 100 ccm, die linke Lunge frei von krankhaften Veränderungen. In der Bauchhöhle ein wässriger Erguß von etwa 500 ccm, die Milz geschwollen, weich und zerfließlich, die Leber im Zustande fettiger Degeneration, die Nieren in dem der trüben Schwellung. Eine Ausschußnarbe war nicht zu entdecken, das Suchen nach dem Granatsplitter, der noch im Körper vermutet wurde, war ergebnislos. Die Narbe an der Herzspitze wurde als die Folge des 1915 erlittenen Brustschusses angesehen. Die Todesursache war die mit allgemeiner Blutvergiftung (Sepsis) einhergehende eitrige Herzbeutelentzündung, von der angenommen wurde, daß sie ihren Ausgang von der Narbe an der Herzspitze genommen hatte. Dabei wurde die Frage, ob die die eitrige Herzbeutelentzündung bedingenden Eitererreger von der Verwundung her sich noch dort befunden haben und durch die vorausgegangene Lungenentzündung wieder aktiviert worden sind, oder ob die Narbe ein locus minoris resistentiae gewesen ist, an dem sich die Erreger, von der kranken Lunge her verschleppt, angesiedelt haben, als belanglos offen gelassen. Das Gutachten sprach sich für den Zusammenhang des Todes mit dem 1915 erlittenen Brustschuß aus, und dementsprechend wurde Kriegsdienstbeschädigung mit tödlichem Ausgange vom Versorgungsamt anerkannt. Interessant an diesem Falle war die mit einer riesigen Eiteransammlung einhergehende eitrige Herzbeutelentzündung, die ihren Ausgang von einer 6 Jahre alten, von einer Granatsplitterverwundung herrührenden Herz-Herzbeutelnarbe genommen hat, und die feste Verwachsung der Herzspitze mit dem Herzbeutel, die den Spitzenstoß immer an richtiger Stelle erscheinen ließ, wodurch die Erkennung der riesigen Flüssigkeitsansammlung im Herzbeutel intra vitam unmöglich gemacht wurde.

(Aerztl. Sachverstd.-Ztg. 1922 Nr. 2.)

Zur Pathogenese des weiblichen Fluors. Von Dr. A. Hirschberg (Berlin). In letzter Zeit hatte Verf. oft Gelegenheit, Patientinnen zu untersuchen, die von dermatologischer Seite wegen Fluors zur Behandlung überwiesen waren. In diesen Fällen, die schon längere Zeit in Behandlung standen, war das Resultat der Untersuchung auf Gonokokken dauernd negativ. Es handelte sich meist um

Frauen jugendlichen Alters, vorwiegend nullipare. Der Beginn der Erkrankung lag stets längere Zeit zurück. Bei der gynäkologischen Untersuchung findet man die Schleimhäute der Vulva, Vagina und Portio stark gerötet, weißen oder gelblichen Fluor, öfter intertriginöses Ekzem. Die Urethra ist meist gesund. In solchen Fällen fragte Verf. stets nach dem Vorhandensein von Oxyuren und hat damit immer das ätiologische Moment der Erkrankung gefunden. Es ist bekannt, daß Oxyuris jetzt gerade sehr stark verbreitet ist, ebenso ist es bekannt, daß dieser Darmparasit bei Frauen eine Vulvo-vaginitis hervorrufen kann. Aus der Literatur geht hervor, daß dem Oxyuris eine ziemlich untergeordnete Rolle als ätiologischem Faktor der Vaginitis zugesprochen wird. Die Erfahrung zeigt aber, daß diese Aetiologie weit häufiger ist, als man annimmt. In jedem Falle, bei dem die Untersuchung auf Gonokokken mehrmals negativ ausfällt und bei dem (was differentialdiagnostisch vielleicht von Wichtigkeit ist) die Urethra nicht mit erkrankt ist, soll man an Oxyuren-Kolpitis denken und dementsprechend behandeln. Verf. hat es oft beobachtet, daß selbst von gynäkologischer Seite an diese Wurmätiologie nicht gedacht wurde und die Patientinnen trotz Fehlens des Gonokokkennachweises als Gonorrhoeerkrankte angesehen und behandelt wurden. Die beste Therapie ist die Trockenbehandlung der Vagina und eine gründliche Wurmkur zur Beseitigung der Oxyuren.

(Kl. Wschr. 1922 Nr. 15.)

Kasuistisches.

Doppelseitiger Herpes zoster. Von Erna Hillenberg (Stadtkrankenhaus Zittau). Doppelseitige Herpes zoster-Fälle sind Seltenheiten, zumal man bei ihrer Diagnose, wie gerade in dem beobachteten, den Herpes genitalis berücksichtigen muß, der über die Mittellinie übergreift, in verschiedenen Nervengebieten vorkommt und relativ wenig Schmerzen verursacht. Bei der Patientin, einem 17 jährigen Mädchen von kindlichem Habitus, waren 14 Tage vor ihrer Einlieferung unter starken Schmerzen in der Mitte der rechten großen Labie Bläschen aufgetreten. Später stellten sich Schmerzen in der linken Weiche ein unter Auftreten von „Blütchen“. Bei ihrer Aufnahme hatte die Patientin nekrotisierende Bläschen, Papeln und Ulcerationen an der rechten und linken großen Labie, am Bauch und an der Innenseite des rechten und linken Oberschenkels, sowie zahlreiche Bläschen und kleine Ulcerationen links hinten in der Gegend des Darmbeinkammes und darüber bis zur Wirbelsäule. In der Mitte der rechten großen Labie fand sich ein flaches, nicht eitrig belegtes Ulkus. Die Ulcerationen bluteten und versachten starke, ziehende Schmerzen, besonders auch nachts.

Die Umgebung der Bläschen war sehr empfindlich. Blasen- und Mastdarmstörungen beobachtete Verf. nicht. Es handelte sich unter Berücksichtigung der Ausbreitung um einen Herpes zoster nervi ileo-hypogastrici und lumbalis posterior I, der wie der Zoster gewöhnlich einseitig und zwar links auftrat, und um eine doppelseitige Lokalisation des Zoster im Gebiet des Ileoinguinalis. Unter Verordnung von $4 \times \frac{1}{2}$ g Natr. salicyl. und Pudern heilte der Herpes sehr bald ab, die ziehenden Schmerzen ließen bedeutend nach. Gelegentlich traten nachts bis in die linke Inguinalfalte ausstrahlende Schmerzen auf. Anästhesien sind zurzeit nicht beobachtet, vielleicht geringe Hyperästhesie links im Gebiet des Ileo-hypogastricus. (Kl. Wschr. 1922 Nr. 15.)

Ulcus molle mit Metastasenbildung und Septikopyämie.
 Von Dr. Robert Amstad (Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Bern). In der ihm zugänglichen Literatur hat Verf. außer der Lennhoffschen Veröffentlichung keine Mitteilungen über hämatogene Metastasen des Ulcus molle gefunden. Zweifellos sind solche an sich nicht häufig, oder sie treten nicht deutlich hervor. Es kann aber auch der Verlauf der Krankheit so eigenartig sich gestalten, daß man im Zweifel sein kann, ob wirklich die schweren Allgemein- und Folgeerscheinungen durch den Streptobazillus oder durch dessen Toxine oder dann im Sinne einer Mischinfektion durch andere pathogene Mikroorganismen hervorgerufen werden. Dies mögen die Gründe dafür sein, daß ähnliche Publikationen unterblieben. Patient, welcher den ärztlichen Beruf ausübt, räumte am 9. Juli 1920 einen fieberhaften Abortus aus. Schon nach 24 Stunden entwickelte sich am Nagelglied des rechten Mittelfingers ein entzündlicher Prozeß, der vor allem durch Rötung und Pustulation, Schwellung und Schmerzhaftigkeit gekennzeichnet war. Auf der so veränderten Haut entstand binnen kurzer Zeit, nach zwei Tagen, eine kleine, seichte Ulzeration, welche sich in den nächsten Tagen in der Fläche vergrößerte. Das Geschwür war scharf geschnitten, leicht unterminiert und der Grund desselben von einem gelblich-speckig-schmutzigen Belage bedeckt. Das Ulkus zeigte auch bei Berührung große Schmerzhaftigkeit. Die bakteriologische Untersuchung ergab den gewöhnlichen, vieldeutigen Befund der banalen Eitererreger. Blutkulturen blieben steril. Den anfänglich unbedeutenden Allgemeinerscheinungen folgten später Temperaturen bis 39 Grad und darüber. Kubital- und Achseldrüsen waren durch den Import der Infektionsstoffe in die Lymphgefäße angeschwollen. Nach weiteren Wochen und Monaten gesellten sich hämatogene, septisch-toxische Manifestationen hinzu: diffuse Erytheme, Phlebitis der Vena poplitea sin., Schwellung und knotige Infiltration an den

Unterschenkeln und flache Ulzerationen der rechten Ellenbogen-
gend, entfernt von den erkrankten Drüsen. WR negativ. Im
weiteren Verlauf auch noch broncho-pneumonische Herde. Während
vielen Monaten befand sich der Patient in sorgfältiger chirurgischer
und Sanatoriumsbehandlung. Der Gesundheitszustand war oft sehr
besorgniserregend; es machten sich Kreislaufstörungen bemerkbar.
Der Patient verlor bedenklich an Körpergewicht und zeigte ein
blasses, anämisches Aussehen. Allmählich besserte sich der All-
gemeinzustand, und die Infektion flaute ab. Zur vollständigen
Ausheilung des krankhaften Prozesses wollte es aber trotz aller
Eingriffe und vorsorglichen therapeutischen Maßnahmen nie kommen,
so daß auch noch die Ansicht des Dermatologen eingeholt wurde.
Das klinische Bild bei der Untersuchung anfangs November 1921
in der Dermatologischen Klinik war folgendes: Ueber der Gegend
der rechten Glandula cubitalis eine grabenförmige, narbige Ein-
ziehung, etwa 5 cm lang. Von da zieht sich eine lineäre Operations-
narbe bogenförmig gegen den Epicondylus internus hin. Dasselbst
eine zweifrankstückgroße Hautnarbe, an dem darunterliegenden
Knochen adhärent. Am Rande dieser Narbe vier kleine, rundliche
und ovale, seichte Ulzerationen von Linsengröße und darüber, sehr
scharfrandig, gezackt, mit leicht unterminierten Rändern, grau-
speckig belegtem Grund, auf Berührung sehr schmerzhaft. Im
Ausstrich Unna-Ducroysche Streptobazillen nachgewiesen. Am
linken Bein, wo seinerzeit der phlebitische Prozeß war, nichts mehr zu
konstatieren. Die primäre Affektion am rechten Mittelfinger ist unter
Narbenbildung abgeheilt. Tuberkulinreaktionen ganz schwach positiv.
Moro in der Umgebung der Geschwüre fast völlig negativ; symmetrisch
am andern Arm einige Knötchen. Unter Jodoformtherapie definitive
Abheilung der Geschwüre in drei Tagen. — Diagnose: Verf. glaubt,
gestützt auf drei Hauptbefunde, die Diagnose „Ulcus molle mit
Metastasenbildung und Septikopyämie“ aufbauen zu dürfen: Erstens
die klinisch-morphologische Uebereinstimmung der Geschwüre am
Finger und am rechten Ellenbogen mit den Charakteristika des
weichen Schankers — flache, mit scharfen, gezackten und unter-
minierten Rändern versehene Geschwüre, deren Zentrum einen
speckigen Belag aufwies. Zweitens den mikroskopischen Nach-
weis der Unna-Ducroyschen Streptobazillen in den Sekundär-
effloreszenzen am rechten Ellenbogen. Das mikroskopische Bild
ließ dieselben in ihrer charakteristischen Anordnung, Fischzüge
und Schiffchenform erkennen. Drittens ex juvantibus durch die
rapide und endgültige Abheilung auf das Spezifikum Jodoform. Der
Beweis durch das Kulturverfahren konnte, wie im Lennhoffschen
Falle, nicht erbracht werden, und leider war es aus persönlicher
Rücksichtnahme gegenüber dem Patienten unmöglich, Autoino-

kulationen anzulegen. Eines kann man zwar nicht mit absoluter Sicherheit ausschließen: eine Kombination resp. Mischinfektion mit Staphylo- oder Streptokokken. Aber diese ubiquitären Bakterien wurden nur am Primärherde mikroskopisch festgestellt, an der Haut- oder Geschwürsoberfläche, während die Blutkulturen steril geblieben waren, ein Befund, welcher wohl überhaupt keine weiteren Schlüsse gestattet. Es würde vielmehr gezwungen und gekünstelt erscheinen, die Septikopyämie mit den übrigen Läsionen auf eine Mischinfektion zurückzuführen, nachdem die Möglichkeit besteht und viel näher liegt, eine plausiblere Entstehungsursache darzubieten. Bei der kritischen Prüfung des Falles ergibt sich mit größter Wahrscheinlichkeit, daß es sich um ein Krankheitsbild *sui generis* handelt. Bakteriologisch ist zwar nicht bewiesen, daß das primäre Geschwür am Finger Ducreybazillen enthielt und von dort aus zunächst auf dem Lymph- und später auf dem Blutwege die Infektion sich generalisierte. Verf. Auffassung dürfte aber dennoch mit Rücksicht auf die klinischen Manifestationen, den Verlauf und den endgültigen Nachweis der Unna-Drucreyschen Bazillen aus den Geschwüren in der Ellenbogengegend akzeptiert werden. Denn dieser Befund läßt sich praktisch wohl nur mit der Priorität des Ulcus molle am Finger in Einklang bringen. Als Infektionsquelle kommt nichts anderes als die vom Patienten wegen fieberhaften Abortus behandelte Frau in Frage, die nicht weiter untersucht werden konnte.

(Derm. Wschr. 1922 Nr. 19.)

Symptomatologisches.

Ueber Herzstörungen beim Scharlach. Von Dr. Slavko Hirsch (Aus der Infektionsabteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin). „Uns bot sich Gelegenheit, bei 28 von 60 Scharlachfällen, die wir während des verflossenen Winters an der Abteilung aufgenommen hatten, Herzstörungen mannigfacher Art zu beobachten.

A. Einen Fall mit sehr schwerem, von Anfang an septischem Verlauf, der am 3. Tage der Erkrankung bereits benommen, mit darniederliegendem Pulse zur Aufnahme kam. Am 6. Tage gesellte sich eine rechtsseitige Unterlappenpneumonie hinzu. Am 8. Tage kam er unter den Erscheinungen der schwersten Infektion mit Herzdilatation, Vosomotorenlähmung, Tonuserschlaffung ad exitum.

B. Fälle, die wir mit Escherich und Schick als Myasthenia cordis bezeichnen möchten. In dem Zeitraum zwischen dem 5. und 21. Krankheitstage, gewöhnlich dem 7. bzw. 13., 15. und 20. Krankheitstage, sehen wir auffällige Blässe, etwas beschleunigten, irregulären Puls, ev. Temperaturerhöhung, hebenden Spitzenstoß. Ein

Teil dieser Fälle zeigte bereits Verbreiterung des Herzens nach links, gewöhnlich $1-1\frac{1}{2}$ Finger breit außerhalb der linken Medioklavikularlinie, der andere Teil wies eine solche erst nach 2—3 Tagen, die Verbreiterung blieb aber bei letzteren Fällen nicht beschränkt auf die linke Seite, sondern war auch $1-1\frac{1}{2}$ cm außerhalb des rechten Sternalrandes nachweisbar. Gleichzeitig mit der Blässe konnten wir entweder verschwommene, dumpfe Herztöne oder bereits leises systolisches Geräusch nachweisen, das in den nächsten Tagen langgezogen, über allen Ostien mit gleichzeitiger Akzentuation des zweiten Pulmonaltons vernehmbar war. Unter Ruhe, Flüssigkeitseinschränkung, lokaler Kälteapplikation gingen die geschilderten Erscheinungen während der folgenden 2—3 Wochen allmählich zurück, am längsten war neben der auffallenden Blässe das systolische Geräusch an der Basis mit leichter Akzentuation des zweiten Pulmonaltons hörbar. Bei der Entlassung zeigten diese Fälle bereits normale Herzkonfiguration, einige von ihnen hatten noch das leise systolische Geräusch.

C. Fälle, die durch den Scharlach eine ausgesprochene Herzschädigung, sei es des Klappenapparates oder des Herzmuskels oder eine solche des Reizleitungssystems, erworben haben. Wir beobachteten Fälle mit erwähnten Schädigungen zwölfmal. Gewöhnlich zwischen dem 8.—14. Krankheitstage tritt unter Temperaturerhöhung, Blässe, Pulsbeschleunigung mit Irregularität eine sogleich deutlich wahrnehmbare Dilatation des linken, manchmal auch des rechten Herzens mit hebend verbreitertem Spitzenstoß, systolischem Geräusch über allen Ostien und stark akzentuiertem zweiten Pulmonalton (manchmal auch Akzentuation des zweiten Aortentons) auf, oder wir finden neben den bereits geschilderten Symptomen deutlich diastolisches Geräusch allein oder aber in Verbindung mit Pulsationen am Jugulum und Epigastrium, Kapillarpuls, Pulsus celer et altus usw. Der Rest dieser Fälle hatte neben ausgesprochener Dilatation mit systolischem Geräusch und Akzentuation des zweiten Pulmonaltons deutliche Pulsbeschleunigung (140 bis 160 Schläge) mit zahlreich auftretenden und sehr schwer, ja fast gar nicht beeinflussbaren Extrasystolien. Häufig traten bei den sub C. geschilderten Fällen Gelenkschwellungen, die 5—8 Tage währten, meistens Hand- und Fußgelenke ergreifend, auf. Dem Verhalten des arteriellen und venösen Blutdrucks schenken wir in allen Fällen besondere Aufmerksamkeit. Was zunächst den Blutdruck betrifft, so haben wir zu bemerken, daß er in der Mehrzahl der Fälle normale Werte aufwies, vereinzelte Fälle hatten etwas erhöhten, andere wieder leicht erniedrigten Blutdruck. Ausgehend von der Tatsache, daß Vitien mit Insuffizienz und Dekompensationserscheinungen einen hohen Venendruck zeitigen müssen, während

bei einer reinen atonischen Dilatation ein solcher nicht zu erwarten ist, und um womöglich differentialdiagnostische Anhaltspunkte zur Unterscheidung dieser beiden Krankheitsformen zu gewinnen, habe ich diesen bei allen 25 Fällen mit Herzaffektion und 15 anderen Scharlachkranken gemessen. Wir haben keine eindeutig verwertbaren Resultate der Venenmessung erhalten können. Die Ursache, daß wir bei einer geringen Zahl von Scharlachfällen viele und verschiedenartige Herzaffektionen beobachten konnten, dürfte dem Genius epidemicus zuzuschreiben sein. Es vergehen Monate, wo nur Nierenkomplikationen auftreten, dann kommen solche, die Ohren und wiederholt Drüsen in Mitleidenschaft ziehen, und so kommen auch Epidemien mit vorwiegenden Herzscheidigungen vor. Zusammenfassung: Dem Verhalten des Herzens und Kreislaufapparates bei Scharlach kommt eine große Bedeutung zu, obzwar aus der Schwere der Fälle keine greifbaren Anhaltspunkte für die folgenden Herzerscheinungen ableitbar sind. Die Ursache der akut verlaufenden und ad exitum führenden Fälle sehen wir in akut auftretender Endo- und Myokardschädigung in Kombination mit Tonuserschlaffung und Vasomotorenlähmung, und glauben, daß auch in diesen Fällen der atonischen Dilatation große Bedeutung zuzumessen ist. Des weiteren wollen wir hervorheben, daß ebenso wie jede Infektionskrankheit auch der Scharlach eine wirkliche Endo- bzw. Myokarditis (2—3 Krankheitswochen) mit allen Folgen für das Herz verursachen kann, und daß Herzaffektionen nicht so selten, wie angenommen wird, auftreten — höchstwahrscheinlich auf der Basis einer Streptokokkenmischinfektion. (M. Kl. 1922 Nr. 4.)

Augensymptome bei Arteriosklerose. Von Hofrat Professor Dr. Ernst Fuchs. „Die Aeüßerungen der Arteriosklerose im Augeninneren sind von allgemeiner Wichtigkeit, weil sie oft einen Hinweis auf eine gleichartige Erkrankung der Hirngefäße geben. Die Arteriosklerose befällt bekanntlich nicht bei allen Menschen die gleichen Gefäßgebiete in besonderem Maße, sondern bald mehr die großen Gefäße oder die Gefäße der unteren Extremitäten oder das Ausbreitungsgebiet der Karotis, zu dem Auge und Gehirn gehören. Kleine Netzhautblutungen bei alten Leuten sind oft der Vorbote einer Gehirnblutung, und ihre rechtzeitige Erkennung und Kenntnis ihrer Bedeutung wird uns erlauben, nach genauer Allgemeinuntersuchung des Kranken Maßnahmen zu treffen, welche weiteren schweren Folgen der Arteriosklerose bis zu einem gewissen Grade vorbeugen können. Der Augenhintergrund ist für frühzeitige Erkennung von Gefäßveränderungen besonders geeignet, weil hier die Blutgefäße ganz nackt vorliegen. Ich hatte für anatomische

Studien die Augen samt Sehnerven, Chiasma und Tractus opticus bei der Autopsie von Verstorbenen über 70 Jahre alt im Zusammenhang entfernt und histologisch untersucht. In keinem einzigen Fall waren die Carotis interna, die Arteria ophthalmica und deren Ausbreitungsgebiet normal. Eine Beschreibung der histologischen Veränderung der Gefäßwände würde hier zu weit führen. Ich will nur ein bemerkenswertes Verhalten der Arteria ophthalmica anführen. Sie verläuft von ihrem Ursprung aus der Carotis interna an der unteren Seite des intrakraniellen Teiles der Sehnerven nach vorn und tritt zugleich mit ihm in den knöchernen Canalis opticus ein. Hier ist sie in die feste fibröse Scheide eingebettet, welche durch Verschmelzung der Duralscheide des Optikus und des Periostes und der Orbita entsteht und den Sehnerven eng umschließt. Wo nun die Arteria ophthalmica in diese dichte Membran eintritt, verschwinden mit einem Schlage die sklerotischen Veränderungen. Ein gleiches Verhalten bieten die hinteren Ziliararterien dar, wo sie im Umkreis der Papille in die Sklera eintreten. So ist es wohl gerechtfertigt, für beide Fälle die gleiche Erklärung anzunehmen. Die Arteriosklerose hat nebst vielen anderen möglichen Ursachen wohl als hauptsächlichste die sich immer wiederholende Ausdehnung der Gefäße bei jeder Systole. Im Laufe der Jahre wird dadurch die Gefäßwand überdehnt, dem durch eine Verstärkung der Wand, aber durch minderwertiges Gewebe, entgegengewirkt wird. Wo die Arterie in einem festen fibrösen Gewebe liegt, das eine nennenswerte Ausdehnung des Gefäßes nicht erlaubt, fällt diese Ursache weg. Zu den frühzeitigen Anzeichen der Arteriosklerose gehört die Steigerung des Blutdruckes. Dauernde Erhöhung des Blutdruckes äußert sich aber keineswegs in einer entsprechenden Erhöhung des Augendruckes, ja bei Greisen ist der Augendruck durchschnittlich niedriger als in der Jugend, und ebenso kann chronische Nephritis hohen Blutdruck mit niedrigem Augendruck verbinden. In beiden Fällen ist die Ursache die Verengerung der kleinen Gefäße. Die ophthalmoskopischen Kennzeichen beginnender Arteriosklerose sind an den Netzhautarterien stärkere Schlingelung und Verstärkung des glänzenden Reflexstreifens; mit zunehmender Verdickung der Arterienwand wird sie zu beiden Seiten der roten Blutsäule als weißer Streifen sichtbar, welcher, immer breiter werdend, zuletzt die Blutsäule ganz verdecken kann, so daß das Gefäß als weißer Strang erscheint. An den Netzhautvenen ist eines der frühesten Zeichen der Arteriosklerose, daß die Vene dort, wo sie von einer Arterie überkreuzt wird, eine Eindrückung durch die steifer gewordene Arterie zeigt. Bei der Arteriosklerose der Netzhautarterien entstehen leicht kleine Netzhautblutungen, rundlich oder strichförmig, in der Nähe von

Gefäßen, auf deren Bedeutung eingangs hingewiesen wurde. Sie werden vom Kranken gewöhnlich nur dann bemerkt, wenn sie in den mehr zentralen Teilen der Netzhaut auftreten, wo sie dann als ein dunkler Fleck, positives Skotom, im Gesichtsfeld erscheinen. Sie beanspruchen für sich allein keine besondere Bedeutung, da sie sich leicht resorbieren. Nur wenn sie gerade die Fovea centralis betreffen, können sie ein dauerndes, das Sehvermögen sehr herabsetzendes Skotom hinterlassen. Es gibt ferner Ausnahmefälle, wo sich solche Blutungen immerfort wiederholen und so schließlich das Sehvermögen vernichten. Die schwerste Folge an Gefäßveränderungen in den Netzhautgefäßen ist ihr vollständiger Verschluß. Dieser findet sich bei Verstopfung des Hauptstammes gewöhnlich unmittelbar hinter der Lamina cribrosa, weil hier das Gefäß eine verengerte Stelle zu passieren hat. Die klinischen Erscheinungen der Verstopfung der Zentralarterie sind die unter dem Namen der Embolie bekannten: sehr blasse und nicht scharf begrenzte Papille, sehr enge oder zum Teil nicht mehr sichtbare Netzhautarterien und eine weißliche Trübung der Netzhaut im hinteren Abschnitt mit einem kirschroten Fleck, entsprechend der Fovea centralis. Bei Verstopfung nur eines Astes der Zentralarterie sind diese Veränderungen nur in dem von diesem versorgten Gebiet vorhanden. Es wird jetzt allgemein angenommen, daß diesem ophthalmoskopischen Bild nur ausnahmsweise eine Embolie, sondern zumeist eine Thrombose zugrunde liegt. Damit schien das plötzliche Auftreten der Erblindung im Widerspruch zu stehen, das jetzt auf folgende Weise erklärt wird. Durch die unregelmäßigen Verdickungen der Gefäßwand bei Arteriosklerose entstehen an der inneren Oberfläche Unebenheiten, welche zur allmählichen Ablagerung von Fibringerinnseln Veranlassung geben. So wird die Lichtung des Gefäßes immer mehr verengert, so daß sie schließlich leicht auf einmal ganz verlegt werden kann. Vielleicht wirkt dabei auch ein Krampf der Gefäßmuskulatur mit, infolgedessen das Gefäßrohr den Pfropf eng umschließt. In diesem Sinne spricht es, daß der dauernden Verstopfung der Zentralarterie nicht selten einzelne vorübergehende Verdunklungen vorausgehen, die auf Gefäßkrampf bezogen werden. Solche arterielle Gefäßkrämpfe kommen bei alten Leuten manchmal auch ohne endliche Verstopfung des Gefäßes vor. Der Kranke hat vor einem seiner Augen eine plötzliche gänzliche Verdunklung, oder, wenn nur der obere oder untere Hauptast der Zentralarterie betroffen ist, eine Verdunklung der unteren oder oberen Gesichtsfeldhälfte, oder bei Befallensein einer noch kleineren Arterie eines Gesichtsfeldsektors oder einer nahe der Fovea centralis liegenden Stelle. Solche Verdunklungen pflegen in Bruchteilen einer Minute oder nur

wenig längere Zeit wieder zu verschwinden. Es kommt aber vor, daß sie dauernd bleiben, wenn nämlich der Gefäßkrampf so lange anhält, daß die Netzhaut abstirbt. Diese verträgt nämlich ebensowenig wie das Zentralnervensystem eine längere Unterbrechung der Zirkulation. Die genannten Verdunklungen dürfen nicht mit einer anderen Art von vorübergehender Verdunklung verwechselt werden, mit dem Flimmerskotom. Dieses kommt häufiger bei jüngeren als bei alten Personen vor, die Verdunklung dauert viel länger, durchschnittlich $\frac{1}{4}$ Stunde, und ist häufig von Kopfschmerzen gefolgt. Die Verdunklung betrifft immer beide Augen, welche einen gleich (homonym) gelegenen Gesichtsfeldausfall zeigen. Die Trennungslinie ist dabei vertikal im Sinne einer homonymen Hemiopie, nicht horizontal wie bei Krampf des oberen oder unteren Hauptastes der Zentralarterie. Bei dem als Embolie der Zentralarterie bezeichneten klinischen Bild wird also nicht eine Embolie, sondern eine Thrombose anzunehmen sein, wenn es sich um einen Patienten mit ausgesprochener Arteriosklerose handelt, wenn keine Quelle für einen Embolus nachzuweisen ist, und wenn der dauernden Erblindung wiederholte vorübergehende Verdunklungen vorausgingen. Die Thrombose der Zentralvene gibt das ophthalmoskopische Bild einer geröteten, unscharf begrenzten Papille, sehr verbreiteter und geschlängelter Netzhautvenen und sehr zahlreicher Blutaustritte; die Netzhautarterien sind enger. Die Thrombose kann auch nur einen Ast der Zentralvene betreffen, und dann ist es möglich, daß sich ein Kollateralkreislauf ausbildet und nach Resorption der Blutaustritte das Sehvermögen wieder besser wird. In den meisten Fällen aber folgen immer neue Blutungen, so daß das Sehvermögen schließlich ganz verloren geht; oft kommt es dann auch noch zur Drucksteigerung (Glaucoma haemorrhagicum). Die Blutaustritte in der Netzhaut verwandeln sich häufig teilweise oder ganz in weiße Flecke. Solche können manchmal bei Arteriosklerose auch primär in der Netzhaut auftreten, und die auf Arteriosklerose zurückzuführende Retinitis circinata verdankt ihren Namen dem Umstand, daß ein ganzer Kranz weißer Fleckchen rings um die Fovea centralis angeordnet ist. In der Aderhaut sind Veränderungen der Gefäße infolge seniler Arteriosklerose kaum zu finden, dagegen bestehen oft schwere Veränderungen an den Arterien der Aderhaut bei Syphilis und bei chronischer Nephritis. Im Gegensatz zur Netzhaut können aber in der Aderhaut die meisten Arterien durch Endarteriitis obliteriert sein, ohne zu Blutungen oder Veränderungen im Strome der Aderhaut zu führen. Die Arterien der Aderhaut anastomosieren eben reichlich, die der Netzhaut sind Endarterien, so daß kein Kollateralkreislauf sich bilden kann. Die Arteriosklerose kann sich auch

durch eine Atrophie der Sehnerven äußern, welche aber nicht **wie** bei der Tabes zur völligen Erblindung führt. Sie ist durch **den** Druck einer skerotischen Carotis interna und besonders der **Arteria** ophthalmica bedingt. Diese liegt an der anderen Seite des **Nerven** und drängt ihn nach oben, doch kann der Nerv nicht nach **oben** ausweichen, weil in Fortsetzung der oberen Wand des **Canalis** opticus eine unnachgiebige Durafalte den Nerv an der **oberen** Seite bedeckt. Die Arterie plattet infolgedessen den Nerv an **seiner** unteren Seite ab oder macht in schwereren Fällen eine **tiefe** rinnenförmige Einbuchtung unter Atrophie der **hier liegenden** Nervenbündel. Im Gesichtsfeld äußert sich dies in dem **Verlust** der nasalen Gesichtsfeldhälfte im Gegensatz zur Atrophie **des** Nerven durch den Druck einer vergrößerten Hypophysis, wobei zuerst die temporale Gesichtsfeldhälfte erblindet. Noch in **anderer** Weise kann Arteriosklerose teilweise Atrophie des **Sehnerven** verursachen. In den Sehnerven von Personen über 70 Jahre **find** ich sehr häufig einzelne, manchmal bis zu vier atrophische **Herde**. Sie liegen zumeist an der Peripherie des Nerven, welcher **infolge** der Schrumpfung des atrophischen Teiles an der entsprechenden Seite abgeplattet wird. Die größten dieser **Herde** nehmen **fast** ein Viertel des Sehnervenquerschnittes ein. Ihre wahrscheinliche Ursache ist der durch Arteriosklerose bedingte Verschuß **einzelner** der kleinen Arterien, welche von der Pialscheide mit den **bindegewebigen** Septen in das Innere des Nerven gehen und dessen **Ernährung** besorgen. Da diese atrophischen **Herde** gewöhnlich an der Peripherie des Nerven liegen, veranlassen sie bloß **periphere** Gesichtsfeldeinschränkungen, welche von den Patienten meist nicht **bemerkt** werden dürften. Endlich kann Arteriosklerose **Sehstörungen** veranlassen, ohne daß äußerlich oder ophthalmoskopisch etwas am Auge zu bemerken wäre. Dies ist bei der nicht seltenen **homonymen** Hemiopie der Fall, welche Folge von Blutungen oder **Gefäßverschuß** und zumeist von Lähmungserscheinungen **begleitet** ist, so daß die Diagnose leicht ist. Es kommen aber nicht **selten** Fälle vor, wo die hemiopische Sehstörung eintritt ohne jeden **apoplektischen** Insult und ohne alle Begleiterscheinungen. Dann **handelt** es sich gewöhnlich um Thrombosen im Gebiet der Fissura **calcarina**, welche der Sitz des kortikalen Sehzentrum ist. **Schwieriger** wird aber die Diagnose in Fällen mit ganz kleinen **Herden**, die nur einen ganz kleinen, rechts oder links vom Fixationspunkt **liegenden** Gesichtsfeldausfall in Form eines Skotoms verursachen, das in beiden Augen an derselben Stelle liegt. Dieser entgeht **leicht** der gewöhnlichen Gesichtsfelduntersuchung, und wenn nun auch die **zentrale** Sehschärfe und der Augenspiegelbefund normal sind, **begreift** man nicht, warum der Kranke auf einmal nicht mehr

fließend lesen kann. Man muß dann nach solchen Skotomen **suchen** mit Hilfe einer schwarzen Fläche (Bjerrums Tafel oder schwarze Schultafel). Es gibt da Fälle zweierlei Art. Ein Patient **liest** alle Buchstaben der Snellenschen Tafel bis zur untersten **Reihe** tadellos, kann aber in der Nähe gewöhnlichen Druck nur **stockend** lesen. Dann besteht in jedem Auge ein kleines Skotom **rechts** vom Fixationspunkt. Der Kranke sieht daher wohl den Buchstaben, den er gerade ansieht, aber nicht die rechts davon **liegenden**, die in das Skotom fallen. Er kann nicht vorauslesen, sondern muß nach und nach das Auge von einem Buchstaben auf den **nächstfolgenden** richten. In anderen Fällen liest der Kranke die Buchstaben der Snellenschen Tafel bis herunter, läßt aber leicht den ersten Buchstaben jeder Zeile aus. In der Nähe liest er eine Zeile fließend herab, aber wenn er dann zum Anfang der **nächstfolgenden** Seite zurückgeht, geschieht es ihm leicht, daß er eine oder ein paar Zeilen überspringt. Er hat ein kleines Skotom zur **linken** Seite des Fixationspunktes in beiden Augen, weshalb er auf der Snellenschen Tafel die am meisten links stehenden Buchstaben **übersieht**, und wenn er von der gelesenen Zeile nach links zur nächsten übergeht, so kann er der schon gelesenen Zeile nicht nach links folgen, da er eben nach dieser Seite nicht sieht. So kann man aus kleinen Sehstörungen einen Schluß auf Arteriosklerose im Gehirn ziehen. Einer meiner Patienten, bei dem ich vor kurzem ein solches kleines, homonymes, parazentrales Skotom gefunden hatte, starb ein paar Monate später an einer Gehirnblutung.“

(W. m. W. 1922 Nr. 16.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Zwei Tonerdepräparate empfiehlt Prof. Dr. Kionka (Jena).
 1. Algal = milchweinsäures Alumin., 10,22% Aluminium enthaltend, also 10% ige Lösung entspricht etwa dem offiziellen Liq. Alumin. acet. Reizwirkung noch nicht einmal den 8. Teil so groß wie bei letzterer, Desinfektionswirkung dieser gleichwertig. Man kann aber bis 20% ige Lösung ohne Reizwirkung anwenden. Aus Algal wird hergestellt: 2. Lavatal, ebenfalls weißes, gut lösliches Pulver, neben Weinsäure, Milchsäure und Aluminium noch Borsäure, Natron und locker gebundenen Sauerstoff (5%) enthaltend. Desinfektionswirkung noch wesentlich stärker als beim Algal, keine Reizwirkung. Bis zu 20% iger Lösung anwendbar. Beim Aufgießen bzw. Aufstreuen in Substanz auf Wund- und Geschwürflächen oder beim Spülen von Schleimhäuten tritt naszierender Sauerstoff in Tätigkeit mit seiner desinfizierenden und mechanisch-reinigenden Wirkung.

(Kl. Wschr. 1922 Nr. 9.)

Verbesserung des Essigsäure-Tonerde-Verbandes. Von Medizinalrat Dr. A. Nagy. „Mit Recht erfreut sich die Anwendung des Essigsäure-Tonerde-Verbandes einer großen Beliebtheit in der kleinen Chirurgie des Alltages. Aber seit der Kriegszeit ist ein Mißstand eingetreten, der ihre gute Wirkung beeinträchtigt: der hohe Preis der Verbandgaze und ihre ungenügende Entfettetheit. Die käufliche Gaze und Brunssche Watte nimmt die essigsäure Tonerde schwer oder gar nicht an. Ein zweites Mal läßt sich auch vorher vollkommen entfettete Gaze mit diesem Stoffe nicht mehr tränken. Ich habe mir nun seit längerer Zeit dadurch geholfen, daß ich solche Verbandstoffe mit Spiritus vini diluti angefeuchtet habe. Nicht allein die kolloid-chemischen Eigenschaften werden dadurch verbessert, sondern auch ihre therapeutischen. Ich habe wiederholt beobachtet, daß die regenerativen Vorgänge an Wunden unter dem kombinierten Alkohol-Essigsäure-Tonerde-Verbande auffällig besser verlaufen als bei Anwendung bloß eines dieser Mittel, und halte diese Beobachtungen für mitteilenswert.“
(W. m. W. 1922 Nr. 17.)

b) Innere Krankheiten.

Ueber ableitende Behandlung. Von Prof. Dr. H. Quincke (Frankfurt a. M.). Die Empfehlung der ableitenden Behandlung bezieht sich auf zwei bestimmte Krankheitsgruppen: chronisch entzündliche Zustände der Hüllen des Hirns und des Rückenmarks. Man erzeugt von der Haut aus eine intensive, akute Entzündung, welche in die Tiefe greift — am Rücken durch Glühhitze, am Kopf durch chemischen Reiz; man unterhält die Eiterung längere Zeit. Daß der Einfluß dieser Entzündung sich auf die Wirbel wie auf die Schädelknochen und auf die Meningen erstreckt, lehrt die klinische Beobachtung und der Heilerfolg. Welcher Art jener Einfluß ist und wieso er zur Besserung resp. Heilung der Beschwerden führt, wissen wir noch nicht; wahrscheinlich wirken stärkere Durchblutung des Krankheitsherdes, Beförderung des Lymph- und Saftstromes, reflektorisch ausgelöste Nerveneinflüsse auf Gefäße und Gewebe in der Tiefe fördernd auf die Reparation der erkrankten Teile. Bei der ersten Gruppe der Fälle handelte es sich um Spondylitis (traumatica, tuberculosa), bei der das Glüh-eisen sich sehr wirksam zeigte. Oft machten sich schon in den nächsten Tagen Zeichen der Besserung bemerkbar, die dann allmählich fortschritt. Dabei waren es stets Fälle, die schon längere Zeit mit anderen Mitteln erfolglos behandelt waren. Technik: In Allgemeinnarkose wurde mit einem münzenförmigen, rotglühenden Eisen von 2—3 cm Durchmesser auf beiden Seiten der Mittellinie, je etwa 4 cm von ihr entfernt, ein 8—14 cm langer Hautstreifen

langsam drückend bestrichen, so daß er pergamentartig weiß wurde, während die Epidermis unter Hinterlassung eines bräunlichen Randes verbrannte. Darüber dicker Watteverband, wenn nötig, Morphinum. Streckbett. Es entwickelt sich eine reaktive Entzündung mit Abstoßung des Schorfes, die behandelt wird, aber zunächst nicht mit dem Ziel der Heilung, sondern mit der Tendenz, die Eiterung zu unterhalten. Deshalb zeitweise Verband mit Ung. basilicum oder Ung. Mezerei. Wegen verschiedener Dicke der Haut hat man die Tiefe der Brandwirkung nicht ganz in der Hand; es genügt, wenn die obere Hälfte der Kutis nekrotisiert wird, doch schadet auch tiefere Zerstörung nichts, da das Aussehen der Narbe in dieser Gegend ohne Bedeutung ist. In einigen Fällen wurde 2—5 mal kauterisiert, in der Regel nur 1 mal, und die Wunde durchschnittlich 2 Monate offengehalten. 2. Gruppe: Wo wir bei chronischen Kopfschmerzen entzündliche Zustände im Schädelinnern als Ursache anzunehmen Anlaß haben, erwiesen sich Verf. häufig nach außen ableitende Mittel als wirksam: Einreibung von Brechweinsteinsalbe (1:4) auf die rasierte Kopfhaut. Dies Verfahren hat Verf. in etwa 40 Fällen angewendet. Auf Scheitelhöhe wird im Bereich einer Kinderhand die Haut sorgfältig rasiert und mit Seife und Aether gereinigt. Durch einen Heftpflasterring wird eine Kreisfläche von 3—4 cm Durchmesser abgegrenzt und täglich ein- bis zweimal eine erbsengroße Salbenmasse 10 Minuten lang eingerieben mittelst eines wundtupferähnlichen Gazewattebausches, der einen Ueberzug von Guttaperchapapier und einer 1—2fachen Gazelage erhält. Die Einreibung muß sanft und ohne Läsion der Oberhaut geschehen, da man möglichst auf die tieferen Schichten der Kutis wirken will; in der Zwischenzeit wird ein Lappchen mit Brechweinsteinsalbe aufgelegt und durch Verband leicht angepreßt. Je nach der Uebung des Einreibenden, vielleicht auch nach den individuellen anatomischen Verschiedenheiten stellt sich nach 2—4 Tagen eine intensive Entzündung ein, welche, in der Tiefe von den Haarbälgen ausgehend, zu nekrotischer Abstoßung der Kutis in dem eingeriebenen Bezirk führt. Die Einreibungen sind bei den ersten Anzeichen entzündlicher Schwellung auszusetzen; diese schreitet nun von selbst weiter in die Tiefe und in die Umgebung. Die Kopfschwarte schwillt ödematös an, manchmal bis zu den Ohren und den unteren Augenlidern, unter erheblichen Schmerzen; manchmal tritt Erbrechen und leichte Albuminurie ein, auch wohl leichtes Fieber. Diese Reaktion dauert nur wenige Tage. Mit der Demarkation und Lösung der nekrotischen Teile der Kutis schwindet die Entzündung in der Umgebung schnell. Die Abstoßung wird durch warme Umschläge und mechanische Nachhilfe mit Schere und Pinzette befördert;

in 10—12 Tagen pflegt sie vollendet zu sein. Die Eiterung wird durch Unguentum basilicum und ähnliches 3—6 Wochen unterhalten. Freilich ist diese Methode der Ableitung im Beginn äußerst schmerzhaft und verursacht ein mehrtägiges allgemeines Kranksein, dafür ist der Erfolg aber auch häufig überraschend und vollkommen: nicht nur die Kopfschmerzen verschwinden, sondern auch Schwindelgefühl, Gedankenschwere und Benommenheit; auch das psychische Befinden der Kranken erfährt eine augenscheinliche Besserung. Dieser Umschwung setzt schon ein mit dem Nachlaß der akut entzündlichen Schwellung, die definitive Besserung erfolgt verschieden schnell, danach wird das Offenhalten der eiternden Fläche bemessen; meist besteht nach Abstoßung des Schorfes nur noch die gewöhnliche Empfindlichkeit der Wundfläche. Heilung und Ueberhäutungsgeschehen gewöhnlich schneller, als man wünscht. Die Schließung und der Ersatz des Hautdefektes geschieht in überraschend vollkommener Weise, so daß selbst der Haarwuchs nur wenig gestört erscheint. Nur ausnahmsweise geht die Zerstörung so tief, daß eine Stelle des Knochens freiliegt oder daß gar eine Lamelle sich abstößt, aber nie hatte dies üble Folgen, und die Heilung erfolgte mit weniger Haut- und Haardefekt, als man anfänglich befürchten konnte. Das Hauptsymptom in allen Fällen war Kopfschmerz, der seit Monaten oder Jahren andauernd bestand, wenn auch mit periodischen Schwankungen; bald wurde er in den ganzen Kopf verlegt, bald mehr auf die Scheitelhöhe, bald mehr in die Stirn. Manchmal war der Schädel klopfempfindlich. Daneben bestanden sehr verschiedene Symptome: Schwindelgefühl, geistiges Unbehagen, Beeinträchtigung der Berufsausübung, Gedächtnisschwäche, Schlaflosigkeit, Uebelkeit und Erbrechen, einige Male Störungen der Pulsfolge, vorübergehende Bewußtlosigkeit, Halluzinationen, epileptiforme Krämpfe. Als anatomische Grundlage wurde häufig Pachymeningitis vermutet, namentlich in etwa einem Dutzend von Fällen, wo vor Monaten oder Jahren ein Trauma auf den Schädel vorausgegangen war (Stoß mit dem Kopf gegen einen Balken, Schlag mit einem Holz, mit der Faust, ein Steinwurf, Sturz von der Höhe oder vom Pferde, und wo sich die chronische Entzündung wahrscheinlich an eine anfängliche Blutung in, unter oder auf die Dura angeschlossen hatte. Gerade diese Fälle wurden von ihren Kopfschmerzen am vollkommensten befreit; den gleichen Erfolg hatten mehrfach Kollegen bei konsultativ von Verf. gesehenen Fällen. In einem anderen geheilten Fall war Sonnenstich die Ursache gewesen. In den nicht traumatischen Fällen wurde als Ursache des chronischen Kopfschmerzes einige Male auch Pachymeningitis, häufiger Leptomeningitis serosa angenommen. In diesen letzteren Fällen wurden die Kopfschmerzen

bis zur Entlassung zwar nicht ganz und dauernd beseitigt, aber doch gebessert, manchmal in sehr erheblichem Grade; in 4 Fällen, wo zugleich chronischer Hydrozephalus bestand, war die Besserung gering oder blieb ganz aus, in einem Fall, der als chronische Meningitis diagnostiziert war und in welchem für mehrere Monate erheblicher Nachlaß der Schmerzen erzielt wurde, fand sich, als Patientin ein Jahr später an einer anderen Krankheit zugrunde ging, eine allgemeine bedeutende Verdickung und Sklerose des Schädeldachs mit flachen Exostosen an der Innenseite; an Gehirn und Pia-Arachnoida nur Oedem. — Selbst in einem Fall von Gliom des Kleinhirns, der mit enormem Hydrozephalus und Stauungsneuritis einherging, hatte das Verfahren einen auffälligen, natürlich nur vorübergehenden Erfolg, indem Kopfschmerzen, Schwindel und Benommenheit schwanden und die Sehschärfe zunahm. In 2 anderen Fällen von Hirntumor wurde nichts oder nur ganz vorübergehende Minderung der Kopfschmerzen erreicht. Natürlich muß der Erfolg des ableitenden Verfahrens ganz verschieden sein je nach der Natur des zugrunde liegenden Prozesses, am besten wird er sein in Fällen subakuter und nicht ganz chronischer Entzündung in den Hirnhäuten. Im konkreten Fall wird die anatomische Diagnose oft fraglich sein und, wenn Heilung folgt, oft auch fraglich bleiben, aber selbst bei unheilbaren, tödlich verlaufenden Leiden kann doch noch vorübergehende Erleichterung erzielt werden. Praktisch befolgt Verf. den Grundsatz, das Verfahren bei jedem hartnäckigen Fall von Dauerkopfschmerz zu versuchen, welcher das Befinden des Kranken sehr erheblich beeinträchtigt und mit einiger Wahrscheinlichkeit auf entzündliche Vorgänge in den Hirnhäuten zurückzuführen ist. Die beste Aussicht geben traumatisch entstandene Fälle.

(M. m.W. 1921 Nr. 30.)

Die Goldbehandlung der Tuberkulose. Von Dr. Ernst Levy in Essen. Das Goldpräparat Krysolgan ist das erste chemische Spezifikum gegen Tuberkulose. Es bewirkt bei vielen Fällen Heilung, bei den meisten Besserung der subjektiven und objektiven Krankheitserscheinungen in einer Schnelligkeit, wie wir sie bisher von keinem anderen Mittel gesehen haben. In Fällen, bei denen es von vornherein versagt oder seine Wirkung sich im Laufe der Besserung erschöpft, wird es aufs wirksamste ergänzt durch Tuberkulin. Tuberkulin wird nach vorausgegangener Krysolganbehandlung in größerer Menge vertragen. Unerwünscht heftige Tuberkulinreaktionen können durch Krysolgan jederzeit kupiert werden. Krysolgan übt in viel geringeren Gaben, als bisher üblich, seine Wirkung aus. Als Anfangsgabe sollte 0,01, als Höchstmenge 0,2

die Regel sein bei Wahrung mindestens 10 tägiger Zwischenräume. Die Einspritzung ist technisch einfach, die Behandlung **ambulant** gut durchzuführen. Krysolgan ist daher das geeignetste **Mittel** zur Bekämpfung der Tuberkulose in der Allgemeinpraxis.

(D. m. W. 1922 Nr. 7.)

Zur Behandlung des eitrigen Pneumothoraxergusses. Von E. Fraenkel in Breslau. Bei einem 34 jährigen Kaufmann wurde wegen einer fortschreitenden, mit wiederholten Blutungen einhergehenden, vorwiegend rechtseitigen Lungentuberkulose im Juni 1919 der künstliche Pneumothorax angelegt. Obwohl der Oberlappen adhärent blieb und sich nur zum teilweisen Kollaps bringen ließ, war der klinische Erfolg gut. Schon im Laufe der ersten Behandlungswochen stellte sich ein Erguß ein, der schnell eitrig wurde. Die bakteriologische Untersuchung ergab Tuberkelbazillen, keine Kokken. Die Flüssigkeit stieg allmählich bis zum Schlüsselbein an und machte Beschwerden. Mehrfache Punktionen, Spülungen mit Jod-Jodkalilösung und Instillationen von Jodoformöl hatten keine nachhaltige Wirkung: das Exsudat sammelte sich wieder an, der Eitergehalt blieb unverändert. Ende September 1920 wurde eine Alttuberkulininjektionskur eingeleitet. Am 9. 11. 1920 wurde der Eiter nochmals völlig entfernt, eine Spülung mit Jodlösung vorgenommen und Jodoformöl (5 ccm, 10%) zurückgelassen. Am 23. 12. 1920 war der Flüssigkeitsspiegel wieder in Höhe des Sternalansatzes der 5. Rippe nachweisbar. Ohne daß weitere Spülungen stattfanden, war von da an eine allmähliche Aufsaugung des Exsudats festzustellen, und Ende April 1921 war der Pneumothorax, der regelmäßig — mit dem Rückgange des Exsudats in kleineren Pausen — nachgefüllt wurde, vollständig trocken. Das Allgemeinbefinden, das auch vorher nicht schlecht gewesen war, hob sich weiter, der Kranke fühlte sich beschwerdefrei. Das zeitliche Zusammengehen der Tuberkulinbehandlung mit dem Schwinden des Ergusses, der länger als ein Jahr bestanden hatte, war so deutlich, daß es begründet erscheint, eine ursächliche Verknüpfung anzunehmen, zumal der günstige Einfluß, den das Alttuberkulin auf seröse pleuritische Ergüsse hat, erwiesen sein dürfte. Inwieweit für die Erklärung dieses Einflusses die unspezifische Komponente der Tuberkulinwirkung („Protoplasmaaktivierung“) heranzuziehen ist, soll dahingestellt bleiben. Angesichts der Tatsache, daß der eitrige Pneumothoraxerguß sich allen unblutigen Behandlungsmaßnahmen gegenüber als äußerst schwer beeinflusbar erwiesen hat, dürften weitere Versuche mit Tuberkulin oder unspezifischem Eiweiß angebracht sein.

(D. m. W. 1921 Nr. 39.)

Zur Behandlung des Schnupfens mit Kollargol. Von Dr. Kamnitzer (Berlin). Böttner empfiehlt in der M. m. W. 1921, Nr. 40 als besonders wirksames Mittel 2%iges Kollargol-Heyden, mit dem es ihm gelungen ist, eine eigene, seit mehreren Jahren bestehende, auffällige Empfindlichkeit gegen Erkältungen, die sich in ausgesprochenem Krankheitsgefühl und mindestens 8 Tage lang dauerndem Schnupfen äußerte, zu beheben. Dasselbe günstige Resultat erzielte er bei zahlreichen anderen Patienten. Er geht in der Weise vor, daß er 1—2 Tropfen der 2%igen Kollargollösung auf die Konjunktiva der mäßig heruntergezogenen Lider bringt. Auftretendes Gelbsehen und Gelbfärbung des Bulbus verschwindet bei normal funktionierenden Tränenwegen schon nach kurzer Zeit. Außerdem werden mittels einer Augenpipette etwa 4—5 Tropfen in jedes Nasenloch bei weit zurückgebeugtem Kopf geträufelt. Es empfiehlt sich, diese Stellung für kurze Zeit inne-zubehalten, damit das Kollargol langsam nach hinten fließen kann. Bei beginnendem Schnupfen genügt meist die einmalige Durchführung der Behandlung, bei bereits ausgebrochenem soll sie mindestens 3 mal am Tage angewandt werden. Die Therapie ist völlig ungefährlich und kann auch bei Säuglingen in Anwendung gebracht werden. Verf. hat während der letzten Grippeepidemie, bei der sich relativ häufig Schnupfen zeigte, eine Reihe von Patienten in der eben angegebenen Weise behandelt und kann die Erfahrungen Böttners nur bestätigen. Meist gelang es, schon nach 1—2 maliger Einträufelung eine bedeutende Besserung, die in freierer Nasenatmung und Verringerung der Sekretion bestand, zu erzielen. Auch Verf. hat schädliche Nebenwirkungen irgendwelcher Art nicht beobachtet. (Ther. d. Gegenw., Februar 1922.)

Polygalysat, ein Mittel gegen Katarrhe und Bronchitis. Von Dr. Hans Oppenheim (Berlin). Durch ein eigenartiges Dialysier-Verfahren der Firma Johannes Bürger, Ysattfabrik in Wernigerode (Harz), wird jetzt wieder aus der Radix Senegae ein Ysat hergestellt, das die wirksamen Substanzen in reiner und nicht schlechtschmeckender Form enthält und in Gestalt einer etwas gelblich gefärbten und nicht herb schmeckenden Flüssigkeit in den Handel kommt. Verf. hat das Mittel, Polygalysat genannt, in zahlreichen Fällen katarrhalischer Bronchitis (Tracheitis, Bronchiolitis) sowohl bei Erwachsenen wie Kindern verordnet und ließ 3—6 mal täglich 10—20 Tropfen nach den Mahlzeiten auf Zucker oder in Wasser nehmen. Das Mittel wurde stets ausgezeichnet vertragen, gern genommen und rief keinerlei unerwünschte Nebenwirkungen oder Begleiterscheinungen hervor; selbst schwache Mägen und empfindliche Patienten vertrugen das Präparat ohne

jegliche Beschwerde. Verf. hat besonders bei Kindern jeden Alters, selbst in Fällen diffuser, stark sezernierender Bronchitis schon nach wenig Tagen deutliche Heilwirkungen konstatieren können; der Hustenreiz wurde geringer und weniger intensiv, dafür das Sputum dünnflüssiger, weniger zähe, so daß bei älteren Kindern und Erwachsenen die Expektoration ungleich leichter vonstatten ging. Im Laufe seiner Untersuchungen fand Verf., daß die Wirksamkeit des Mittels im Hinblick auf Intensität und Promptheit des Effektes durch Verabreichung desselben in heißen Getränken, besonders Abkochungen der üblichen Species pectorales, erheblich gesteigert werden konnte; dagegen schienen feuchtwarme Brustumschläge nach Prießnitz den pharmazeutischen Eigenschaften des Präparats entgegenzuwirken. Bei typischem Keuchhusten, ebenso wie bei katarrhalischer Pneumonie versagte Polygalysat, wie vorauszusehen war; dagegen hat Verf. günstige Erfolge bei Bronchitiden als Begleiterscheinungen von Grippe und Masern feststellen können. Daß das Mittel eine leicht abführende Nebenwirkung zeigt, bedeutet bei der in den häufigen Fällen fieberhafter Bronchitis meist eintretenden Obstipation keinen Nachteil.

(M. Kl. 1922 Nr. 12.)

Bei akutem nephritischem Lungenödem kann man nach L. Ehrenberg, Falun (Schweden) durch Abbinden der Glieder recht gute Erfolge erzielen.

(D. m. W. 1922 Nr. 14.)

Erfahrungen mit Novasurol als Diuretikum. Von Dr. Georg Hubert (Bad Nauheim). Zusammenfassung: „Novasurol wurde auf seine diuretische Wirkung in 16 Fällen nachgeprüft. Novasurol übertrifft bei kardial und renal entstandenen Oedemen die Digitalis und die Purinkörper weitgehend. Urinausscheidungen von 3—7 Litern in 24 Stunden werden häufig beobachtet. Es stellt eine erfreuliche Bereicherung in der Therapie der Oedeme dar. Die diuretische Wirkung hält etwa 12 Stunden an und beginnt meistens 1 Stunde nach der Injektion. Bei entzündlichen Veränderungen der Niere ist das Mittel kontraindiziert. Es soll erst dann angewandt werden, wenn Digitalis und die Purinkörper im Stiche lassen. Um Nebenwirkungen im Sinne einer Quecksilberintoxikation zu vermeiden, soll bei Beginn der Behandlung nicht mehr als 0,75 ccm injiziert werden. Die Dosis von 1,5 ccm soll nicht überschritten werden. Das Intervall zwischen zwei Injektionen soll aus dem gleichen Grunde mindestens 4 Tage betragen. Bei mechanisch bedingten Wasseransammlungen ist die Wirkung unsicher. Man sieht in diesen Fällen von Novasurol besser ab.“

(Ibidem.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Ueber die Anwendung von Flavacid in der Dermatologie.
 Von Dr. C. Kallmann (Aus der Privatklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten von San.-Rat Dr. R. Ledermann (Berlin).
 „Wir haben es angewandt in wässrigen Lösungen 1:5000—1:1000 zu feuchten Umschlägen oder Prießnitzverbänden, in alkoholischen Lösungen 1—2% zu Pinselungen, als Salbe (1‰ Flavacidresorbin beziehungsweise Flavacidzinkpaste) und als Flavacidpuder (0,1:100 Talcum). Behandelt wurden: 1. Die verschiedenen Formen der Impetigo, pustulöse, beziehungsweise impetiginöse Ekzeme, besonders postskabiöse Ekzeme, Sycosis parasitaria und Furunkulosen. 2. Ulcera mollia und Bubonen. 3. Chronische juckende Ekzeme am Anus, Kruralekzeme, Ulcera cruris. 4. Ein schwerer Fall von Pemphigus vulgaris. Ad. 1. Wir haben die Fälle von Impetigo contagiosa usw. meist mit der 1‰igen Flavacidresorbinsalbe behandelt und die einzelnen Stellen regelmäßig verbunden. Die Verbände blieben in der Regel 24 Stunden liegen. An Stellen, wo Verbände schlecht hielten, wurde die Pinselung mit der 1%igen alkoholischen Flavacidlösung oder eine 1/2%ige Flavacidtrockenpinselung benutzt. Schon nach kurzer Zeit trat eine erhebliche Besserung ein, die Eiterpusteln trockneten ein, in der Entstehung begriffene bildeten sich schnell zurück. Reizungen der Haut traten nicht auf. Bei Befallensein zweier Extremitäten wurde auf der einen Flavacid-salbe, auf der anderen das sonst bei uns gebräuchliche Ungt. sulfur. rubr. angewandt. Das Flavacid zeigte sich zum mindesten gleichwertig. Beginnende Furunkel, die wir sonst mit Tct. Jodi zu behandeln pflegten, was oft zu mehr oder minder starken Hautreizungen führte, kamen unter Flavacidpinselungen vielfach nicht zur Entwicklung. Die Haut verfärbte sich zwar stark gelb, doch traten keine Reizerscheinungen auf. Zwei Fälle von Sycosis parasitaria mit tiefen, knotigen Infiltraten zeigten auf heiße Flavacidprießnitzumschläge 1:1000 schnellen Rückgang der Knotenbildung. Die weitere Behandlung mit Flavacidalbenverbänden führte in verhältnismäßig kurzer Zeit zu erheblicher Besserung. Ad. 2. Bei Ulcera mollia und operierten Bubonen haben wir sowohl von der alkoholischen Flavacidlösung wie auch von dem Flavacidpuder Gutes gesehen. Einzelne Patienten empfanden zwar vorübergehend starkes Brennen, das stärker war als nach Pinselungen mit Tct. Jodi, aber die schmierigen Geschwüre bzw. Inzisionsstellen reinigten sich schnell, die Neigung zum Weiterschreiten bzw. in die Tiefe gehen schwand, die Sekretion ließ nach, es bildeten sich frischrot aussehende Granulationen, die üppig wucherten und schnell epithelisierten. Ad. 3. Chronische Ekzeme am Anus und an der Vulva, die durch ihr Jucken oft unerträglich waren, nässende Unterschenkelkzeme,

teilweise mit Geschwürsbildung, heilten unter Flavacid gut ab. Vor allen Dingen ließ das Jucken oft sehr schnell nach, das Nässen hörte auf, ohne daß die Patienten das schnelle Austrocknen lästig empfunden hätten. Bei vorhandener starker Reizung der Haut haben wir Umschläge mit schwächeren Lösungen 1:5000 gemacht, die stets gut vertragen wurden. Ulcera cruris reinigten sich schnell und epithelisierten überraschend gut. Ad. 4. In Anlehnung an die Behandlung des Pemphigus mit Trypaflavin (Arning) wurde bei einem schweren Fall von Pemphigus das Flavacid angewandt. Die neu entstehenden Blasen wurden mit der alkoholischen 1%igen Lösung gepinselt, epidermisentblößte Stellen mit dem Flavacidpuder gepudert, große dekubitale Ulzerationen, besonders am Rücken und an den Fersen, wurden mit Flavacidresorbinlappen bedeckt. Der Zustand der Haut, der sich bis dahin täglich verschlechtert hatte, fing langsam an, sich zu bessern, die schmutziggraue Farbe machte bald einem frischen Rosa bzw. Rot Platz, und von Tag zu Tag konnte man das Entstehen kleiner Epithelinseln beobachten, die schnell an Größe zunahmten und zur Ueberhäutung großer Hautflächen führten. Nachschübe von Blasen kamen unter Flavacidpinselungen meist nicht mehr zu so starker Entwicklung. Leider ging der Patient trotz dieser so erfreulichen Besserung des Zustandes der Haut an Herzschwäche ein. Eine Nierenreizung wurde in keinem Fall beobachtet. Der hauptsächlichliche Nachteil des Flavacids besteht in seiner gelben Farbe, die zu erheblicher Verfärbung der Haut und Beschmutzung der Wäsche führt. Diese Gelbfärbung läßt sich jedoch von der Haut durch Waschen mit warmem Wasser und Seife, aus der Wäsche durch Kochen in Seifenwasser verhältnismäßig leicht entfernen.“

(M. Kl. 1921 Nr. 49.)

Ueber die interne Behandlung der Epididymitis gonorrhoeica. Von Dr. L. Isacson (Aus Dr. L. Fischels Poliklinik für Hautkrankheiten). „Seit einer Reihe von Jahren verordnen wir bei jeder akuten Epididymitis neben lokaler Wärmeapplikation folgende Kombination von Salizylsäure (als Analgetikum) und Jod (als Resorbens):

Natr. salicylic.

Natr. jod. ana 10,0

Aquae dest. ad 200,0.

DS. 3—4 mal tägl. 1 Eßl.

Die schmerzstillende Wirkung tritt oft schon nach 1 Tage, in allen Fällen aber nach 2—3 Tagen ein; um eine völlige Resorption zu erzielen, muß man 4—5 Flaschen in jedem Falle geben (Dauer 20—25 Tage); gibt man weniger, so erlebt man

öfters Rezidive. Besonders betonen möchte ich, daß die Heilung meist ohne Narbenbildung erfolgt, im Gegensatz zu unseren Resultaten mit der Arthigonbehandlung. Mit Wärme und dieser kombinierten Salizyl-Jodtheraphie kann man die meisten Epididymitiden zur Heilung bringen — wir verfügen über hunderte von geheilten Fällen —, und ich möchte dieses interne Mittel allen Praktikern zur Anwendung empfehlen.“

(B. kl. W. 1921 Nr. 34.)

d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Gehört die Kielland-Zange in die Hand des praktischen Arztes? Von Dr. Klaus Hoffmann (Aus der Städtischen Frauenklinik zu Dortmund). „Wir haben in unserer Klinik die Kiellandsche Zange bisher an 94 Fällen ausprobiert und sind mit den Erfolgen außerordentlich zufrieden. Dies veranlaßte mich, im vergangenen Jahre in unserem Fortbildungskurs für praktische Aerzte die neue Zange vorzuführen und mit zahlreichen Kollegen Uebungen am Phantom nach Art der geburtshilflichen Operationskurse abzuhalten. Mehrere Kollegen verleibten hierauf die neue Zange ihrem Instrumentarium ein, und von verschiedenen Seiten hörte ich, daß sich die Anwendung in der Praxis ausgezeichnet bewährt habe, von keiner Seite das Gegenteil! Besonders dankte uns ein Kollege für die Vermittlung der Kenntnis der neuen Zange, der damit bei einer Frau ein lebendes Kind erzielte, bei welcher er früher bereits 3 mal bei engem Becken auf dem Lande zur Beendigung der Geburt nach hohem Zangenversuch Perforation des nicht eintretenden Kopfes hatte vornehmen müssen. Er hatte durch die biparietale Lage der Zange am hochstehenden Kopf, die er nach der neuen Methode von Kielland angelegt hatte, eine quere Kompression des Schädels bewirkt, die die Anpassung des queren Schäeldurchmessers an den verkürzten geraden Durchmesser und damit die Ueberwindung der störenden Beckenenge ermöglichte. Auch ein Fachkollege, der auf meine Empfehlung der Kielland-Zange auf der letztjährigen Gynäkologentagung in Bad Kreuznach sich diese Zange angeschafft hatte, berichtete mir über einen ähnlichen erfolgreichen Fall aus seiner Hauspraxis. In unserer Klinik sahen wir ferner, daß verschiedene jüngere Aertze, die bisher teils überhaupt noch nicht, teils nur in vereinzelt Fällen Gelegenheit zur Ausführung einer Zangenoperation an der Lebenden gehabt hatten, ohne jede Schwierigkeit und mit wesentlich größerer Schonung der Weichteile, als man es bei den ersten Zangenversuchen sonst zu sehen gewohnt ist, die Anlegung der Kielland-Zange und die Extraktion — bei auf dem Beckenboden stehendem Kopf — ausführten. Einer unserer Volontärärzte führte sogar —

als dritte Zangenoperation seines Lebens! — die **Umwandlung** einer Vorderhauptslage in eine normale Hinterhauptslage auf dem Beckenboden mit bestem Erfolg für Mutter und Kind (3150 g schwer) durch. Wir haben, seitdem wir die Kiellandsche Zange im Gebrauch haben, in keinem einzigen Falle das Bedürfnis nach einer anderen Zange gehabt, haben vielmehr, wie an anderer Stelle ausführlicher dargelegt werden soll, in einzelnen Fällen Erfolge zu erzielen vermocht, bei denen, nach früheren Erfahrungen zu urteilen, die Anwendung der Naegelischen Zange unmöglich gewesen wäre. Dabei lag die Anwendung der Kiellandschen Zange, worauf wir ganz besonders hinweisen möchten, nicht etwa nur in der Hand besonders geübter Geburtshelfer, sondern es beteiligten sich an den Zangenoperationen außer dem Chef der Klinik 5 Assistenten, 4 Volontärärzte und 1 Famulus. Nach diesen Erfahrungen halten wir uns für berechtigt, die Kiellandsche Zange für den Praktiker als alleinige Zange zu empfehlen. Der Praktiker soll also nur diese eine Zange mit sich führen, die vollständigen Ersatz für die Naegelische Zange und darüber hinaus auch für die Achsenzugzange bietet. Voraussetzung hierfür ist allerdings, wie für die Anwendung jedes Instrumentes in der Geburtshilfe, daß der Operateur über das nötige geburtshilfliche Vorstellungsvermögen verfügt, die Indikationen und Vorbedingungen zur Operation, sowie die Wirkungsweise dieser Zange kennt. Wir raten daher dringend, vor Benutzung der neuen Zange die Arbeit von Kielland in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1916, Bd. XLIII genau zu studieren, die neuerdings als erweiterter, mit sehr instruktiven Bildern ausgestatteter Sonderdruck auf Wunsch von der Aktiengesellschaft für Feinmechanik, vorm. Jetter & Scherer in Tuttingen, die mit der Herstellung der Original-Kielland-Zange betraut ist, geliefert wird. Wir hegen ferner die Hoffnung, daß die Kielland-Zange an allen geburtshilflichen Lehrinstituten, denen ja die Verpflichtung obliegt, dem ärztlichen Nachwuchs auch die Kenntnis bewährter Neuerungen zu vermitteln, in den Lehrplan des geburtshilflichen Operationskursus aufgenommen wird. Darüber hinaus möchten wir sogar dazu raten, die Kielland-Zange im Unterricht gänzlich an die Stelle der klassischen Zange treten zu lassen; denn die Erlernung der Technik der Kielland-Zange erscheint mir, ohne hier auf Einzelheiten eingehen zu wollen, leichter als die der Naegelischen und Achsenzugzange. Berücksichtigt man ferner, daß durch die stets biparietale Anlegung der sich dem Kopf innig anschmiegenden Zange eine wesentlich schonendere Behandlung der mütterlichen Weichteile und des Schädels sich von selbst ergibt, so wird man sich unserer Forderung nicht entziehen können. Wenn einzelne Autoren behaupten, in der Klinik kein Bedürfnis

nach einer neuen Zange zu haben, so haben wir doch in manchem Fall einen größeren Eingriff hierdurch vermeiden können, jedenfalls liegen aber für die Praxis die Dinge sicher anders, wie unsere eingangs erwähnten Erfahrungen beim engen Becken und anderweit in der Literatur bekannt gegebene Erfahrungen beweisen. Der Widerstand, der bisher der allgemeinen Einführung der Kiellandschen Zange entgegengesetzt wird, beruht vielfach auf der Unkenntnis ihrer Vorteile oder mangelnder Gewöhnung an das neue Modell. Wer sein Leben lang mit der Naegeleschen Zange gearbeitet hat, dem ist die neue leichte Zange mit ihrer veränderten Zugrichtung natürlich etwas Ungewohntes; das ist leicht verständlich. Wer sich aber längere Zeit an die Kielland-Zange gewöhnt hat, dem erscheint ebenso umgekehrt das Arbeiten mit jeder anderen Zange sehr plump und ungewohnt. Ein objektives Urteil über die Kielland-Zange scheint mir deshalb nur derjenige fällen zu können, welcher sich einige Zeit ausschließlich dieser Zange bedient hat und sich ebenso an ihre geschickte Handhabung gewöhnt hat wie früher an die Naegelesche Zange. Mißerfolge mit der Kielland-Zange sind bisher nur in so geringer Zahl bekannt geworden, daß meines Erachtens die Vorteile der neuen Zange sie bei weitem überwiegen.“ (Zbl. f. Gyn. 1922 Nr. 20.)

Praeputium clitoridis und Gonokokken. Von E. Clodi und K. I. Schopper (Aus der staatlichen Bakteriologisch-diagnostischen Untersuchungsstelle Linz und der inneren Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Linz). Zusammenfassend kann auf Grund der vorgelegten Untersuchungen und Beobachtungen der Schluß gezogen werden, daß dem in der Präputialfalte des Weibes befindlichen Sekret im Falle einer Erkrankung an Gonorrhoe infolge des in 74,3% der untersuchten Fälle erhobenen Befundes von Gonokokken, sowohl hinsichtlich der Uebertragungsmöglichkeit auf den Mann, als auch hinsichtlich einer Reinfektion des eigenen Genitales und damit einer Verzögerung der Ausheilung, eine keineswegs unbedeutende Rolle zufällt. Eine auf Gründlichkeit Anspruch erhebende antigonorrhoeische Therapie des Weibes muß deshalb auch den bis zur Ausheilung der Erkrankung fortgesetzten, auf mechanischer Reinigung der Präputialfalte und Einbringung eines Desinfektionsmittel in dieselbe beruhenden Eingriff ebenso wie die regelmäßige mikroskopische Untersuchung des Präputialsekretes als unerlässlich betrachten.

(W. kl. W. 1922 Nr. 9.)

Zur Verhütung und Behandlung von Rhagaden an den Brustwarzen. Von Prof. Dr. L. Moll (Reichsanstalt für Mutter-

und Säuglingsfürsorge in Wien). „Meine Untersuchungen über das Zustandekommen der Brustrhagaden führten zu dem Ergebnis, daß, gleichgiltig, ob die Brustwarze abgehärtet wurde oder nicht, es zur Entstehung der Rhagaden kam, wenn die ersten Anlegeversuche des Säuglings in unrichtiger Weise vorgenommen wurden. Zur Entfaltung einer richtigen Saugtechnik ist es notwendig, daß die Warze dem Kinde gewissermaßen in den Mund fällt und die Milchflüssigkeit frei in die unter ihr liegende Mundhöhle des Kindes fließen kann. Wenn von seiten der Geburtshelfer strenge Rückenlage nach der Entbindung gefordert wird, so geschieht es, daß die ersten Anlegeversuche derart vorgenommen werden, daß das Kind nicht nur nicht neben die Mutter, sondern oft auf dieselbe gelegt und von ihm verlangt wird, daß es an der himmelwärts ragenden Brustwarze das Saugen erlerne. Kein Wunder, wenn das Kind, dem es nicht gelingen kann, die Brustwarze voll anzusaugen, an derselben zerrt und beißt, bis es zu Verletzungen des Epithels und schließlich zu Rhagaden kommt. Werden die Anlegeversuche jedoch an der hängenden Brust vorgenommen, so sind rhagadöse Erscheinungen ungleich seltener. Dazu ist nur notwendig, daß von seiten der Geburtshelfer gestattet wird, daß die Mutter mit gehobenem Oberkörper und in Seitenlage die ersten Stillversuche unternimmt. Je nach der Größe der Brust und der Länge und Weichheit der Brustwarze wird man in jedem Falle vorgehen müssen, um dem Kinde eine Stellung zu finden, in der es eine normale Saugtechnik zu entfalten imstande sein wird. Sobald die Mutter das Bett verlassen kann, ist die Benützung eines Stuhls sehr angezeigt. Ich habe für die Reichsanstalt einen solchen bauen lassen, der eine verstellbare Rückenlehne hat und je nach der Größe der Brust eine richtige Situation zwischen Warze und Kindesmund gestattet.“ — „Häufig geschieht es, daß der Warzenhof durch das rasche Einschießen der Milch prall gespannt wird und daß das Saugen an der dadurch wenig erhabenen Warze dem Kinde große Schwierigkeiten verursacht. In diesem Falle ist es angezeigt, jedesmal vor dem Anlegen durch Verwendung der Jaschke-Pumpe die Brust zu entleeren und auf diese Weise die Warze und den Warzenhof sauggerecht zu machen. Manchmal ist bei Kindern, denen das Erlernen des Saugens an der Brust Schwierigkeiten macht, angezeigt, eine vorteilhafte Situation in der Weise zu wählen, daß man das Kind von rückwärts anlegt, in der Weise, daß es am Rücken liegend in die Achselhöhle der Mutter blickt und die Extremitäten nach rückwärts von der Mutter zu liegen kommen. Ich habe diese Trinkart stets bei Zwillingen gewählt, damit die Mutter gleichzeitig ihre Kinder stillen kann. Die Mutter umfaßt beide Kinder mit den Armen, die Köpfe liegen

unter den Brustwarzen, und die Kindskörper sind nach außen und rückwärts unter der Achselhöhle gelagert. Aus dem Gesagten geht hervor, daß zur Verhütung der Rhagaden an den Brustwarzen von entscheidender Bedeutung ist, daß die richtige Situation zwischen Brustwarze und Mundhöhle des Kindes gewählt wird. — Einige Worte zur Behandlung der Rhagaden. Sind Rhagaden bereits entwickelt, so wird man nach dem Gesagten um so mehr danach trachten, eine für das Saugen richtige bequeme Sitzweise der Mutter zu wählen und das Trinken des Kindes durch Fixieren des Kopfes zu unterstützen. Das Kind soll gehindert werden, immer wieder die Warze loszulassen und frisch anzusaugen. Das erstmalige Erfassen der Warze ist bekanntlich am schmerzhaftesten. Da dies nicht zu umgehen ist, ist es angezeigt, das Kind jedesmal in der oben bezeichneten Weise unterstützend zu fixieren, um ein Zerren an der Brust zu vermeiden. Der Gebrauch von Saughütchen ist manchmal von Vorteil, gewöhnlich aber ohne sonderlichen Effekt, da es nur schwer zur vollen Entleerung der Brust kommt. Ich bin vom Gebrauch der Saughütchen fast ganz abgekommen und trachte in jedem Falle von rhagadösen Brustwarzen, durch die richtige Lage des Kindes zur Brustwarze und Fixation des Kopfes die Schmerzen der Mutter zu erleichtern. Trinkt das Kind die Brust nicht voll aus, so wird versucht, mit Hilfe der Saugpumpe nach Jaschke die Restmilch zu entleeren. Diese Entleerung mittels der Saugpumpe muß in sehr schonender Weise vollzogen werden und muß ein Aufreißen der Schrunden vermieden werden. Wenn das Abpumpen in geschickter und schonender Weise regelmäßig alle 3—4 Stunden geschieht, kann das Anlegen vermieden werden. Unzureichend aber ist es, wenn das Abpumpen nur wenige Male im Tage vorgenommen wird. Was die Behandlung selbst anbelangt, bin ich von der vielfach üblichen Lapisätzung abgekommen. Es entsteht durch dieselbe ein Schorf, der beim nächsten Anlegen abgewetzt wird, so daß eine noch größere Wunde resultiert. Am schlimmsten gestalten sich die Folgen der Lapisätzung bei frischen Rhagaden. Am ehesten kann man noch bei schon älteren Rhagaden eine 1%ige Lapolösung oder eine alkoholische Tanninlösung mit Erfolg verwenden. Von Entscheidung ist, ob nur eine oberflächliche rhagadöse Wunde ohne Entzündung des tiefer gelegenen Gewebes, d. h. ohne Thelitis, vorliegt. In letzterem Falle ist jegliche Aetzung kontraindiziert und eine anti-phlogistische Behandlung angezeigt. Auf diese Gewebsentzündung, welche besser Mammillitis genannt werden könnte — der Name Thelitis hat sich nicht eingebürgert — wird ärztlicherseits zu wenig geachtet. Bei frischen Rhagaden verwende ich ausschließlich eine Perubalsam (10%) und Borsäure (3%) enthaltende Salbe,

welche unmittelbar nach dem Trinken aufgelegt wird. Der Salbenfleck wird mittels Mastisol befestigt. Als wesentliche Schwierigkeit der Salbenbehandlung hat sich jedoch erwiesen, daß die Salbe nur mittels Alkohol, Benzin oder Aether zu entfernen ist. Da die Anwendung dieser Mittel einmal umständlich, dann für die Mutter schmerzhaft ist und dem Kinde wegen des zurückbleibenden Geruches unangenehm zu sein scheint, ist es zweckmäßig, eine Salbengrundlage zu wählen, die mit warmem Wasser abwaschbar ist und die genannten Nachteile vermeidet¹⁾. Sind die Entzündungserscheinungen geschwunden und beginnt die Epithelisierung, so kann man eine Puderbehandlung wählen (Zinkpuder oder Dermatolpuder). Es ist auch hier zweckmäßig, durch einen Mastisolverband die Warze zu schützen. Bei Mazerations- oder ekzematischen Erscheinungen, namentlich des Warzenhofes, verwende ich eine Zinksalbe, welche mit Stieltupfer aufgetragen wird und gleichfalls mit Wasser abwaschbar ist (Rp.: Zinc. oxyd., Talc. Venet., Aq. dest., Glycerin. aa). Bei heftigen Schmerzen, Schwellung und Infiltration der Warze ist es zweckmäßig, auf die mit Salbenverband versorgte Warze kühle Umschläge zu geben und für Hochlagerung der Brust mit dreieckigem Tuch zu sorgen. Bei beginnender Infiltration des umgebenden Mammagewebes gelingt es noch oft, durch Bettruhe, Hochlagerung der Brust, Eisumschläge, regelmäßiges, vierstündliches, vorsichtiges Abpumpen die Entwicklung einer Mastitis zu verhüten.“

Beitrag zur Kalktherapie mit Calcaona. Von Dr. Erwin Langes (Aus der Prof. v. Bardeleben'schen Poliklinik für Frauenleiden.) „Dem Präparat merkt man äußerlich die Beimengung des Kalziumchlorids nicht an, insbesondere riecht es wie jeder reine Kakao. Bei der Zubereitung muß darauf geachtet werden, daß man den Kakao nur brüht, d. h. mit heißem Wasser übergießt, nicht aber aufkocht, da sonst eine Ausflockung auftritt. Zucker und warme, aber nicht kochende Milch kann nach Belieben zugesetzt werden. Kochende Milch führt gleichfalls zu Bildung eines körnigen Bodensatzes. Beachtet man aber diese kleinen Vorschriften, so ist der Geschmack des Calcaonas sehr ähnlich dem des reinen Kakaos, jedoch habe ich in Uebereinstimmung mit allen damit behandelten Pat. feststellen können, daß der etwas weiche, leicht fade Geschmack des reinen Kakaos durch die Beimengung des Kalziumchlorids in angenehmer Weise verbessert wird. Calcaona schmeckt kräftiger, herzhafter, so daß die Pat.

¹⁾ Eine solche Salbe wird unter dem Namen „Rhadam“ vom Apotheker B. Scherak, Wien, Pötzleinsdorf, Sonnenapotheke, hergestellt.

gegen dieses Getränk nicht so leicht eine Abneigung bekommen. Magen- und Darmstörungen habe ich bei keiner Pat. beobachtet, auch nicht bei sehr elenden, kachektischen, völlig appetitlosen Frauen. Betonen möchte ich noch, daß starke Stuhlverstopfungen oder Appetitverschlechterung nicht eingetreten sind. Etwas schwierig ist die Dosierung. Ich verordnete anfänglich nur morgens 1—2 Teelöffel auf 1—2 Tassen Wasser. Da mir damit die Erfolge nicht energisch genug erschienen, ging ich zur doppelten Dosis über, d. h. morgens und abends je 2 Teelöffel auf 2 Tassen Wasser. Besonders, wenn man eine Einwirkung auf Blutungen erzielen will, scheint dies die niedrigste Tagesmenge zu sein. Ich glaube jedoch, daß man die Tagesmenge ohne Störungen noch steigern kann. Entsprechende Versuche sind noch im Gange. Im einzelnen bestand unser Anwendungsgebiet des Calcaonas entsprechend unserem gynäkologisch-geburtshilflichen Material an der Poliklinik und in meiner Privatpraxis aus stillenden Müttern und schwer anämischen Frauen, zum Teil nach größeren operativen Eingriffen mit starken Blutverlusten, zum Teil mit leichten Lungenkatarrhen oder allgemeiner Körperschwäche und Unterernährung. Das Hauptinteresse war jedoch auf Pat. gerichtet, die an starken Menorrhagien ohne nachweisbare Genitalerkrankung litten, wie sie in Menarche, bei chlorotisch-anämischen Mädchen mit leichter Hypoplasie und im Klimakterium vorkommen. Gerade diese sogenannten essentiellen Menorrhagien stellen von jeher ein undankbares und schwieriges Kapitel in der Behandlung dar. Die leider allzu häufig und wahllos verschriebenen Styptika (Styptol, Stypticin, Erystypticum, Liquidrast usw.) führten längst nicht immer zum Ziele, so daß sogar zu Ausschabungen geschritten wurde, die ebensowenig Erfolge hatten. Die Röntgentherapie, die bei den klimakterischen Metropathien das Mittel der Wahl darstellt, ist bei jüngeren Mädchen mindestens nicht ungefährlich; sollten sich nämlich die Beobachtungen mehren, daß an den Kindern und Kindeskindern vorher röntgenbestrahlter Frauen Entwicklungsanomalien entstehen, so wäre damit der Röntgentherapie bei derartigen Menorrhagien jüngerer Frauen und ein Mädchen und für alle Male das Urteil gesprochen. So schienen mir die Untersuchungen und Erfolge mit der Kalktherapie bei derartigen Blutungen durchaus der Nachprüfung wert, zumal alle derartigen Frauen und Mädchen neben oder infolge ihrer starken Menstruationsblutungen anämisch und schwächlich sind, Krankheiten, zu deren Besserung die Kalkbehandlung gleichfalls empfohlen ist. In 6 Fällen derartiger essentieller Menorrhagien versuchte ich das Calcaona, und zwar handelte es sich in 4 Fällen um Mädchen von 20—30 Jahren, in 1 Falle um ein 14jähriges Mädchen mit starken Menarcheblutungen und

in 1 Falle um eine 41 jährige Frau mit starken beginnenden klimakterischen Blutungen. In allen Fällen war eine gewisse Einwirkung unleugbar. Die Periodenblutungen, die bisher 8—10 Tage gedauert hatten und als sehr stark angegeben wurden, wurden meist schon bei der ersten Regel nach Einleitung der Behandlung, stets aber bei der zweiten als bedeutend schwächer und von kürzerer Dauer geschildert. Bei einer Pat., bei der schon 8 Tage vor Eintritt der eigentlichen Menstruation ein lästiges Vorbluten, d. h. geringe blut-schleimige Absonderung bemerkt wurde, wurde diese unangenehme Begleiterscheinung bereits 14 Tage nach Gebrauch des Mittels auf 3—4 Tage herabgedrückt. Die günstige Beeinflussung hielt bei fast allen Pat. bereits 3—4 Monate an, allerdings wurde das Mittel noch immer als regelmäßiges Morgen- und Abendgetränk anstatt anderen Kakaos getrunken. In 3 anderen Fällen wurde das Präparat im Anschluß an Entbindungen verordnet, und zwar in Fällen, bei denen die Kinder schwächlich waren und mit auffallend weichen Kopfknochen und großen Fontanellen zur Welt kamen. In allen 3 Fällen machte die Knochenbildung und sonstige Entwicklung gute Fortschritte. Die Kinder kräftigten sich zusehends und zeigten ebensowenig wie die Mutter irgendwelche durch die Kalkdarreichung verursachte Störungen. Schließlich wurde das Präparat noch in 9 Fällen von Anämien nach Operationen, von allgemeiner Körperschwäche und Unterernährung, zum Teil kompliziert durch leichte Lungenkatarrhe, verabfolgt, und zwar hier nur 1—2 Teelöfel täglich. Auch alle diese Pat. machten in der Erholung und Kräftigung gute Fortschritte, die Blässe verschwand, die durch die Blutarmut bedingten Herzbeschwerden besserten sich, kurz, es konnte eine sichtliche Hebung des Allgemeinbefindens und Kräftigung des Gesamtorganismus festgestellt werden. Naturgemäß ist schwer zu sagen, ob die Besserung allein dem Kalk zuzuschreiben ist; sicher ist jedoch, daß er eine wirksame Unterstützung in der Kräftigung und Blutbildung darstellt. Zusammenfassend möchte ich mein Urteil dahin abgeben, daß das Calcaona eine wertvolle Bereicherung der Kalktherapie darstellt; hat es doch vor allen Kalkpräparaten den Vorteil, daß es sehr gut schmeckt und wochen- und monatelang gern und ohne Störung genommen werden kann. Dabei ist eine gute Kalkwirkung unverkennbar, wie besonders aus der hämostyptischen Wirkung hervorgeht. Längere Beobachtungen und weitere Forschungen werden möglicherweise das Anwendungsgebiet noch erweitern, zumal wenn die Dosierung noch genauer festgelegt ist, so besonders bei Schwangerschaftstoxikosen und anderen innersekretorischen Störungen. Da das Präparat sich auch als ein sehr gutes Kräftigungsmittel für Anämische und Schwache

erwiesen hat, so stellt es sich auch in dieser Beziehung würdig an die Seite unserer besten Nährpräparate und wird daher in allen Fällen Verwendung finden müssen, in denen außerdem eine spezifische Kalkwirkung erreicht werden soll, d. h. besonders bei schwächlichen und anämisch werdenden und stillenden Müttern, bei denen der Kalkstoffwechsel so eminente Bedeutung hat.“

(Zbl. f. Gyn. 1922 Nr. 11.)

Technisches.

Zur Technik der intravenösen Salvarsan-Novasurolmischung. Von Dr. Martin Bab in Charlottenburg. „Die intravenöse Novasurol-Salvarsanbehandlung hat sich sehr schnell große Beliebtheit verschafft, und besonders bei der Behandlung syphilitischer Herzkranke scheint sie wegen der diuretischen Wirkung des Novasurols außerordentlich wertvoll zu sein. Als Uebelstand wird jedoch vielfach empfunden, daß die Mischung undurchsichtig ist, wodurch die Vermeidung von schmerzhaften Infiltraten sehr erschwert wird. Winkler empfiehlt daher, Doppelspritzen herzustellen oder das Novasurol so zu verändern, daß es sich mit Salvarsan nicht trübt. Dieser Schwierigkeit entgehe ich durch folgenden kleinen Kunstgriff. Nachdem das Gemisch in der Spritze aufgesogen ist, aspiriere ich etwas Luft, die als kaum linsengroße Luftblase am oberen Ende der aufwärts gerichteten Spritze bleibt. Steche ich jetzt in die Vene und sauge das Blut an, so kann man durch die Luftblase hindurch bequem das Blut eindringen sehen. Nach dieser Feststellung injiziere ich die Lösung in die Vene; die Luftblase hält sich in der Spritze und dringt erst ganz zum Schlusse in die Kanüle, so daß man vorher die Injektion abbrechen kann. Dringt jedoch einmal diese kleine Luftblase in die Vene, so hat dies nach hundertfältiger Beobachtung gar keinen Schaden für den Patienten.“

(D. m. W. 1922 Nr. 22.)

Ein wärmehaltender, regulierbarer Infusions-Apparat. Von Dr. W Pust (Aus der Frauenklinik von weil. Prof. Busse (Jena). Die bisherigen Modelle für intravenöse, subkutane und rektale Infusionen sind unzureichend, da die Abkühlung (5 bis 10°) unzulässig und unkontrollierbar groß, ja u. U. bedenklich ist. Die doppelwandige Vakuumbürette*) ermöglicht Konstanz und genaue Kontrolle der Infusionstemperatur. Der Apparat ist handlich, stabil, auskochbar, durchsichtig und leicht zu bedienen.

(M. m. W. 1922 Nr. 17.)

*) E. Koellner, Jena, Glastechnische Anstalt.

Neue Bücher.

Im Verlage von C. Kabitzsch in Leipzig ist eine Anzahl von medizinischen Werken erschienen. So in 4ter Auflage das bekannte Buch von Havelock Ellis: „Geschlechtstrieb und Schamgefühl“ Bd. 1. Preis: 50 Mk. Es ist den Aerzten so bekannt, daß eine „Empfehlung“ an dieser Stelle sich erübrigt. Wer es noch nicht besitzt, dem kann man nur raten, es sich anzuschaffen. — Großes Interesse wird auch ein Buch von E. Wachtel: „Sonderfälle der Fruchtabtreibung“ erwecken (Preis 30 Mk.), zumal in der heutigen Zeit, wo das Thema hochaktuell ist. Die medizinische Indikation und die soziale werden eingehend erörtert und in sehr interessanter Weise beleuchtet. — M. Hirschs Buch: „Die Gattenwahl“ (Preis 10 Mk.) wird sicherlich vielen hochwillkommen sein, Ein ärztlicher Ratgeber bei der Eheschließung hat bisher gefehlt. Er ist heut nötiger als je. Und da der erfahrene Autor es versteht, das Thema mit klaren und kurzen Worten nach jeder Richtung hin zu beleuchten, wird ihm der Dank der Leser sicher sein. — Für den Praktiker sehr empfehlenswert ist R. Panses „Der praktische Hals-, Nasen- und Ohrenarzt“. Es ist erstaunlich, wie der Autor es fertigbringt, den großen Stoff auf 160 Seiten zu bearbeiten und trotzdem das Wichtige und Notwendige allenthalben zu bringen. Nur reiche Erfahrungen befähigen zu solcher Leistung, und diese Erfahrungen leuchten aus jeder Seite des Buches hervor, in dem für die Praxis wertvolle Winke einen hervorragenden Raum einnehmen. Preis des Werkes: 50 Mk. — Nicht minder für den Praktiker wichtig ist O. Seiferts Buch: „Die Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel“ (Preis: 50 Mk.) Der 1. Teil ist früher erschienen, der jetzt vorliegende 2. Teil wurde notwendig wegen des inzwischen angehäuften reichen Materials. Sehr zu begrüßen ist es, daß der Autor jetzt die alphabetische Reihenfolge gewählt hat, wodurch das Nachschlagen wesentlich erleichtert wird.

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.24.— aussch. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

31. Jahrgang

Nr. 12.

September 1922

Aetiologisches.

Aetiologie und Prognose der serösen Pleuritis beim Kinde.
Von Dr. W. Neuland (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin).
Alle, die sich mit der sog. idiopathischen serösen Pleuritis des Erwachsenen beschäftigt haben, sind sich einig, daß über die Hälfte der Patienten früher oder später, meist schon in den ersten 5 Jahren nach ihrer Pleuritis, an einer Tuberkulose der Lungen erkranken und zum Teil daran zugrunde gehen. Schon diese Folgeerscheinung drängt die Autoren zu dem Schluß, eine seröse Pleuritis des Erwachsenen, bei der weder anamnestisch noch klinisch eine Grundkrankheit nachzuweisen ist, als eine tuberkulöse und gleichzeitig ernst zu nehmende Erkrankung anzusehen. In Anbetracht so zahlreicher und übereinstimmender Ergebnisse handelte es sich um die Beantwortung der praktisch wichtigen Frage: sind die beim Erwachsenen gemachten Erfahrungen ohne weiteres auf das Kind zu übertragen, d. h. ist

1. die seröse Pleuritis unbekannter Aetiologie auch beim Kinde tuberkulöser Natur und
2. entwickelt sich nach einer serösen Pleuritis im Laufe der Jahre so oft wie beim Erwachsenen auch beim Kinde eine Tuberkulose der Lungen?

Verf. kommt auf Grund der Ermittlungen zu dem Schlusse: Sicher beruht nicht jede seröse Pleuritis unbekannter Ursache im Kindesalter auf einer Tuberkulose. Ein größerer Prozentsatz hat sogar ziemlich sicher (absolut beweisend wäre auch für diese Behauptung nur die intrakutane Tuberkulinreaktion) nichts mit der Tuberkulose zu tun. Die seröse Pleuritis des Kindes steht also bei weitem nicht in so enger Beziehung zur Tuberkulose wie die des Erwachsenen. Als Resultat der Beobachtungen ergibt

sich: Von 24 Kindern, die zur Zeit ihrer Erkrankung an Pleuritis tuberkuloseinfiziert waren, blieben 18 nach 1—10 Jahren völlig gesund, bei 7 von diesen waren nur geringe Reste der früheren Krankheit nachweisbar; 2 boten nach 2—3 Jahren sichere Zeichen einer aktiven, 1 einer überstandenen Lungentuberkulose. 1 Kind litt an tuberkulöser Wirbelkaries, 2 zeigten bei der Nachuntersuchung einen für Tuberkulose zweifelhaften, für ihre Träger derzeit jedoch harmlosen Befund. Bei jenen 5 Kindern, die zur Zeit ihrer Erkrankung einen negativen Pirquet hatten, war eine Tuberkulose bei der Nachuntersuchung nicht festzustellen. Die Nachforschungen über die Folgen der serösen idiopathischen Pleuritis haben somit ergeben, daß sie auch beim tuberkuloseinfizierten Kinde keine völlig harmlose Erkrankung ist; allerdings gestattet sie beim Kinde eine weit bessere Prognose gegenüber einer folgenden Tuberkulose als beim Erwachsenen. Wir wollen uns mit der Feststellung dieser Tatsache begnügen und diese Unterschiede der beiden Altersstufen nicht mit Hypothesen zu erklären versuchen. Den Angehörigen brauchen wir wegen der Zukunft des Kindes keinesfalls Sorge ins Haus zu tragen. Es erscheint notwendig, dies zu betonen, denn mehrmals war dem Kinde nur eine Lebensdauer von höchstens 10—15 Jahren von dem behandelnden Arzte prophezeit worden. Andererseits dürfen wir aber doch die Kinder nicht ganz aus dem Auge verlieren. Beginnende Lungenerkrankungen werden dann, frühzeitig genug erkannt werden, um einer wirksamen Therapie, wenn möglich der Pneumothoraxbehandlung, zugeführt zu werden.

(Kl. Wschr. 1922 Nr. 10.)

Uebermäßiger Nikotingenuß als Ursache einer allgemeinen Endarteriitis. Von Dr. Siegfried Suchy, Wien. „Wenn wir epikritisch das Krankheitsbild resümieren, so fällt vor allem eine Erkrankung nicht nur der peripheren, sondern auch der zerebralen Hirngefäße sowie ein Mitergriffensein der Koronararterien auf. Für das letztere sprechen nicht nur die auffallend leisen Herztöne und die Verschiedenheit in der Stärke des Pulses an der rechten oberen Extremität, sondern auch ein vor 2 Jahren stattgehabter stenokardischer Anfall. — Das Fehlen des Pulses an der linken oberen Gliedmaße, sowie die bald auftretende Blässe, bald Bläue der Hände sowie der Füße deuten auf eine Endarteriitis der Arterien, während die Schlafsucht und Störung der Intelligenz aus einer Sklerose der Hirngefäße zu erklären sind. Das Anfangssymptom des Leidens, die abnormen Sensationen in den unteren Gliedmaßen, die zweifellos auf einer gestörten Zirkulation beruhen, liegen in einer Erkrankung der Gefäße. Letztere kann in die Gruppe jener Gehstörungen eingereiht werden, die ein andermal

unter dem Bilde des intermittierenden Hinkens auftreten und uns veranlassen, besonders, wenn auch schmerzhaftes Sensationen vorhanden sind, an eine Endarteriitis zu denken und den Kranken einer genauen Untersuchung zu unterziehen, um nicht in eine Fehldiagnose zu verfallen und Rheumatismus oder Neuralgie zu diagnostizieren. Die anfangs vorhandene Parese der linken Körperhälfte, welche sich in der Folge zu einer vollständigen Lähmung (Paralyse) gestaltete, sowie der Umstand, daß das Bewußtsein manchmal klar war, dann wieder einem getrüben Platz machte, erklärt sich teils durch die Zunahme, teils zeitweilige Abnahme des Hirnödems. Wenn wir uns fragen, welches die Ursache dieser allgemeinen Gefäßerkrankung sein könnte, so kann diese nur in einem Abusus des Rauchens liegen. Für die hochgradige, bis zur Obliteration mancher Gefäße, Stenokardie und zu so folgenschweren Hirnstörungen führende Gefäßerkrankung, war das Alter des Kranken als Ursache der Erkrankung nicht so hoch. Derselbe war absolut kein Trinker. Doch huldigte er dem übermäßigen Nikotingenusse — 50 Zigaretten täglich —, wie er auch reichlich schwarzen Kaffee und Tee konsumierte. Die Wa.R., die ich anstellen ließ, fiel negativ aus, überhaupt bestanden keine Anhaltspunkte für eine venerische Erkrankung aus den früheren Lebensjahren. So kommen wir per exclusionem anderer Ursachen zu der Ansicht, daß nur die Aufnahme von Nikotin in großen Mengen, gepaart mit der von Thein und Koffein, die Veranlassung dieser hochgradigen Gefäßerkrankung war, welche sich uns zunächst durch Gehstörungen im Sinne einer Art intermittierenden Hinkens präsentierte, zu einer Endarteriitis sowohl der peripheren als zentralen Gefäße führte und durch Zerreißen eines Blutgefäßes und durch Nachsickern von Blut aus diesem eine komplette Lähmung veranlaßte. Jedenfalls beweist dieser Fall, wie deletär das Nikotin auf sämtliche Gefäße wirken kann. Andererseits ist dieser insofern lehrreich — deswegen erachte ich ihn für eine Publikation wert —, daß man beim Auftreten ähnlicher, oft das Anfangssymptom der Erkrankung bildender Gehstörung, besonders wenn sich abnorme Sensationen hinzugesellen, nicht einen Abusus von Nikotin, Thein oder Koffein vergesse, indem man durch ein frühzeitiges Einstellen dieser Schädlinge möglicherweise wenigstens eine Zunahme der Erkrankung verhüten kann, daß es nicht zu einem Gefäßverschlusse oder sogar zu einer Blutung kommt.“ (M. Kl. 1922. Nr. 7.)

Diagnostisches.

Ueber späte Malariarückfälle schreibt Prof. Dr. K. Brandenburg (Berlin). „Zu den hartnäckigen Kriegskrankheiten, die lange

Zeit hindurch in der Bevölkerung bei den Kriegsteilnehmern haften bleiben, gehört die Malaria. Man tut gut, sich an diese Tatsache zu erinnern, denn an die Verbreitung alter Malariainfektionen unter den früheren Soldaten wird man zuweilen durch überraschende Erfahrungen gemahnt. Es kann sich wohl ereignen, daß der Zusammenhang eines fieberhaften Zustandes mit Malaria nicht oder erst verspätet erkannt wird. Die Fehldiagnose ist um so mehr verständlich, wenn man in Erwägung zieht, daß der Arzt in diesem Winter mit einer Nachzügler-Epidemie der Grippe so reichlich sich zu beschäftigen hatte, daß die diagnostische Erwägung sich leicht auf jene mit Influenza zusammenhängenden Krankheitszustände einstellt. Die Dinge liegen ja auch so, daß die Malariarückfälle deswegen zuweilen übersehen werden, weil sie wenig auffallende allgemeine und besondere Krankheitszeichen liefern und weil manche Kranke es unterlassen, dem Arzt durch Vorgeschichte und Klagen den richtigen Weg zu weisen. Die Hauptsache ist hier wie überall bei diagnostischen Erwägungen, zunächst überhaupt an eine Möglichkeit der Malaria zu denken. Die Diagnose wird alsdann unschwer auf das richtige Geleise geführt. In den Fällen, wo der Kranke im Felde früher Malariaanfalle unter der richtigen Diagnose durchgemacht hat, wird er sich an die Ähnlichkeit der gegenwärtigen Beschwerden mit den damaligen erinnern. Aber leichte Anfälle von Unbehagen und Fieberbewegungen werden selbst von Leuten, die wissen, daß sie früher an Malaria gelitten haben, als Erkältungen oder Influenzazustände angesehen. Es erregt immer wieder das Erstaunen des Diagnostikers, wenn er bei solcher Gelegenheit sich von der merkwürdigen Tatsache überzeugen muß, daß eine Malaria lange Zeit, unter Umständen jahrelang, von dem Kranken beherbergt wird, ohne gröbere und störende Erscheinungen zu machen. So war jetzt ein 35jähriger Rohrleger im Jahre 1917 im Felde an Malaria erkrankt. Nach Chininbehandlung blieb er jahrelang beschwerdefrei und erkrankte erst am 20. Dezember 1921 von neuem an Fieberanfällen, die etwa alle 14 Tage auftraten. Diese Anfälle hat er selbst nicht als Malariaanfalle angesehen und hat wegen dieser nur wenige Tage dauernden Zustände den Arzt nicht aufgesucht. Als er während einer dieser Anfälle auf die innere Abteilung des Virchow-Krankenhauses aufgenommen wurde, konnte die Diagnose aus dem Milztumor und dem Blutbilde gestellt werden. Bemerkenswert ist seine Angabe, daß er unter den Fieberanfällen vorzüglich dann litt, wenn er vorher mehr als gewöhnlich Alkohol zu sich genommen hatte. Ein anderer, gegenwärtig 29 Jahre alter Tapezierer bestritt bestimmt, im Felde eine Malariaerkrankung durchgemacht zu haben, obgleich er zuerst in Russisch-Polen, dann in der West-

front sich aufgehalten hatte. Seit dem Jahre 1919 hatte er wiederholt Schüttelfröste von kurzer Dauer, Veranlassung für die Fieberanfälle weiß er nicht anzugeben. Sie sind ohne Behandlung wieder vergangen. Der Kranke beschränkte sich darauf, an diesen Tagen nicht zur Arbeit zu gehen und sich zu Hause hinzulegen. Vor dem gegenwärtigen Anfall, der ihn ins Krankenhaus führte, hatte er in der Absicht, nach einer Arbeit in einem feuchten, zugigen Keller einer Erkältung vorzubeugen, eine Schwitzprozedur vorgenommen und 50 ccm Rum nach einem heißen Bade getrunken. Am nächsten Tage erkrankte er an Schüttelfrost und Fieber und blieb zunächst in der Behandlung des Kassenarztes wegen leichter Influenza zu Hause. Als das Fieber nicht schwand, wurde er wegen mangelnder häuslicher Pflege ins Krankenhaus gebracht. In den beiden Fällen waren bei der Untersuchung keine weiteren Veränderungen zu erheben als eine große, derbe Milz und ein ungewöhnlich blasses Aussehen. Bei den fiebernden Kranken wurden im Blute ein auffallender Gehalt der weißen Zellen an Blutpigment gefunden und Malariaparasiten in Ring- und Halbmondform, die als Tropikaform angesprochen wurden. Erschwert wird die Stellung der Diagnose dann, wenn Organerkrankungen gleichzeitig vorliegen, die geeignet sind, die Diagnose zu fälschen. Bei einem 40jährigen Wickler, der nach seiner Angabe im Jahre 1916 im Felde an Gelenkrheumatismus und Herzbeschwerden, aber nicht an Malaria gelitten hatte, traten seit Herbst 1921 meist dauernd anhaltende Fieberzustände ein. Im November 1921 hatte er sich eine frische Syphilis zugezogen und infolgedessen Salvarsaneinspritzungen bekommen. Im Anschluß an die intravenösen Einspritzungen traten Fieberzustände bis zu 40° auf, zugleich mit heftigen Fieberdelirien, Kopfschmerzen und Schüttelfrösten. In sehr elendem Zustande wurde er als Grippekranker ins Krankenhaus geliefert. Katarrhalische Erscheinungen an den oberen Luftwegen und neuralgische Zustände fehlten, dagegen klagte er über Gelenkschmerzen. Bei dem schwer anämischen Kranken war ein systolisches Blasen über dem Herzen zu hören, und so wurde unter Berücksichtigung seiner früheren Herzerkrankung zunächst mit der Möglichkeit einer Endocarditis lenta gerechnet. Die stark vergrößerte derbe Milz überragte um 4 Fingerbreite den linken Rippenbogen. Nach wiederholten Untersuchungen gelang es, im Blutausstrich Malariaparasiten festzustellen. Bemerkenswert ist in diesem Falle, daß die Malariainfektion, über deren erstes Auftreten im Felde Angaben nicht gemacht wurden, offenbar Jahre hindurch keinerlei Beschwerden gemacht hat. Erst im Anschluß an die Salvarsankur traten Fieberanfälle, und zwar in heftiger Form auf. Wie viele ähnliche Beobachtungen, zeigt dieser Kranke mit

besonderer Deutlichkeit die Empfindlichkeit von Malariaparasiten-trägern gegenüber einer intravenösen Salvarsanbehandlung. Neuerdings ist darauf hingewiesen, daß bei Leuten, die mit Malaria infiziert gewesen sind, nach Salvarsan auch schwere Zustände von Gelbsucht auftreten können. Diese Erfahrungen mahnen daran, bei früheren Kriegsteilnehmern mit der Einleitung einer Salvarsanbehandlung vorsichtig zu sein. In den mitgeteilten Fällen bestätigte der Erfolg der Chininbehandlung die Richtigkeit der Diagnose. Nach den ersten Gaben von 3 mal $\frac{1}{4}$ g kehrt die Temperatur zur Norm zurück. Bei den mit Salvarsan behandelten Malariakranken wurde die unliebsame Erfahrung gemacht, daß die Bekämpfung der Zustände nicht geringe Schwierigkeiten machte; während der ersten Wochen, wo Chinin täglich gereicht wurde, blieben die Anfälle weg. Als im Laufe der nächsten Wochen das Chinin tagelang ausgesetzt wurde, setzte von neuem ein Schüttelfrost ein. Unter diesem Eindruck fragt man sich, ob es wirklich einen Zweck hat, die Kranken schematisch von vornherein wochenlang mit Unterbrechungen unter Chinin zu halten. Bei einem unserer Fälle hatten wir mit diesem Verfahren kein Glück. Es wäre wahrscheinlich das Gleiche erreicht worden, wenn man sich darauf beschränkt hätte, nur von Anfall zu Anfall Chinin zu geben und sich nur an die Behandlung der eigentlichen Fieberanfalle zu halten. So wenig neu derartige Erfahrungen sind, so ist es doch gut, sich bei geeigneten Fällen wieder daran zu erinnern. Es ist nützlich, daran zu denken, daß die jetzt so zahlreichen frischen Syphilerkrankungen vorwiegend mit intravenösen Salvarsaneinspritzungen behandelt werden, und daß diese Behandlung zwar ein ausgezeichnetes Mittel ist, um latente Malariainfektion zu entdecken, aber zugleich nicht ohne Gefahren, da unter Umständen schwere und bösartige Zustände sich entwickeln können. Länger dauernde, mit Schüttelfrösten einhergehende Fieberbewegungen nach Salvarsankuren sollten auf die Möglichkeit alter Malariainfektionen hinweisen. Aber auch die Angabe mancher Kranken, daß sie nach Exzessen mancherlei Art, zumal nach starkem Alkoholgenuß, öfter mehrtägige Temperatursteigerungen unter Mattigkeit und Frostgefühl durchzumachen haben, wird auf den Zusammenhang mit Malaria hinweisen. Freilich wurde von anderen Malariakranken mit Bestimmtheit eine auslösende Ursache für die Fleberanfalle bestritten. Es bleibt nichts übrig, als sich in diesem Falle mit der Vorstellung zu begnügen, daß die Widerstandskraft der Parasitenträger aus irgend einem Grunde gemindert und dadurch der Selbstschutz durchbrochen worden ist. Die Schwierigkeiten für unser Vorstellungsvermögen sind dabei etwa die gleichen wie bei der Entstehung einer Lungenentzündung, wo

ja auch in vielen Fällen das Versagen des Selbstschutzes gegenüber den in den oberen Luftwegen hausenden Pneumokokken unerklärt bleibt. Man wird sich vor Fehldiagnosen am besten dadurch schützen, daß man bei Fieberzuständen unklarer Entstehung an die Möglichkeit einer alten Malaria denkt. Ein brauchbarer Fingerzeig neben der Blässe der Kranken ist die derbe, große Milz. Der Arzt, der die Untersuchung auf Malaria im Blut nicht selbst ausführen will, hat die Möglichkeit, ein Untersuchungsamt zu diesem Zweck in Anspruch zu nehmen. Auch ein jahrelanger fieberfreier Zwischenraum spricht nicht gegen die Möglichkeit einer Malaria. Freilich ist die Angabe mancher unserer Kranken, daß sie länger als vier Jahre keine Fieberanfälle gehabt haben, mit Vorsicht aufzunehmen, da kurz dauerndes Frostgefühl und Mattigkeit gewöhnlich von den Befallenen nicht beachtet oder falsch gedeutet werden.

(M. Kl. 1922 Nr. 16.)

Kasuistisches.

Ein Fall von einseitiger linearer Psoriasis. Von Dr. Jos. Stangenberg (Bonn). Es handelt sich um eine einseitige Psoriasis, die, auf den ersten Blick einen Zoster vortäuschend, fast streng den Nervenbahnen entsprechend verläuft. Nach der Voigtschen Einteilung handelt es sich um das Gebiet der Plexus thoracalis und Plexus lumbalis. Man hält die Psoriasis teilweise für eine parasitäre Erkrankung ohne daß bisher ein bestimmter Erreger gefunden wurde; andere führen sie auf neuropathische Ursachen zurück. Wieder von anderer Seite wird sie mit dem Körperstoffwechsel in Zusammenhang gebracht. Wenn auch bisher keine sicheren Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß die Psoriasiseruptionen an ein bestimmtes Hautnervensystem gebunden sind, so sprechen doch manche Beobachtungen dafür, daß das Nervensystem wenigstens eine große Rolle dabei spielt. Nach Polotebnoff sollen alle Psoriasiskranke abnorme Aeüßerungen des Nervensystems zeigen, vor allem in bezug auf Herztätigkeit, Körperwärme und Schweiß. Als besondere Gelegenheitsursachen führt er geistige Ueberanstrengung und psychische Affekte in erster Linie an. Zahlreiche Beobachtungen liegen vor, wo nach einem Ausbruch der Krankheit ein psychischer Insult, wie Aufregung, Aerger, Schreck, vorausging. Eulenburg führt eine neuropathische Veranlagung ins Feld. Nach Tilbury-Fox hängt die Psoriasis mit einer Affektion der trophischen Nerven zusammen. Weyl sieht die Psoriasis als Folge einer funktionellen Schwäche des die Hauternährung regulierenden Zentrums an. Auch im vorliegenden Falle liegen Störungen von seiten des Nervensystems im obigen Sinne vor. Die Patientin leidet sehr unter Wärme und schwitzt

stark. In der Zeit vor dem Ausbruch der Krankheit hat sie viel Gemütsbewegung gehabt; fast täglich Aerger. Betrachtet man dann noch einmal das Bild der Erkrankung, fast streng präformierten Nervenbahnen folgend, so muß man doch gestehen, daß trotz sich neuerdings wieder geltend machender Einwände die neuropathische Theorie bei den Ursachen der Psoriasis keine zu geringe Rolle spielen dürfte. (Derm. Wschr. 1922 Nr. 9).

Beitrag zur Askaridenintoxikation. Von Dr. E. Weber. (Aus dem Kreiskrankenhaus Blumenthal-Hannover). I. 11jähriges kräftiges Mädchen erkrankt am Weihnachtsabend 8 Uhr mit heftigem Erbrechen und Leibschmerzen. 2 Stunden später von den Eltern Wurmpulver, das bereits wiederholt mit Erfolg bei ähnlichen Beschwerden angewandt. Nachts 2 Uhr 15 Tropfen Tinct. Opii durch konsultierten Arzt. 1. Weihnachtstag mittags 2 Uhr Einlieferung ins Krankenhaus wegen Peritonitis. Aufnahmebefund: Facies abdominalis, Sensorium leicht getrübt, Zunge trocken, Abdomen aufgetrieben, allenthalben druckschmerzhaft, Temperatur rektal 38,7, Puls nicht fühlbar. Nach gründlicher Vorbereitung durch Kochsalzinfusion und Herzexzitantien, die das schwere Krankheitsbild kaum beeinflussten, nachmittags 4 Uhr 30 Min. in leichter Aethernarkose Operation in der Annahme eines peritonealen Shocks (Perforation?). Appendix o. B. Dünndarmschlingen nicht aufgetrieben, stellenweise durch zahlreiche, zum Teil zu größeren Konvoluten aufgeknäuelte Askariden gefüllt. Serosa an mehreren Stellen tiefrot bis bläulich an den gestauten Stücken verfärbt. Keine Perforation nachweisbar. Noch vor Beendigung der Bauchdeckennaht Exitus, wobei sich blutig-schleimig-eitrig Massen Darminhalts per rectum entleerten. Sektionsbefund: Serosa im unteren Ileum bis zur Einmündung ins Zökum tiefdunkelrot bis bläulich verfärbt, an anderen Dünndarmteilen intensiv gerötet und von kleinen Blutungen durchsetzt, die Schleimhaut dementsprechend bis zur Nekrose verändert. Ungefähr 60 teils in Knäueln zusammengeballte, teils über den Dünndarm verstreute Spulwürmer. (Cor, Pulmones o. B.) Es handelt sich hier um einen innerhalb 24 Stunden tödlich verlaufenden Fall schwerster Darmintoxikation, bei der sicher mehrere Faktoren eine Rolle spielen: Giftwirkung der Askariden an sich, Steigerung der Toxinmengen durch Zerfallsprodukte der geschädigten oder zum Absterben gebrachten Spulwürmer als Folge des Wurmmittels, beschleunigte Darmresorption durch die die Peristaltik hemmende Opium. Wie weit außerdem der Obturationsileus bei dem schnellen Verlauf der Erkrankung ins Gewicht fällt, bleibe dahingestellt.

II. 8jähriges kräftiges Mädchen, 3 Tage vor der Einlieferung

ins Krankenhaus Wurmmittel. 2 Tage später Erbrechen. Abdomen gespannt, stark schmerzhaft, durch den zugezogenen Arzt Peritonitis diagnostiziert. Operation zunächst abgelehnt, am nächsten Morgen (Temperatur rektal 38, Puls 120) Laparotomie im Krankenhaus: Reichliches, trübmilchiges Exsudat mit Fibrinfetzen, mikroskopisch Leukozyten ohne Bakterien; deutliche Injektion der Dünndarmserosa, stärkere an der Appendix und den rechten Tubenfimbrien; zahlreiche Askariden durch die Darmschlingen fühlbar, ihre Entfernung erschien wegen der Verteilung auf den ganzen Darm nicht durchführbar. Appendektomie, Drainage. Tropfeinläufe, Digitalis, Lichtbogen. Spontane Defäkation vom 3. Tage p. op. ab. Anfängliche Besserung, nach 1 Woche erneute Verschlimmerung. Die Relaparotomie links am 10. Tage ergab: reichlich dickflüssiges, fibrinöses Exsudat, verdickte Mesenterialdrüsen. Am 11. Tage unter zunehmender allgemeiner und Herzschwäche Exitus letalis. Auch hier handelt es sich um eine ausgesprochene, wenn auch schleichend verlaufende Askaridengiftwirkung. Jedenfalls liegen Erscheinungen eines Obturationsileus nicht vor, wie denn auch eine andere Organerkrankung nach dem klinischen Verlauf nicht anzunehmen ist. Die beiden Fälle sollen nur erneut bestätigen: Während in der großen Mehrzahl der Fälle selbst erstaunliche Mengen von Darmschmarotzern ohne erhebliche Störungen und Schädigungen beim Menschen vorkommen, ist die Gefährlichkeit dieser Parasiten für ihre Träger, schon allein durch ihre toxische Seite, nicht zu unterschätzen. (M. Kl. 1922 Nr. 20.)

Fall von amyostatischem Symptomenkomplex nach Salvarsan.
 Von Dr. Paul Matzdorff (Aus dem Allgem. Krankenhause St. Georg, Hamburg). „Bei den durch das Salvarsan hervorgerufenen Hirnschädigungen handelt es sich um eine Encephalitis haemorrhagica, die vorwiegend in den zentralen Hirnteilen ihren Sitz hat. In Anbetracht dieser Lokalisation ist es bemerkenswert, daß noch kein geheilter Fall einer Salvarsanerkrankung beschrieben worden ist, welcher den amyostatischen Symptomenkomplex geboten hat. Aus diesem Grunde scheint folgender Fall der Mitteilung wert zu sein. „Helene J., 19 Jahre alt. Aufnahme am 7. 10. 1920. Anamnese: Vater und 8 Geschwister gesund, Mutter mit 63 Jahren und ein Bruder mit 30 Jahren an Lungenleiden gestorben. Ein Bruder mit 38 Jahren an Hirnschlag gestorben. Als kleines Kind hat die Patientin Masern, mit 14 Jahren Diphtherie durchgemacht. Mit 18 Jahren (1918) starke Grippe. In demselben Jahre im Anschluß an geschlechtlichen Verkehr Ausfluß aus der Scheide. Sie wurde deswegen in einer Hautklinik behandelt. Die angestellten Nachforschungen ergaben, daß die Patientin 2 Monate nach dem

Verkehr wegen Lues mit Lymphdrüsenanschwellungen am Halse, Roseola auf dem Rücken, der Brust und dem Bauch, sowie Papeln auf der Zunge spezifisch behandelt worden war. Außerdem bestand eine Gonorrhoe. Es wurden ihr dort im Verlaufe von 7 Wochen 8 Spritzen Salvarsan (zuerst zu 0,3 g, später zu 0,2 g), im ganzen 2,0 g gegeben; außerdem erhielt sie 8 Spritzen 0,05 Mercinol. In privatarztlicher Behandlung hat die Patientin dann noch eine nicht mehr festzustellende Dosis Salvarsan bekommen. Wie sich die nun auftretenden Erscheinungen entwickelt haben, ist leider nicht objektiv festzustellen, und wir sind auf die Aussagen der Patientin und ihrer Angehörigen angewiesen. Da die Angaben der Patientin aber sonst gut mit den Resultaten der angestellten Nachforschungen übereinstimmen, haben wir keinen Grund, an der Richtigkeit ihrer übrigen Aussagen zu zweifeln. Die Patientin hat sich angeblich während der Kur völlig wohl befunden bis auf das Gefühl mäßiger Uebelkeit nach jeder Spritze. Die letzte Salvarsanspritze hat sie schlecht vertragen. Sie fühlte sich danach steif, konnte nur schwer nach Hause gehen und mußte sich für 8 Tage zu Bett legen. Sie konnte Glieder und Augen schlecht bewegen, hatte Doppelbilder, Harn- und Stuhlverhaltung. Im Laufe der Zeit besserte sich die Sprache, blieb aber leise, eintönig und stimmlos. Seit Mai 1919 trat Zittern in den Gliedmaßen bei Bewegungen auf, die Bewegungen blieben steif, langsam und unbeholfen. — Vom Status praesens ist bemerkenswert: Das Gesicht ist starr und maskenartig, der Mund dauernd geöffnet, der Unterkiefer hängt herab. Aktive Bewegungen des Kopfes und der Glieder geschehen nach allen Richtungen in vollem Ausmaße und mit guter roher Kraft, aber langsam, wie gegen inneren Widerstand, und von heftigen, mittelschlägigen Zitterbewegungen begleitet. Passive Bewegungen sind langsam und gegen starken Rigor möglich. Ausgesprochene Adiadochokinese. Leichter horizontaler Nystagmus in den Endstellungen. Sprache sehr langsam, leise und stimmlos. Es wird schlecht artikuliert, Mund und Lippen beim Sprechen fast gar nicht bewegt. Gang unsicher, schwankend und unter starkem Gliederzittern. Am übrigen Nervensystem fehlen ebenso wie an den inneren Organen Zeichen für eine krankhafte Veränderung. Die Lumbalpunktion ergab normale Werte, auch das Blutbild zeigte keine Abweichungen von der Norm. Blutwassermann ++++. Die Patientin wurde mit Quecksilber und Jod behandelt. Unter einer gleichzeitigen Uebungsbehandlung wurde eine geringe Besserung der Gehfähigkeit erzielt, aber im allgemeinen ist die Patientin nach langem Krankenhausaufenthalt ungeheilt entlassen worden.“ Es handelt sich um ein 19 jähriges Mädchen, das das klinische Bild einer Stammganglienaffektion bot. Dieser

Symptomenkomplex war im Anschluß an eine Salvarsaneinspritzung aufgetreten und nach anfänglicher Besserung im ganzen stationär geblieben. Für die Entstehung dieses Krankheitsbildes kommt differentialdiagnostisch eine Lues cerebri in Betracht. Da aber die Erkrankung direkt nach einer Salvarsangabe ziemlich akut entstanden ist, so müßte es sich um eine Herxheimersche Reaktion handeln, die nur eine besondere Art der Salvarsanschädigung darstellt. Eine multiple Sklerose ist auszuschließen, sowohl wegen des Symptomenkomplexes im stationären Zustande als auch in Anbetracht des akuten Beginnes ohne wesentliche Aenderungen während des Verlaufes im guten oder schlechten Sinne. Vor allem kommt differentialdiagnostisch eine Encephalitis epidemica in Frage. Es fehlen jedoch alle prodromalen Symptome für die Annahme dieser Erkrankung. Da nun außerdem der Ausbruch der Krankheit so unmittelbar im Anschluß an eine Salvarsangabe aufgetreten ist, wird man dem Salvarsan wenigstens eine Mitschuld zusprechen müssen. Nach neueren Forschungen ist ja das Virus der Encephalitis epidemica mit dem des Herpes febrilis identisch oder nahe verwandt, so daß man ebenso für die epidemische Encephalitis eine Provokation durch das Salvarsan annehmen muß, wie es bekannt ist, daß im Anschluß an Salvarsangaben ein fieberhafter Herpes entsteht. Außer diesen Krankheiten kommt nun noch eine Hirnschädigung durch das Salvarsan in Frage, sei sie durch eine direkte Beeinflussung der Hirngefäße bedingt (Endothelschädigung oder venöse Stase mit Neigung zu Hämorrhagien) oder hervorgerufen durch Eiweißspaltprodukte, ähnlich wie sie Fuchs durch Anlegung einer Eckschen Fistel erzeugen konnte. Besonders naheliegend ist diese letztere Möglichkeit darum, weil während einer Salvarsankur die Leber stets geschädigt zu sein scheint, wie Falta, Högler und Knoblauch mit Hilfe der hämoklastischen Krise fanden. Es führen uns also alle differentialdiagnostischen Ueberlegungen zu der Annahme, daß im vorliegenden Falle durch das Salvarsan direkt oder indirekt das Bild eines amyostatischen Symptomenkomplexes hervorgerufen worden ist.“

(Kl. W. 1922 Nr. 19.)

Toxikologisches.

Zur Frage der Salvarsandermatitis. Von Dr. Wilhelm Heyn (Aus der Universitäts-Hautklinik in Berlin). In sämtlichen Fällen traten die schweren Störungen nicht gleich im Anfang, sondern erst einige (2—6) Wochen nach Beginn der Kur auf, so daß eventuell Gelegenheit gewesen wäre, allerleichteste Anzeichen schlechter Toleranz bei genügend sorgfältiger Beobachtung der Kranken wahrzunehmen. Abgesehen vom ersten Fall, ließ sich

bei sämtlichen Kranken das Vorhergehen gröberer Störungen nachweisen. Sie hätten zur sofortigen Unterbrechung der Kur Veranlassung geben müssen, wodurch wahrscheinlich der schwere Verlauf vermieden worden wäre. Die universelle Dermatitis trat sowohl nach Neosalvarsan wie nach Sufoxylatsalvarsan auf. Gerade in letzter Zeit ist betont worden, das bestimmte Präparate, namentlich Silbersalvarsan und Sulfoxylatsalvarsan, vorwiegend Salvarsandermatitis machen und daß im Vergleich dazu das Neosalvarsan in dieser Hinsicht mehr oder weniger harmlos sei. Aus den Beobachtungen geht hervor, daß auch nach Anwendung von Neosalvarsan, wie überhaupt wohl nach jedem Salvarsanpräparat, die erwähnten schweren Schädigungen auftreten können. Daß sie in einem Teil der Fälle vermieden werden können, ist höchst wahrscheinlich und geht auch aus anderen in der Literatur niedergelegten Beobachtungen hervor. Und auch in denjenigen Fällen, in denen die Katastrophe schlagartig einzusetzen schien, ist das Voraufgehen leichter Warnungszeichen natürlich sehr schwer auszuschließen, besonders, wenn es sich um ambulant behandelte Kranke handelt. Temperatursteigerungen, die bei klinisch behandelten Patienten zur Vorsicht mahnen und unter Umständen eine vorübergehende Unterbrechung oder doch Abschwächung der Kur zur Folge haben würden, können von poliklinischen Kranken sehr leicht übersehen werden, wenn man diese nicht anhält, wie dies sehr wünschenswert wäre, regelmäßig oder doch mindestens am Tage vor jeder Einspritzung selbst ihre Temperatur sorgfältig zu messen. Gewichtsabnahme wird von ambulant behandelten Patienten sehr oft nicht genügend beachtet, und doch kann sie der einzige Indikator der schlechten Verträglichkeit sein. Es ist unbedingt erforderlich, das Gewicht mindestens einmal in der Woche festzustellen und bei stärkeren Einbußen die Behandlung zu unterbrechen oder zu modifizieren. Vor allem ist auf starken Kopfschmerz, Erbrechen, Durchfälle sorgfältig zu achten. In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, das manche Kranke, in dem an sich sympathischen Bestreben, die Kur, auf deren Wirkung sie große Hoffnungen setzen, nicht zu stören, ihre Beschwerden hartnäckig verheimlichen. Jede Hautveränderung, die während der Kur auftritt und bei der auch nur die Möglichkeit eines Zusammenhanges mit der Salvarsanmedikation besteht, ist eine Indikation zur sofortigen Unterbrechung der Kur. Es kann nicht genug betont werden, daß die ersten Erscheinungen von seiten der Haut absolut harmlos und banal aussehen, eine gewöhnliche Dermatitis, ein Ekzem usw. vortäuschen können und daß die Verknennung gerade in solchen Fällen die schwersten Folgen hat. In einem der Fälle von Salvarsandermatitis wurde der Beginn

der letzten als Pruritus der Fußsohlen auf Schweißeinwirkung zurückgeführt, in einem andern Fall wurden die ersten ekzemähnlichen Veränderungen an den Fingern als Krätze aufgefaßt. Daß uns die sorgfältigste Beobachtung aller derartigen, im Verlaufe einer Salvarsankur auftretenden Veränderungen an die Grenzen dessen führt, was man als krankhafte Störung erkennen kann, ist natürlich kein Grund dagegen, an der Verfeinerung unserer Beobachtung weiterzuarbeiten, wenn man bedenkt, daß man dadurch unter Umständen großes Unglück verhüten kann. Es ist sehr verhängnisvoll, sich damit abzufinden, daß die Salvarsandermatitis quasi ein notwendiges Uebel wäre, das in einem mehr oder weniger hohen Prozentsatz der behandelten Fälle eintreten müßte. In einer großen Zahl von Fällen ist sie höchstwahrscheinlich durch sorgfältigste Beobachtung der erwähnten Störungen, die als Vorläufer auftreten können, zu vermeiden. (D. m. W. 1922 Nr. 23.)

Weiterer Beitrag zu Novokainschäden. Von Dr. Alojs Decker (Aus der Chirurgischen Abteilung des St. Joseph-Hospitals in Elberfeld). Junger Mensch von 16 Jahren erlitt 1918 bei einer Explosion eine Schädelverletzung, und im Anschluß daran zeigte er Erscheinungen einer traumatischen Epilepsie. Operation August 1918: Trepanation der rechten Schläfengegend, Ausräumung eines Blutergusses zwischen Gehirnbasis des rechten Stirnhirnes und Dura. Seitdem anfallsfrei. Im Sommer 1920 verschluckt Patient bei Feldarbeiten eine Kornähre, darauf folgen Lungenentzündung, Lungenabszeß. Operation in Lokalanästhesie mit 50 ccm einer 1%igen Novokainlösung. Resektion der 8. und 9. Rippe in Länge von 6 ccm vom Erector trunci an. Im unteren Teile ist die Pleura costalis und pulmonalis verwachsen, im oberen werden, um einen Abschluß gegen die übrige Brusthöhle zu erhalten, Pleura costalis und pulmonalis durch Nähte vereinigt. Der vorliegende Abszeß wird gespalten, mit Preglscher Lösung ausgewischt und tamponiert. Hustenreiz am Ende der Operation, wodurch die Haltefäden der Pleura einreißen. Nach Anlegen des Verbandes in sitzender Stellung des Patienten: Plötzliches Bläßwerden, tonische Schreckkrämpfe. Pupillenreaktion +, Lidreflex +, Babinski zweifelhaft. Nach 3 Stunden Totalamaurose beiderseits, Temperatur abends 39,3°. Spezialärztlicher Augenbefund am Operationstage, 3. III.: Visus-Lichtperzeption, Augenhintergrund normal, Pupillen maximal weit, reflektorische Pupillenreaktion stark herabgesetzt. 4. III.: Pupillen enger, Reaktion beiderseits besser. Visus-Handbewegung direkt vor dem Auge. Linkes Auge steht in leichter Konvergenzstellung. 5. III.: Fingerzählen in nächster Nähe, Pupillenreaktion prompt, beiderseits Aus-

fall des linken unteren Quadranten im Gesichtsfeld; linkseitige Abduzensparese, Augenhintergrund normal. 6. III.: Fingerzählen in 2 m Entfernung, Gesichtsfeldgrenzen normal, Doppelbilder geschwunden, beiderseits Auftreten eines zentralen Skotoms. 10. III.: Visus normal, Augenhintergrund normal. Nach einigen Tagen Kopfschmerzen, Krämpfe im rechten Arm, nach drei Tagen völlige Lähmung der linken Körperhälfte. Diagnose: Abszeß in der rechten motorischen Region im Armzentrum, der durch Operation in Lokalanästhesie entleert wird. Beide Abszesse zurzeit ausgeheilt. Es besteht noch leichte Parese der linken oberen Körperhälfte, sonst beschwerdefrei. — Zuerst lag die Annahme einer organischen Erkrankung, Blut- oder Luftembolie nahe, um so mehr, da es sich um einen operativen Eingriff an der Lunge handelte, wo derartige Störungen, die die Prognose der Pneumotomie so schwer belasten, schon oft erwähnt wurden. Reich berichtet neuerdings auf Grund zweier von ihm beobachteter Fälle über solche üblen Zwischenfälle bei Eingriffen an der Pleura und der Lunge, die unter dem Bilde eines epileptischen Anfalles verliefen mit tonisch-klonischen Krämpfen, Pupillenstarre usw., und führt mit Brauer dies auf eine arterielle Gasembolie zurück, d. h. es tritt Luft in die Lungenvenen ein, gelangt ins linke Herz, von dort in die Arterien des großen Kreislaufes, um dann in der Peripherie als Embolus zu wirken. Als zwingenden Beweis für seine Annahme stützt er sich auf den Untersuchungsbefund des Augenhintergrundes, bei dem sich die Venen hochgradig erweitert und gefüllt zeigten, die Arterien der Papille und Netzhaut zuerst gar nicht, dann nur als dünne, blutleere Gefäße sich zu erkennen gaben. Dieselben Veränderungen am Augenhintergrunde nach Luftembolie fand Brauer in seinen Tierversuchen. Die sofort in Verf. Falle vorgenommene spezialärztliche Augenuntersuchung bot keinerlei Anzeichen einer Blut- oder Luftembolie, keine Trübung der Netzhaut, kein Netzhautödem, keine Verengerungen der Arterienästchen, keine Anämie der Papille; Veränderungen, die sich, wenn auch nur vorübergehend, bei gestörter Zufuhr des ernährenden Blutstromes hätten zeigen müssen. In Verf. Falle zeigte der Augenhintergrund ein völlig normales Bild. Bei einer Embolie hätte es sich ferner um die gleichzeitige Schädigung beider Zentralarterien handeln müssen, für die die anatomischen Verhältnisse doch keineswegs sprechen. Dies, dann die schnelle Restitution des Sehvermögens und vor allem das beiderseitige Auftreten eines zentralen Skotoms sprechen wohl mit Sicherheit für eine toxische Affektion des Sehnerven. Toxische Wirkungen des Novokains, wie Nierenreizung, Kollapserscheinungen, Krämpfe, sind ja schon oft beschrieben, namentlich bei Operationen

am Kopf, und es wird vor Anwendung des Novokains ausdrücklich bei diesen Operationen gewarnt. Plötzliche Amaurosen nach Vergiftungen sind schon öfters beobachtet; wir können unterscheiden: 1. plötzliche Erblindungen infolge von Genußmitteln (Alkohol, Tabak, Pilze); 2. plötzliche Erblindung bei gewerblich verwandten Giften (Blei, Arsen, Kohlenoxyd); 3. plötzliche Erblindungen nach dem Gebrauch von Arzneimitteln (Chinin, Antipyrin, Salizylsäure, Filix mas, Karbolsäure, Bromkalium u. a.). Bezüglich der Wirkung der Gifte spielt die zeitweilige Disposition (Schwächezustände, Fieber, Infektionen) eine große Rolle, und sind die auftretenden Vergiftungserscheinungen wegen der besonderen individuellen Widerstandsfähigkeit des erkrankten Organes nicht immer die gleichen. Bei allen Intoxikationsamaurosen ist der Charakter der Sehstörung meist flüchtig, so daß nachträglich neuritische Veränderungen am Sehnerven nicht auftreten, obwohl sich nach Lewin die Wirkung wohl auch nicht anders abspielen kann, als daß das an die zentrale oder peripherische Nervenmasse gelangende Gift deren chemischen Bau ändert, ohne Formstörungen zu veranlassen, wohl aber Funktionsstörungen erwirkt. Allen Intoxikationsamaurosen ist ferner gemeinsam das Auftreten eines doppelseitigen zentralen Skotoms und die in den meisten Fällen wieder völlige Restitution des Sehvermögens nach allerdings sehr wechselnder Erblindungsdauer. Die Amaurose entwickelt sich mit mehr oder weniger heftigen und zahlreichen Funktionsstörungen in wenigen Stunden zu einer solchen Höhe, daß selbst direktes Sonnenlicht nicht mehr von absoluter Finsternis unterschieden werden kann. Bei fast allen Fällen finden sich die Pupillen maximal erweitert, lichtstarr, stets kommen Doppelbilder vor. Auch in unserem vorliegenden Falle beherrschen diese Erscheinungen die Szene. Die schon obenerwähnte Ansicht L ä w e n s, daß bei einer Schädigung des Gehirnes die Gefährlichkeit des Novokains bedeutend größer ist, kann ebenfalls auf Verf. Fall Anwendung finden: denn eine Schädigung des Gehirns war wohl gegeben durch die früher bestandene Epilepsie. Wohl war diese operiert und Patient seit Operation anfallsfrei, ob sie jedoch tatsächlich ausgeheilt, hätte erst eine Beobachtungszeit von etwa 5 Jahren ergeben müssen. Dann brachte wohl ferner die nachfolgende Infektion des Gehirnes auf embolischem Wege, die den späteren Gehirnabszeß bewirkte, eine weitere schwere Gehirnschädigung, die besondere Empfänglichkeit und Ueberempfindlichkeit des Gehirnes für die Giftwirkung des Novokains dann schuf. Der vorliegende Fall einer beiderseitigen vorübergehenden Totalamaurose ist also einwandfrei auf eine toxische Schädigung des Novokains zurückzuführen, da das

zentrale Skotom, der normale ophthalmoskopische Befund, die schnelle Wiederherstellung des Sehvermögens und die Unwahrscheinlichkeit einer Embolie beider Art. centrales keine andere Deutung zulassen. Bestehende oder frühere Gehirnerkrankungen bedingen eine erhöhte Gefährlichkeit des Novokains, die wohl Lokalanästhesie nur gestatten dürfen, wenn strikteste Indikationen gegen Allgemeinnarkose sprechen. (D. m. W. 1922 Nr. 24.)

Therapeutisches.

a) Chirurgie.

Vereisung bei Staphylokokkeninfektion. Von Prof. Bockenheim in Berlin. Seit acht Jahren wendet Verf. seine Methode der Vereisung für Staphylomykosen (Furunkel, Karbunkel) an. Während früher täglich einmal vereist wurde, vereist Verf. jetzt dreimal hintereinander in Pausen von einer Minute. Dann wird ein Salbenlappen aufgelegt, der mit einer Binde, nicht mit einem Pflaster, festgehalten wird. Die Umgebung des infizierten Gebietes muß während der Vereisung geschützt werden — z. B. durch einen umgelegten Wattekranz. Bei Infektionen im Gesicht muß man Nase und Mund während der Vereisung zuhalten, damit kein Chloräthylrausch entsteht. Die Vereisung tritt schneller ein, wenn mit Hilfe eines geeigneten Gebläses noch ein Luftstrom auf die infizierte Stelle geleitet wird. An dem schnelleren oder langsameren Eintritt der Vereisung kann man den Grad der Infektion erkennen. Die Untersuchungen von Bloch im Hygienischen Institute der Universität haben ergeben, daß die Abkühlung in den Geweben nach der Vereisung nicht so hochgradig ist, um Bakterien abtöten zu können. So haben auch die Versuche von Zondek, der mit dem Tiefenthermometer Hautmessungen vornahm, ergeben, daß bei der Vereisung nur eine Temperatur von Null Grad erreicht wird. Die günstige Wirkung der Vereisung auf infizierte Gewebe ist daher lediglich auf starke Hyperämie zurückzuführen, die jedesmal nach dem Auftauen der Gewebe eintritt. Bei den vielen im Laufe der Jahre beobachteten Fällen konnte Verf. immer wieder folgendes feststellen: Im Anfangsstadium kann die Infektion kupiert werden. In fortgeschritteneren Fällen bildet sich schnell eine Nekrose, die von Eiter umspült und vom gesunden Gewebe schnell losgelöst wird. Die Haut platzt dann in der Mitte des Infiltrats auf, so daß man die Nekrose mit der Pinzette entfernen kann. In anderen Fällen bildet sich gar keine Nekrose, sondern ein Abszeß, der unter fortgesetzter Vereisung ohne Inzision zurückgeht oder nach einer Stichinzision entleert wird. Die Vereisung kann auch nach der Inzision fortgesetzt werden und beschleunigt die Heilung. Selbst

ausgedehnte Furunkel und Karbunkel mit Lymphdrüenschwellungen und Thrombophlebitis sind lediglich mit Vereisung behandelt worden, ohne jeglichen Mißerfolg. In solchen Fällen tritt zunächst eine starke Reaktion des Organismus (Fieber, Schüttelfrost) auf und dann eine auffallend rasche Besserung. Macht man in diesen schweren Fällen große Inzisionen, so kann bisweilen eine auftretende Allgemeininfektion zum Tode führen. Als Vorteile der Vereisungsmethode ist zunächst die Einfachheit hervorzuheben, da ohne Narkose und Assistenz die Vereisung ausgeübt werden kann. Die Vereisung ist meist schmerzlos, während bei überempfindlichen Patienten durch eine vorher gegebene Morphininjektion Schmerzlosigkeit erzielt werden kann. Ein weiterer Vorteil ist die schnellere Heilung. Und der größte Vorteil, daß keinerlei entstellende Narben zurückbleiben, im Gegensatz zu den dicken, roten, lange sichtbaren Narben nach Inzisionen in infiziertes Gewebe.

(D. m. W. 1922 Nr. 21.)

Die Anwendung der Lokalanästhesie bei der Behandlung der Extremitätenfrakturen. Von Dr. Ernst Hagenbach, Dozent für Chirurgie. (Aus der Privatklinik Sonnenrain-Basel). Verf. benützte das Prinzip der Leitungsanästhesie, wie es schon 1897 von Hackenbruch als zirkuläre Analgesierung angegeben und von Braun als Querschnittsanästhesie genannt worden ist. Es besteht darin, daß proximal von der Affektion durch zirkuläre subkutane Injektion die oberflächlichen und durch tiefe in die Muskeln und an die Knochen gehende Einspritzungen die tieferen Nervenbahnen blockiert werden. Man erreicht damit eine vollständige Anästhesie des ganzen peripher von der Einspritzungsstelle gelegenen Abschnittes der Extremität. Auf diese Weise hat Verf. in den letzten Jahren eine Reihe verschiedener Frakturen behandelt und ist mit den Resultaten außerordentlich zufrieden und kann die Methode nur empfehlen, ganz besonders denjenigen Aerzten, welche nicht jederzeit über Hilfspersonal verfügen. Die typische Radiusfraktur hält er für das dankbarste Anwendungsgebiet der zirkulären Anästhesie. Wohl kann sie meist auch ohne Anästhesie mit einem kurzen, energischen Griff reponiert werden. Da dieses Manöver aber sehr schmerzhaft ist, so ist man zu sehr versucht, sich mit einer auch nur teilweise gelungenen Reposition zu begnügen. Je genauer aber die Reposition ausgeführt ist, um so rascher und um so vollkommener tritt die Funktion des Gliedes wieder ein. Auch sollen wir unseren Patienten unnötige Schmerzen ersparen. In der Lokalanästhesie haben wir alle Muße, die Repositionsmanöver bis zur vollständigen idealen Stellung der Fragmente durch-

zuführen, wobei der Röntgenschirm oder die Platte gute Dienste leistet. Wegen der Muskeler schlaffung brauchen wir viel weniger Kraftaufwand, was der ganzen Prozedur die sonst nicht zu vermeidende unschöne Roheit nimmt. Verf. brauchte zur Injektion 2 Einstichpunkte 2—3 Querfinger über der Frakturstelle. Der eine liegt dorsal zwischen beiden Vorderarmknochen. Von diesem aus wird die Nadel hart am Radius vorbei durch die ganze Dicke des Vorderarmes durchgeführt, bis der untergelegte Finger der linken Hand die Nadel unter der Haut der Volarseite fühlt. Beim Vorschoben und beim Zurückziehen werden im Ganzen ca. 8 ccm einer 1%igen Novokain-Suprareninlösung aus einer 10 ccm Rekordspritze deponiert. Nun führen wir die Nadel möglichst nahe am Knochen radialwärts, indem wir den Rest der Spritze allmählich entleeren, und bilden am Rande des Vorderarmes von innen die Hautquaddel für den 2. Einstichpunkt, von welchem aus wir die Volarseite des Radius wieder mit ca. 10 ccm umspritzen. Da wir uns schon wegen der Wirkung hart am Knochen halten müssen, brauchen wir die Art. radialis nicht zu fürchten, auch wäre ein Anstechen derselben ganz unbedenklich. Es hat sich mir gezeigt, daß wir uns bei einfachen Fällen mit diesen 2 Injektionen, also nur mit der Umspritzung des verletzten Knochens, begnügen können. Die subkutane Umspritzung ist fast immer unnötig. Ist aber der Proc. styloides radii abgebrochen oder liegt eine starke Distorsion des Handgelenkes vor, so ist es ratsamer, auch die Ulna zu umspritzen, wofür wir dann analog dem zweiten Einstichpunkte einen dritten auf der ulnaren Seite benötigen. Daß auch höher am Arm gelegene Frakturen zur Reposition durch Umspritzen des Knochens unempfindlich gemacht werden können, bewies eine Fraktur des unteren Humerusendes. Verf. wählte hier zwei Einstichpunkte, einen radialen und einen dorsalen. Auch hier verzichtete er auf die subkutane Umspritzung. In analoger Weise wurden die Unterschenkelfrakturen behandelt. Es handelte sich bei den subkutanen beide Mal um eine sehr schmerzhaft e Luxationsfraktur im Sprunggelenk. In dem einen Falle ergab das Kontrollbild nach der 1. Reposition keinen idealen Erfolg. Patient und Verf. entschlossen sich nach der guten Erfahrung mit der Lokalanästhesie leicht zur nochmaligen Korrektur. Das Resultat ist eine vollkommene Herstellung der Funktion. Es ist sehr fraglich, ob man sich bei einer weniger einfachen und sicheren Analgesierungsart zur 2. Reposition entschlossen hätte. Nicht weniger günstig zeigte sich die Anästhesie bei den komplizierten Frakturen, von denen zwei im unteren Drittel, die eine in der Mitte des Unterschenkels lag. Hierbei kann selbstverständlich die subkutane Umspritzung nicht weggelassen werden. Dann konnte aber auch die ganze Wund-

toilette an Weichteilen und Knochen inkl. Jodierung ohne die geringste Schmerzäußerung durchgeführt werden.

(Schweiz. m. W. 1921 Nr. 21.)

b) Innere Krankheiten:

Zur Wirkung des Novasurols als Diuretikum. Von Dr. Fritz Brunn (Aus der propädeutischen Klinik der deutschen Universität in Prag). „Wir haben Novasurol zuerst bei sechs Aortenfehlern auf luischer Basis im Stadium meist sehr schwerer Dekompensation verwendet und immer ausgezeichnete Erfolge zu verzeichnen gehabt. So sahen wir einmal eine Tagesdiurese von $8\frac{1}{2}$ Liter mit Ausscheidung von 35 g Kochsalz. Wenn diese Zahlen auch eine nicht wieder gesehene Ausnahme darstellen, so können wir doch sagen, daß Diuresen von mehr als 4 Liter nach einer Novasurolinjektion keine Seltenheit bildeten bei Patienten, bei denen die 24 stündige Harnmenge durch eine per os eingeleitet Digitaliskur (selbst mit dem von uns als das wirksamste Digitalispräparat angesehenen Fluidextrakt von Parke-Davis) kaum auf 2 Liter zu steigern war. Aber selbst bei völligem Versagen einer Digitaliskur und anderer Diuretika konnte in drei der von uns beobachteten Fälle immer wieder durch Novasurol eine Harnflut erzeugt werden, die allerdings stets passageren Charakter hatte. Auch bei zwei Mitralfehlern ohne nachweisbare Lues erwies sich Novasurol als vortreffliches Entwässerungsmittel, das immer wieder seine Wirkung tat, die allerdings hier ebenso wie bei zwei der luischen Aortenfehler auch durch intravenöse Strophanthinjektionen erzielt werden konnte. Gänzlich versagt hat Novasurol neben Theophyllin, Strophanthin, Thyreoidea usw. bei einer hochgradigen Oedematose infolge Degeneration des Herzmuskels, die durch die Autopsie bestätigt wurde. Von Interesse dürfte sein, daß bei einem luischen Aortenfehler, der innerhalb eines halben Jahres während dreier Spitalsaufenthalte 23 mal 2 ccm Novasurol injiziert erhalten hatte, schließlich bei der Obduktion die Nieren auch histologisch völlig intakt befunden worden sind. Eine wichtige Kontraindikation gegen die Anwendung des Novasurols scheint uns jede bestehende Enteritis auch leichten Grades zu sein, da wir in solchen Fällen arge Verschlimmerungen beobachtet haben.“

(M. m. W. 1921 Nr. 48.)

Einen Fall von Rachitis durch Quarzlampenbestrahlungen geheilt hat Dr. F. Weber (Glarus). Das 4 jährige, stark rachitische Kind, das nur gehalten stehen und paar Schritte gehen konnte, war schon nach 2—3 Wochen resp. nach 5—6 Bestrahlungen (Anfangsdosis 3 Minuten auf Vorder- und Rückseite bei 1 m Lampenabstand) imstande, allein durchs Zimmer zu laufen. Sehr günstige

Wirkung auch auf Schlaf und Verdauung, gute Gewichtszunahme, erhebliche Besserung der allgemeinen Proportionen des Körpers, Abnahme der Knochen-Knorpelschwellung, Strafferwerden der Gelenke.
(Schweiz. med. Wchschr. Nr. 46, 1921.)

Moderne Strophanthinterapie mit besonderer Berücksichtigung von Strophanen „Tosse“. Von Dr. Clemens Grimme (Aus dem Universitäts-Laboratorium für Warenkunde in Hamburg). Einen großen Fortschritt in der ganzen Therapie der Herzkrankheiten bedeutete die Einführung der Strophanthusdrogen und ihrer Zubereitungen in den Arzneischatz. Der Träger ihrer Wirksamkeit ist das Glykosid Strophanthin, welches hinsichtlich der Schnelligkeit und Stärke der Wirkung alle anderen Herztonika bei weitem in den Schatten stellt. Zunächst waren es die Drogen *Strophanthus hispidus* und *Strophanthus combé*, welche sich allgemeiner Wertschätzung erfreuten, wenn ihnen auch der Nachteil anhaftete, daß das aus ihnen isolierte Strophanthin amorph war, so daß die Zusammensetzung stets etwas schwankte, wodurch die Sicherheit der Dosierung und Wirkung immerhin etwas litt. Dieser Uebelstand wurde auf einmal dadurch behoben, daß es Gilg gelang, eine in pharmakognostisch-botanischer Beziehung scharf definierte Strophanthusdroge ausfindig zu machen, die *Strophanthus gratus*, welche ein einheitliches kristallisiertes Strophanthin enthält. In der Folgezeit war das Glykosid aus *Strophanthus gratus* im Gegensatz zu dem h-Strophanthin aus *Strophanthus hispidus* und dem k-Strophanthin aus *Strophanthus combé*, g-Strophanthin genannt, der Gegenstand zahlreicher chemischer, physiologischer und klinischer Untersuchungen. Die zahlreichen klinischen Versuche zeigen in voller Uebereinstimmung mit den Tierversuchen eindeutig, daß das g-Strophanthin ein allen Anforderungen gerecht werdendes Herzmittel darstellt, welches der Digitalis nicht nur gleichwertig ist, sondern diese sogar in vielen Fällen, vor allem was die rasche und prompte Wirkung unter Ausschaltung von Kumulationserscheinungen anbelangt, noch übertrifft. Es ist indiziert bei allen Fällen von Herzinsuffizienz, in denen man den Kranken rasche Hilfe zu bringen wünscht, insbesondere bei frischer Myokarditis, Myodegeneratio, chronischer Nephritis, Urämie, Perikarditis, nicht kompensierten Vitien, paroxysmaler Tachykardie und vor allem bei schweren Grippepneumonien. Vor allen anderen arzneilich verwandten Strophanthinen hat es den Vorzug der stets gleichen Zusammensetzung bei bedeutend geringerer Toxizität. Die zur Erzielung der gewollten Wirkung nötigen sehr geringen Dosen erschweren einigermaßen seine Anwendung. Um dieser Schwierigkeit Herr zu werden, ist die Firma E. Tosse & Co. in Hamburg

dazu übergegangen, unter der geschützten Bezeichnung „Strophalen“ verschiedene Zubereitungen in den Handel zu bringen, welche den Träger der Wirksamkeit der Samen von *Strophanthus gratus* nach Entfernung aller unwirksamen Ballaststoffe in genauester Dosierung, unbegrenzter Haltbarkeit und bequem zu verwendender Form enthalten. Es sind dies für die interne Darreichung das reine Strophalen[®] und Strophalendragetten (das sind überzuckerte Tabletten) und für die Injektionsanwendung Strophalenampullen verschiedener Stärke. Alle vorgenannten Präparate haben Verf. zwecks Bestimmung ihres Gehaltes bzw. ihrer Keimfreiheit vorgelegen. In allen Fällen gelang es leicht, das g-Strophanthin in reinsten Form und in den dem garantierten Gehalt entsprechenden Mengen zu isolieren. Es enthielten das reine Strophalen 0,1 ‰, die Strophalendragetten 0,0005 g je Dragette, die Strophalenampullen 0,00025 g bzw. 0,0005 g je Ampulle. Bei der bakteriologischen Prüfung zeigte der Inhalt der Ampullen in jedem Falle vollständige Keimfreiheit. Das Strophalen „Tosse“ zeigte somit in seinen sämtlichen Modifikationen stets genaueste Dosierung, verbunden mit absoluter Keimfreiheit der Injektionsform. Verf. hält das Präparat für eine äußerst wertvolle Bereicherung der Kardiatonika, zumal es den verschiedensten Applikationsarten Rechnung trägt. (D. m. W. 1922 Nr. 10.)

Ueber Anwendung von Desoxycholsäure bei Gallenstein-erkrankungen. Von Dr. G. Pfeffer. (Aus der Medizinischen Klinik der Akademie für praktische Medizin, Düsseldorf.) „Wir haben Versuche gemacht mit einem Desoxycholsäurepräparat, das die Firma I. D. Riedel, Berlin, zur Verfügung gestellt hat. Dasselbe kommt in Tablettenform unter dem Namen „Degalol“ in den Handel und enthält pro Tablette 0,012 g Pfefferminzöl und 0,008 g Desoxycholsäure. Es ist ein weißes, amorphes Pulver von pfefferminzartigem Geschmack. Es wird von schwach alkalischer Lösung aufgenommen und passiert den Magen, um erst im Darm gelöst zu werden. Das Mittel soll die Vorzüge in sich vereinigen, daß es als Cholagogon wirken und außerdem das Cholesterin in Lösung halten oder ausgefallenes Cholesterin wieder in lösliche Form bringen soll. Wir haben das Mittel an 14 Fällen klinisch beobachtet. Sechs Fälle wurden mit reiner Desoxycholsäure behandelt und 8 Fälle mit Degalol. Wir hatten den Eindruck, als wenn das Mittel gute Dienste leistete. Besonders Degalol wirkte bei hartnäckigen Fällen, die anderweitig therapeutisch gering beeinflussbar waren, günstig. Wir haben, nachdem wir das Mittel einige Tage hindurch gegeben hatten, eine bedeutende Abschwächung und meistens ein Aufhören der Gallensteinanfalle

gesehen. Die Dosierung war für gewöhnlich dreimal 2 Tabletten am Tage. Auch mehr Tabletten wurden ohne Beschwerden von seiten des Magen-Darmkanals vertragen. Sogar bis 20 Tabletten am Tage brachten keine unangenehmen Nebenerscheinungen. Der Ikterus und die Leberschwellungen nahmen in allen Fällen prompt ab. Auch bei 3 Fällen von Ikterus catarrhalis ohne vollständigen Choledochusverschluß nahmen die Erscheinungen schnell ab. Vor allem verschwand rasch das schmerzhaft gefühl und die Spannung in der Lebergegend. Im Degalol ist also eine wertvolle Erweiterung der Mittel zur Bekämpfung der Gallensteine zu sehen. Es vereinigt in sich die gallentreibende und steinlösende Wirkung.^a
(Kl. W. 1921 Nr. 21.)

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

Sachregister.

A

Ableitende Behandlung 334
Abort, fieberhafter 153
Achseldrüsenfurunkulose 12, 309
Acne artificialis, künstliche Höhen-
sonne bei 186
— vulgaris, Aetiologie 130
Adrenalin bei Rachitis 242
Aktinomykose, Strahlenbehandlung 149
—, Yatren bei 268
Algal 333
Alival 246
Alkohol zur Blutstillung 284
Alopezie, Ursachen und Behandlung
257
Amöbenruhr, Yatren bei 76
Anämie, Elektroferrol bei 177
—, Duodenalspülung b. perniziöser 178
—, Behandlung der Biermerschen 179
—, sub partu, Behandlung 283
—, Ziegenmilch- 290
—, Eisentherapie der Säuglings- 300
Analfissuren bei Frauen 66
Angina, Herpes zoster bei 10
—, follicularis, Opsonogenbehandlung
240
—, Plaut-Vincenti und Ulcus phage-
daenicum 129
Aolan bei Zahnfleischerkrankung 173
Appendicitis chronica i. Kindesalter 290
—, Operation 47
Apyron 78
Arteriosklerose, Augenerscheinungen
bei 328
Arthritis gonorrhoeica, Behandlung 22
Askaridenintoxikation 360
Asphyxia neonatorum, Entfernung
aspirierter Massen 87
Asthmolysin bei Osteomalazie 59
Atherome der Kopfhaut, Operation 268
Auskultationsperkussion 5

B

Baryumvergiftungen 71, 299
Basedowsche Krankheit, Ovarienprä-
parate bei 58
— — und Jodtherapie 305
Bauchdeckenkontraktion, Beseitigung
der 165

Bier als Heilmittel 225
Blutbildende Organe, Reizmittel für 15
Blutstillung durch Alkohol 284
Blutungen in Haut- und Schleimhaut
bei Kindern 46
Bronchialasthma und Lumbalpunktion
272
Bubonen nach Ulcus molle, Abortivbe-
handlung 83

C

Calcaona 145, 348
Camphochol 176
Chinidin bei Vorhofflimmern 117
Chinininjektionen, Nekrosen bei 95
Chinintherapie, parenterale 304
Choleval bei infektiösen Haut-
erkrankungen 184
Chologen bei Gallensteinen 277
Combustin 184
Condylomata acuminata, Behandlung
119, 152
— —, Röntgenbehandlung 22
— —, lata hereditär-luetischer Kinder,
sekundäre Infektion mit Diphtherie-
bazillen 8
Cysto-Pyelitis-gonorrhoeica, Hämaturie
bei 136
— — — mit Haut- und Gelenkmeta-
stasen 137

D

Darm, Kapillarlähmungen bei Grippe
266
Degalol bei Gallensteinen 373
Dentinox 241
Dermatitiden durch Terpentinersatz
257
Diabetes und hämorrhagische Diathese
65
— insipidus aufluetischer Basis 35
— —, Neucesol bei 180
Digistrophan-Drageés 175
Digitalis bei Lungenkrankheiten 241
Diphtherie, Salvarsan bei 14
Diphtheriebazillen, sekundäre Infek-
tion bei breiten Kondylomen hereditär-
luetischer Kinder mit 8

IV

Diphtheriebazillen im Ohrsekret 97
 Doramad bei Hautkrankheiten 150
 Duodenalspülung bei perniziöser Anämie 178
 Dysmenorrhoe, Behandlung 191

E

Ecrasol bei Krätze 80
 Eisentherapie der Säuglingsanämien 300
 Ekzem, Lenigallol bei 19, 185
 —, Strauszsche Salbe bei 279
 Elektroferrol bei Anämien 177
 Empyemfisteln, Pepsinlösung bei 139
 Encephalitis lethargica, Folgezustände 68
 — — und Fazialislähmung 108
 Endarteriitis und Nikotin 354
 Endocarditis lenta 134
 Epididymitis und Funiculitis gonorrhoeica, Behandlung 282, 311, 342
 Erbrechen der Kinder mit Azetonämie 46
 Ergopan 121
 Erysipel, Argent. nitric. bei 114
 —, Jodtinktur bei 137, 168.
 Erythema nodosum, Hirschhornsalz bei 308
 Erythroltetranitrat 147
 Eucal 187

F

Fazialislähmung und Encephalitis epidemica 108
 Fingersteifigkeiten, Verhütung 72
 Flavid in der Dermatologie 341
 Fleckfieber, Therapie 140
 Fluor albus, Pathogenese 322
 — —, Trockenbehandlung 83
 Folliculitis barbae 254
 Formoformseife 80
 Formoformstrepulver 59
 Frakturen, Lokalanästhesie bei 369
 Frostbehandlung 19
 Furunkulose beim Säugling 131

G

Gallensteine, Chologen bei 277
 —, Degalol bei 373
 Geburt, Schmerzlinderung bei der 61
 Geburtshilfliche Ratschläge 84
 Gehörgangsfurunkulose, Opsonogen bei 155

Gelonida antineuralgica 182
 Goldbehandlung der Tuberkulose 337
 Gonokokken, Hautschädigung der Neugeborenen durch 289
 Gonokokkensepsis, Meningokokkenserum bei 309
 Gonorrhoe, kindliche 21
 —, Röntgenbehandlung der Komplikationen 82
 —, Trockenbehandlung der weiblichen 83
 —, Hexursan bei 151
 Gonorrhoeischer Abszeß im M. tibialis anterior 134
 Grippe, Kampfer-Phlegmonen bei 52
 — bei Schwangeren, Behandlung 190
 Gurgeln 93

H

Hämaturien im Kindesalter 99
 Handgriffe bei gynäkologischer Untersuchung 105
 Hautdiphtherie 69
 Hautgeschwüre, Zelluloidbehandlung tuberkulöser 20
 Hauttuberkulose, Ponndorfsche Tuberkulintherapie 20
 Helminthiasis, Fall 7
 Herpes labialis epidemicus 44
 — zoster bei Angina 10
 — —, doppelseitiger 323
 Herzklappenzerreißung 294
 Herzstörungen bei Scharlach 326
 Hexursan 151
 Hornhautgeschwüre, Behandlung 64
 Hyperemesis gravidarum, Behandlung 23
 — —, Röntgenbehandlung 319
 Hypersekretion und Hyperazidität, Optarson bei 77
 Hyperidrosis, Behandlung 307
 Hypnodonal 275
 Hypnose, Bedeutung 156
 Hypophysenextrakt als Herztonikum 303
 Hysterie und Frauenkrankheiten 1

I

Influenza, Kopliksche Flecke bei 266
 —, Kapillarlähmungen im Darm bei 266
 Infusionsapparat 351
 Injektionen, intravenöse, ohne Assistenz 29
 —, Instrument für intravenöse 88

J

Jodtinktur bei Erysipel 137, 168

K

- Kalzium-Gummilösung, Einfluß auf Blutgerinnung 148
 Kampfer-Phlegmonen bei Grippe 52
 Karbolparaffin nicht für Karbolglyzerin! 154
 Kehlkopfröhrchen 255
 Keuchhusten, Kuhpockenimpfung bei 15
 —, Behandlung nach Violi 241
 Kielland-Zange 343
 Klimakterische Beschwerden, Röntgenbehandlung 285
 Knöchelfrakturen, Behandlung 113
 Kokainvergiftung 71
 Koliinfektionen der Harnwege, Mutaflor bei 16, 17
 Kollargol bei Schnupfen 339
 Konjunktivitis, Behandlung 63
 Kopfläuse, Lausofan bei 91
 Kopliksche Flecke bei Grippe 266
 Kropf, Prophylaxe des endemischen 157

L

- Lausofan bei Kopfläusen 91
 Lavatal 333
 Lenigallol bei Ekzem 19, 185
 Leukämia lymphatica 235
 Liquitalis „Gehe“ 276
 Lokalanästhesie 238
 — bei Frakturen 369
 Lumbalpunktion und Bronchialasthma 272
 Luminal gegen Pollutionen 55
 Lungenödem, akutes nephritisches 340
 —, Durchschneidung des Art. radialis bei 176
 Lungentuberkulose, Partialantigenbehandlung 15
 —, Optarson bei 77
 —, Toramin bei 177
 —, Digitalis bei 241
 Lungenuntersuchung 42

M

- Magenhyperazidität, Neutralon bei 174
 Malaria und Salvarsan 233
 Malariarückfälle 355
 Malariatod durch Salvarsan 282
 Masernschutzimpfung 13
 Mastitis, Behandlung 11, 25
 Mastoiditis, Prophylaxe 155
 Meningitis luica 262
 Meningokokkenserum bei Gonokokken-sepsis 309

- Menstruation, vikariierende 36
 Mersalyl 81
 Migräneserum Bohnstedt 122
 Milanolsalbe 279
 Mitralinsuffizienz 235
 Mutaflor bei Koliinfektionen der Harnwege 16, 17

N

- Nasennebenhöhlenerkrankungen und Erkrankungen der tieferen Luftwege 226
 Nebenhodentuberkulose, Therapin 171
 Neosalvarsan-Cyarsal bei Syphilis 188
 Neosilbersalvarsannatrium 283
 Nephritis, Zuckertage bei kindlicher 301
 Neucesol bei Diabetes insipidus 180
 Neutralon bei Magenhyperazidität 174
 Nikotin und Endarteriitis 354
 Normosal, Blutauswaschungen mit 251
 Novalgin 306
 Novasurrol als Diuretikum 301, 340, 371
 —, Todesfall nach 234
 Novitan 278
 Novokainschäden 365

O

- Oedem im Säuglingsalter 2
 Oesophagusatresie 294
 Oponogen bei Angina follicularis 240
 — — Gehörgangsfurunkulose 155
 Optarson bei Lungentuberkulose 77
 Osteochondritis coxae juvenilis 258
 Osteomalazie, Asthmolysin bei 59
 Otitis media 124
 Oxyuriasis 16, 143, 245
 Ozaena, Behandlung 56

P

- Panaritium, Diagnose 163
 — subunguale, Behandlung 184
 Paralysis agitans nach Schreck 2
 — —, Transplantation von Nebenschilddrüse bei 115
 — progressiva, unspezifische Behandlung 144, 245
 — —, Impfung mit Malaria und Rekurrens bei 145
 Paronychie, Behandlung 11
 —, Teilexzision des Nagels bei 169
 Partialantigenbehandlung der Lungentuberkulose 15
 Pavon 174

VI

Peptozon bei Hypersekretion und Hyperazidität 77
 Perikarditis, eitrige, Folge einer Herzschußverletzung 321
 Perisplenitis und Lues congenita 106
 Peritonitis purulenta nach Mandelentzündung 264
 Perkussionsfingerling 88
 Perleweiß 92
 Perthessche Krankheit 258
 Physormon als Wehenmittel 85
 Pinzette zu intravenösen Injektionen 255
 Pinzettenmesser 88
 Pleuritis im Kindesalter 67, 353
 Pneumonie, Behandlung mit Pferdeserum und Aderlaß 116
 —, Durchschneidung des Art. radialis bei 176
 —, Kampftherapie 299
 Pneumothoraxerguß, Behandlung des eitrigen 338
 Pollutionen, Luminal bei 55
 Polygalysat 339
 Polyneuritis arsenicosa 297
 Portioerosionen Resopon-Vaginalkugeln bei 191
 Praeputium clitoridis und Gonokokken 345
 Pregische Lösung, Erfahrungen mit 169
 Pruritus, Behandlung 186
 — senilis, Kieselsäure bei 308
 — vulvae, Behandlung 286
 Psoriasis, einseitige lineare 359
 —, Therapie 281
 —, Röntgenbehandlung 253
 Puerperalfieber, neuere Silberpräparate bei 23
 Puppenauge bei postdiphtherischer Lähmung 236

R

Rachitis, Adrenalin bei 242
 —, Quarzlampebestrahlungen bei 371
 Reizblase, Eukupinöl bei 302
 Resistan-Salbe 168
 Resopon-Vaginalkugeln bei Portioerosionen 191
 Rhagaden an den Brustwarzen 345
 Röntgenbehandlung spitzer Kondylome 22
 — von Komplikationen der Gonorrhoe 82
 — der Psoriasis 253
 — der Epididymitis gonorrhoeica 282
 — klimakterischer Beschwerden 285

Röntgenbehandlung der Hyperemesis gravidarum 319
 Röntgenschäden 309

S

Salmiak bei Kindertetanie 273
 Salvarsan bei Diphtherie 14
 —, Malaria, akute gelbe Leberatrophie 233
 —, Malariatod durch 282
 —, amyostatischer Symptomenkomplex nach 361
 Salvarsanbehandlung, fremdkörperfreie Lösungen für 30
 —, Richtlinien für 247
 Salvarsan-Novasurolmischung, Technik der 351
 Salvarsandermatitis 363
 Salvarsanschädigungen, Verhütung 93
 Sanarthrit, anaphylaktische Erscheinungen nach 297
 Scharlach, Desquamation in den Harnwegen bei 265
 —, Herzstörungen bei 326
 Schlafmittel im Säuglingsalter 275
 Schlafstörung, postenzephalitische 181
 Schnupfen, Prophylaxe und Therapie 270
 —, Kollargol bei 339
 Schwangerschaft, Diätetik in der 85
 Schwangerschaftsglykosurie 231
 Schwangerschaftsödem 33
 Schweißdrüsenabszesse in der Achselhöhle 239
 Schwimmbadkonjunktivitis 70
 Secoin 319
 Sedobrolvergiftung 71
 Senkungsabszesse im Bauch 233
 Singultus, Behandlung 77
 — epidemicus 241
 Skabies, Ecrasol bei 80
 — beim Säugling 131
 Sklerose, multiple 115
 Sondenernährung 89
 Staphylokokkeninfektion, Vereisung bei 368
 Stomatitis mercurialis 172
 Strauszsche Salbe bei Ekzem 279
 Strontiumtherapie 180
 Strophalen „Tosse“ 372
 Strychnotonin 276

Syphilis congenita und Perisplenitis
106

—, Neosalvarsan-Cyarsalbehandlung
188

—, Neosilbersalvarsannatrium bei 283
Syphilisbehandlung bei Graviden 22

T

Tabes, Suggilationen bei 236

Tebecin Dostal bei chirurgischer Tuberkulose 138

Terpentinersatz, Dermatitiden durch 257

Terpentinöl und Terpichin bei Schweißdrüsenabszessen i. der Achselhöhle 239

Tetanie, Salmiak bei Kinder- 273

Tetanus 7 Jahre nach Verwundung 166
— nach Abort 167

Tonerdepräparate, neue 333

Tonerdeverband, verbesserter 334

Tonophosphan 179

Tonsille, sekundäre Vakzine auf der 135

Toramin bei Lungentuberkulose 177

Transannon gegen Ausfallserscheinungen bei Frauen 62, 154, 189

Trapeziaslähmung, professionelle 161

Trepelsche Tabletten 274

— bei Schlafstörungen 78

Trichloräthylen bei Trigeminusneuralgien 274

Trichophytien, Strahlenbehandlung 149

Trigeminusneuralgie, zur Diagnose und Therapie 273

—, Trichloräthylen bei 274

Trockenhefe als Prophylaktikum gegen Rachenkrankheiten 142

Trypaflavin prophylaktisch bei Blasen-erkrankungen der Haut 117

Tuberkulin, diagnostisches 6

Tuberkulinprobe, kutane 104

Tuberkulose, Tebecin Dostal bei chirurgischer 138

—, Goldbehandlung 337

U

Ulcus durum und molle 6

— molle mit Septikopyämie 324

—, phagedaenicum und Angina Plant-Vincenti 129

— ventriculi, Diagnose 231

Untersuchung im Stehen 4

Urtikaria, Trypaflavin bei 384

Uteruskarzinom, Frühsymptome 41

—, gleichzeitige Strahlen- und Wärmebehandlung 87

Uterusmyome, Behandlung 313

V

Veramon 182

— als Antineuralgikum 306

Verbände, feuchte 237

Vorhoffimmern, Chinidin bei 117

W

Wadenkrämpfe 116

Warzen, Quecksilberbehandlung 119

Y

Yatren bei Amöbenruhr 76

— in der Chirurgie 168

— bei Aktinomykose 268

Z

Zahnfleischerkrankung, Aolan bei infektiöser 173

Zahnung des Säuglings, erschwerte 241

Zelluloidbehandlung tuberkulöser Hautgeschwüre 20

Zergalin bei oberflächlichen Hautaffektionen 81

Ziegenmilchanämie 290

Autorenregister.

A

Abel 122, 154

Alwens 180

Ammann 308

Amstad 324

Arndt 177

Arning 117

Asal-Falk 266

Assmann 251

Auer 306

Auerbach 191

Aust 71

Austgen 174

B

Bab 351

Beck 93

Becker 155

v. Beesten 299

Bergmann 35

Bingel 116

VIII

Blumenthal 59
 Blumreich 23, 313
 Bock 117, 262
 Bockenheimer 368
 Boeninghaus 154
 Böttner 178, 270
 Brandenburg 355
 Brandis 294
 Branzel 12
 Brenner 140
 Bröse 1
 Brunn 371
 Brunzel 166
 Büsch 19

C

Citron 309
 Clemm 184
 Clodi 345
 Cohn 297
 Cramer 277
 Czapski 301

D

Davidsohn 97
 Decker 365
 Deloch 180
 Demmer 52
 Deutsch 20
 Dewes 113
 Donath 55
 Drexler 30
 Dub 83
 Düll 15

E

Eckstein 275
 Ehrenberg 340
 Eichwald 177
 Elsner 233
 Engelking 70
 Engwer 20
 Esau 167
 Eschricht 175, 183

F

Fantl 29
 Feer 104
 Fehsenfeld 10
 Feriz 142
 Fernbach 233
 Fink 33
 Fischer 78, 144, 150, 182
 245
 Focke 241

Fraenkel 319, 338
 Franke 245
 Freudenberg 273
 Freudenthal 319
 Friedberg 304
 Friedlieb 88
 v. Friedrich 174
 Fuchs 328
 Fuld 77, 145

G

Galewsky 257
 Gatersleben 131
 Geigel 89
 Gerson 238
 Giesbert 240
 Glaser, 13, 282
 Glass 237
 Glock 7
 Göppert 294
 Görl 253
 Götting 148
 Goldmann 184
 Gonnella 265
 Gorke 65
 Gotthardt 309
 Graetzer 225
 Grahe 124
 Grassheim 180
 Griessmann 56
 Grimme 372
 Groedel 275, 285
 Grotte 257
 György 273

H

Hagenbach 369
 Haggenev 301
 Hallenberger 321
 Hammes 15
 Hartwig 191
 Hauck 281
 Hebestreit 2
 Heck 97
 Hedrich 8, 135
 Heidenhain 186, 309
 Heinz 59, 80
 Hellmuth 85
 Herzog 235
 Hess 63
 Heyn 363
 Hildebrandt 42
 Hillenberg 323
 Hintze 169

Hirsch 105, 114, 326
 Hirschberg 322
 Höfer 138
 Hoffmann 179, 343
 Hubert 340

I

Isacson 19, 342

J

Jacob 189
 Jaeggy 61
 Janke 91
 v. Jaschke 153
 Jenckel 139
 Joseph 307

K

Kaiser 168
 Kalberlah 115
 Kallmann 341
 Kamnitzer 339
 Kayser-Petersen 78
 Kelling 165
 Kießling 168
 Kionka 333
 Klee 87
 Kleinschmidt 169
 Klinger 157
 Kloepfel 134
 Knöpfelmacher 46
 Königsberger 6
 Koertling 190
 Kollibay 89
 Koslowsky 58
 Koßmann 66
 Krabbel 258
 Kramer 241
 Krause 299
 Krecke 25, 47, 72, 163
 Kretschmer 6
 Krieg 4
 Kron 71
 Kuhle 239

L

Laband 188
 Lahmeyer 22
 Langes 348
 Langsch 235
 Lasch 297
 Lehnerdt 242
 Levy 11, 337
 Lewin 77
 Liebe 289

Liepelt 147
 Limper 266
 Linnert 23
 van Lint 64
 Loewy 92, 305
 Lührs 15
 Luithlen 308
 Lunckenbein 290
 Lust 181
 Lämmerhirt 168

M

Magunna 274
 Markus 93
 Marlinger 234
 Martin 306
 Matt 22
 Marwedel 116
 Matzdorff 361
 Mayer 41, 71, 143
 Menk 76
 Meyer 46, 106, 279
 Mietens 255
 Moldenhardt 276
 Moll 345
 Morawitz 134
 Mühlens 76
 Müller 13, 80, 108

N

Nagy 334
 Nassau 46, 99
 Neuland 353
 Neumann 95
 Nissen 173
 Nissle 17
 Nobel 67
 Noeggerath 176

O

Obermüller 255
 Ochsenius 2, 71, 185
 Oppenheim 339
 Pfeifer 268
 Pinéas 236
 Pohl 303
 Polland 151

Preuß 22
 Probst 276
 Pust 351

P

Payr 273
 Peiper 231
 Pfeffer 373

Q

Quincke 334

R

Rau 88
 Reh 241, 284
 Reiche 241
 Reinhard-Eichelbaum 311
 Reye 137
 Richter 63
 Rieß 81
 Reißmann 84
 Roemisch 274
 Rörig 16
 Rohr 155
 Rominger 275
 Rosenstraub 286
 Roubitschek 231
 Ruge 85
 Runge 283

S

Sackur 36
 Schattenmann 187
 Schauwecker 59
 Schelenz 129
 Schilling 264
 Schlesinger 11
 Schmieden 171
 Schmitt 161
 Schneider 302
 Scholtz 150
 Schopper 345
 Schottmüller 136
 Schrens 172
 Schultes 77
 Schulthess 300
 Schultz 272
 Schwab 81

Seibold 130
 Selter 16
 Spiegelberg 69
 Stangenberg 359
 Steinkamm 149
 Stepp 226
 Sternthal 283
 Stockmann 268
 Stoeber 278
 Stoeltzner 179, 290
 Striepecke 62
 Suchy 354

T

Taschenberg 176
 Teuscher 14
 Thim 254
 Trebing 121
 Treuherz 83

U

Ullmann 184

V

Valentin 21
 Voigt 253, 279
 Vorkastner 156

W

Weber 360, 371
 Weinberg 242
 Werner 178
 Wertheim 186
 Wetterer 82, 282
 Weinstein 87
 Weygandt 145
 Widowitz 236
 Wiener 5
 Wiesenack 246

Z

Zelnik 152
 Ziegler 119
 Zondeck 305
 Zweifel 41

Neue Bücher.

Bach, Anleitung und Indikationen
 für Bestrahlungen mit der Quarz-
 lampe „Künstliche Höhensonne“ 32

Bauer, Fischer, Lentz, Mensch-
 liche Erblichkeitslehre 32

- Baumgärtel, Die staatlichen Bestimmungen über die Ausführung der Wassermannschen Reaktion 256
- Breitensteins Repetitorien 159
- Brezina, Internationale Übersicht über Gewerbekrankheiten 159
- Breul, Tuberkulose im Mittelstand 159
- Cemach, Chirurgische Diagnostik in Tabellenform 31
- Dornblüth-Bachem, Arzneimittel der heutigen Medizin 159
- Flatau, Weibliche Gesundheitspflege 159
- v. Gilgen, Kochbuch für Zuckerkranken 320
- Graetzer, Diagnostische Winke für die tägliche Praxis 158, 286
- Groedel, Grundriß und Atlas der Röntgendiagnostik 95
- Hirsch, Die Gattenwahl 352
- Havelock Ellis, Geschlechtstrieb und Schamgefühl 352
- Helferich, Atlas und Grundriß der traumatischen Frakturen und Luxationen 224
- Hirsch, Das ärztliche Heiratszeugnis 96
- Hochstetter u. Zehden, Mit Hörrohr und Spritze 287
- Heisewitz, Repetitorium für Gynäkologie 287
- Lenz, Menschliche Auslese und Rassenhygiene 158
- Müller u. Koffka, Rezepttaschenbuch der billigen Arzneiverordnungen 128
- Mulzer, Die syphilitischen Exkran- kungen in der Allgemeinpraxis 288
- Oberndorfer, Pathologisch-anato- mische Situsbilder der Bauchhöhle 256
- Panse, Der praktische Hals-, Nasen- und Ohrenarzt 352
- Placzek, Das Geschlechtsleben der Hysterischen 320
- Schlagintweit, Urologie des praktischen Arztes 31
- Schmidt, Ebstein, Friedheim, Wolfram, Donat, Hohlfeld: Diagnostisch-therap. Vademecum 30
- Schnirer, Taschenbuch der Therapie 287
- Schwalbe, Reichs-Medizinalkalender 158
- Seifert, Chirurgie des Kopfes und Halses für Zahnärzte 256
- , Die Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel 352
- Spaet, Der Fürsorgearzt 32
- Stein, Lehrbuch der Geschlechts- krankheiten 288
- Voltz, Dosierungstafeln f. die Röntgen- therapie 31
- Wachtel, Sonderfälle der Frucht- abtreibung 352
- Weiser, Das Atom 256

1871
1872
1873
1874
1875
1876
1877
1878
1879
1880
1881
1882
1883
1884
1885
1886
1887
1888
1889
1890
1891
1892
1893
1894
1895
1896
1897
1898
1899
1900

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 05976 9300



Generated on 2019-11-09 17:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015059769300
Public Domain in the United States; Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

