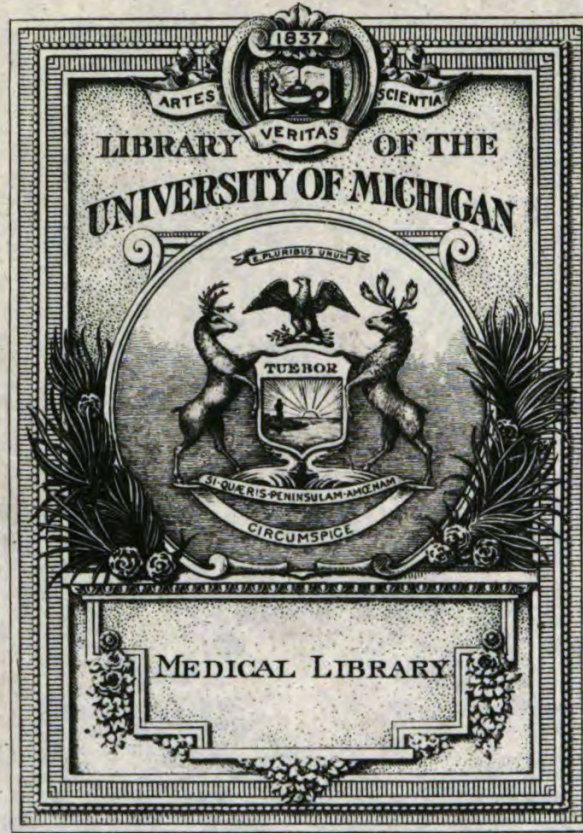




*Excerpta medica*  
*1896/1897*

Generated on 2019-11-08 22:35 GMT / <http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015059769425>  
Public Domain in the United States; Google-digitized / [http://www.hathitrust.org/access\\_use#pd-us-google](http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google)















610.5  
E95

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.



Sechster Jahrgang 1896/97.



BASEL und LEIPZIG  
VERLAG von CARL SALLMANN  
1897.







Medical  
Müller  
1-29-27  
13902

## Inhalts-Verzeichniss.

### A.

- Aachen** bei Tabes 35.  
**Abdominalorgane**, Palpation im Bade 308.  
**Ablatio retinae**, Behandlung 65;  
A. bei Gicht 114.  
**Abort**, künstlicher, bei Neuritis 22; Glycerin zur Einleitung 25; Chinin bei incompletem A. 522.  
**Abscesse**, multiple nach Influenza 236; zur Behandlung: Zimmtsäure 39, Jodoformin 215, Aiol 323, Salubrol 325, Hydrarg. oxyd. flav. 411, Amyloform 495, Sanoforn 544, Soda-Umschläge 543.  
**Achillessehne**, subcutane Zerreißung 313.  
**Acid. arsenicos.** bei Lupus 238, 473, Cancroiden der Haut 530; Intoxication mit A. 530.  
— boric. bei Ekzem 458.  
— carbolic. bei Abdominaltyphus 90, Ekzem 289, Pruritus 301, 517; Aetzungen mit A. 95, Injectionen bei Angina 267.  
— chromic. bei Stomatitis 523.  
— cinnamom. bei Tuberculose 39.  
— citric. bei Wunden 411.  
— muriat. bei Darmkatarrhen und Cholera 69.  
— osmic. bei Neuralgien 71.  
— picrinic. bei Combustio 221.  
— pyrogallic. bei Psoriasis 20, Lupus 239.  
— salicyl. bei Psoriasis 20, 334, Ekzem 119, 289, 459, 460, Papillomen der Vulva 194, Aphthen 373, Ulcus molle 400, Lupus 473, Pruritus 517.  
— tannic. bei Pruritus 429, Ekzem 458, Coryza 519.  
— thymic. bei Acne rosacea 517.  
**Actol** als Antisepticum 57, bei Gonorrhoe 228.  
**Aderlass**, Indicationen 258, A. bei Herzfehlern 354.  
**Adhaesivum** von Hausmann 544.  
**Aether**, Narkose 102, 106.  
**Aethylendiaminsilberphosphat** bei Augenentzündungen 273.  
**Agalaktie** der Ziegen und Schafe 163.



#### IV

- Agrypnie, Trional 265, 369, Pellotin 266.
- Airol, therapeutische Verwendung 445, bei Wunden 113, 323, 496, bei Ulcus molle 114.
- Akne, Therapie 493, 517, 541, Terpentin 321.
- Aktinomykosis, Jodkali 161.
- Albuminurie der Mutter und Stillen 145.
- Albumosen zur Ernährung 579.
- Albumosepepton von Antweiler 580.
- Aleuronat bei Hydrocele 207.
- Alkohol zur Desinfection 497, gegen schmerzhafte Aetzungen 95.
- Alkoholismus, traumatische Neuralgien bei A. 243.
- Alum. bei Ekzem 119, 288.
- Amaurose, hysterische 134, 137, bei Tabes 251.
- Amenorrhoe, Ovarialsubstanz 42.
- Ammon. chlorat. bei Asthma 219.
- Amyloform, Anwendung 216, 495.
- Anaemie, Chlorose. Eurythrol 101, Arsen- und Eisen-therapie 101, Fleischpepton 255, Aderlass 260, Salol 322, Liq. ferri sesquichlorat. 322, Radfahren 534, Pilul. Sanguinali 542; Herzasthma bei A. 541.
- Anaesthesia, Narkose. Eucain in der Augenheilkunde 53, in der dermatolog. Praxis 54, in der zahnärztl. Praxis 55, auf Schleimhäuten und Wunden 371; Schleich'sche Methode 107; Elektro-Guajacol-Anaesthesia 372; Analgesie im hinteren Harnorgan 370; Morphium-Aether-Narkose 102; Chloroform bei Potatoren 105; zur Chloroformwirkung 106.
- Angina, Carbolinjectionen 267, Itrol 324.
- Angiome, multiple im Gesicht 86.
- Anilinfärber, Hornhauterkrankung der A. 507.
- Antinervin, Intoxication mit A. 9.
- Antipyrin, Klysma zur Analgesie im hinteren Harnorgan 371; zur Unterdrückung der Milchsecretion 568; A. und Calomel zusammen 310; Intoxication mit A. 176, 298, 425, 566.
- Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Silber und Silbersalze 56, 112, 213, 323, Formaldehyd 110, Airol 113, 323, Airolpaste 496, Jodoformin 215, Amyloform 216, 495, Dextroform 495, Sanoforn 544; Adhaesivum 544, Schutzmittel für Wunden 410, Hydrarg. oxyd. flav. bei Wunden 410, Citronensäure dabei 411; Sodaumschläge 543; Strohkohlenverbände 59; Ubrigin 494; Sterilisationsapparat 109; Sterilisation der Metallinstrumente 59, von Kathetern 409, sterilisirte Nähseide 544; Desinfection von Wohnräumen 218; Alkoholdesinfection 497, Operiren in Handschuhen 497, 544, 546; zerlegbare Handbürste 546;

Streptokokken in der Scheide 218.  
 Aphthen, Kal. chloric. 373.  
 Apolysin bei Neuralgien, Hemisphäre 70.  
 Apoplexie, Aderlass 259.  
 Appendicitis nach Influenza 462.  
 Aqua chlorata bei Augenblennorrhoe 380.  
 Argentamin bei Gonorrhoe 133, 134.  
 Argent. nitric. bei Gonorrhoe 5, 133, 382, Augenblennorrhoe 378, 558, Stomatitis 523, Fissura ani 358, Tabes 35.  
 Argonin bei Gonorrhoe 5, 128, 226.  
 Aristol bei Psoriasis 20.  
 Arteriosklerose, Digitoxin 202, 355, Jodvasogen 373; A. nach Influenza 470.  
 Arthritis gonorrhoeica 6, 115, 130. A. urica, Eucasin 312, Lithiumcitrat 499; Augenkrankungen dabei 114.  
 Arznei-Exanthem nach Bismuth. subnit. 502, Jodoform 454, Jodothyryl 500, Salipyrin 453.  
 Arzneisubstanzen, neue Methode, um sie im Nasenrachenraum zu vertheilen 94.

Badehalter für Säuglinge 405.  
 Baden bei Tabes 35.  
 Baden-Baden bei Tabes 35.  
 Bäder-Behandlung bei Tabes 35, Meningitis 242, Syphilis 245, 335, Ekzem 458, Perniones 516.

Ascaris, Urticaria durch A. 232.  
 Aspermatismus 487.  
 Asphyxia neonatorum 27, 268.  
 Asthma, Behandlung nach Davis 219; A. uterinum 219: Herzasthma bei Anaemie 541.  
 Atrophia cutis in der Schwangerschaft 21.  
 — nervi optici bei Diabetes mellitus 118.  
 Atropin. sulfuric. gegen Nachtschweisse 151, Galaktorrhoe 152, Pollutionen 152, Gastrosuccorrhoe 152, Diphtherie 166; zur Anaesthetie im hinteren Harnorgan 371; Intoxication mit A. 10.  
 Augentzündungen. Formaldehyd 4, Formalin 274, Formol und Ichthyol 274, Ichthyol 2, Thioform 275, Itrol 324; A. bei Gicht 114; Augenblennorrhoe 376, 378, 557; Aethylendiaminsilberphosphat 273; Marmorek'sches Serum bei eitriger Dakryocystitis 273; Pneumokokkenconjunctivitis 162; Keratitis 163, 164, 269, 272, 565.  
 Aureol zur Haarfärbung 403.  
 Ausspülungen, der Scheide 142.

## B.

Balanoposthitis, Itrol 324, Traumatol 489.  
 Balsam. peruv. mit Collodium bei Wunden 410.  
 Bartholinitis, Therapie 556.  
 Benzin, Intoxication 178, 298.  
 Beta-Naphthol bei Typhus 89.



## VI

Birkenblätterthee als Diureticum 403.  
 Bismuth. subnitric. bei Ulcus ventriculi 40, Combustio 414, Akne 541; Nebenwirkungen des B. 176, Arzneiexanthem 502.  
 — salicyl. bei Typhus 89.  
 Blasenmolen 305, 519.  
 Blaud'sche Pillen bei Anaemie 102.  
 Blei, Intoxication 15, 177, 294, 296, 424, 566.  
 Blepharitis, Ichthyol 2, 275.  
 Blutungen, Ferripyridin 2, 275, Natr. sulfur. 275, Ergotininol 411; B. in Ovarialcysten 2, an den Eierstöcken 276, in gesunden Nieren 280,

ins Labyrinth 283; Haemoptoe bei Fremdkörpern 61, bei Hysterie 386; hysterische B. aus der Mamma 560; B. in Folge syphilitischer Geschwüre an der Portio 30; B. bei Mercurialerkrankungen 413; Haematom 285; Haemophilie 284.

Bovril, Werth desselben 446.  
 Brandbinden 414.  
 Bromäthylnarkose bei hysterischer Aphonie 388.  
 Bronchitis, Aderlass 260, unterschwefligsaures Natron 455, Hydrast. canad. 455; B. bei Arsengebrauch 422.

## C.

Calamusinfus, Einfluss auf den Uterus 308.  
 Campher bei Intercostalneuralgie 72, Typhus 90, Ekzem 289, Coryza 519, als Antigalacticum 522; Campheröl bei Hyperidrosis 233.  
 Carcinome, des Oesophagus 78, des Magens 350, 351, der Haut 530, der Blase 353, der retroperitonealen Drüsen 530; carcinomatöse Entartung eines Uterusmyoms 352; Uteruspolyp, carcinomatöser 352; Opium-Cocainbehandlung der C. 192, Erysipelserum 193, Trional 369.  
 Caries ossium, Hydrarg. oxyd. flav. 411.  
 Celluloid-Mullverband 45.

Cer. oxalic. bei Tabes 251.  
 Chinin. sulfur. bei Abort 522.  
 Chloral. hydrat. bei Intercostalneuralgie 72, Asthma 219.  
 Chlorcalcium bei Perniones 395.  
 Chloroform, Narkose 105, 106; bei Erbrechen Tuberculöser 350.  
 Chlorose s. Anaemie.  
 Cholelithiasis, Jodkalium 60; seltener Fall 164; Symptome und Diagnose 165.  
 Cholera asiatica, Opium-Pepsin-Salzsäure 68; Ch. mit Typhus 197.  
 Chrysarobin bei Psoriasis 481.  
 Cirrhosis hepatis und Diabetes 115; C. bei Syphilis 340.  
 Citrone als Pessarium, Saft bei Wunden 411.  
 Cocain. muriat. bei Ekzem 4,

- Carcinom 192, Schründen der Brustwarze 358, Coryza 519, Rigidität des Muttermundes 521, Seekrankheit 335; zusammen mit Eucain in der Augenheilkunde 53, bei Elektro-Guajacol-Anaesthesia 372; Intoxication 10.
- nitric. bei Gonorrhoe 6.
- Coccionella bei Pertussis 428.
- Codein bei Ulcus ventriculi 253.
- Colloidium bei Pruritus ani und Haemorrhoiden 301, Wunden 410.
- Combination von Stethoskop, Hammer, Reflector 91, von Stethoskop, Hammer, Plessimeter, Thermometer 146.
- Combustio, Pikrinsäure 221, Loretin 222, Aiol 323, 445, Salubrol 325, Wis-muth 414; Nachbehandlung 219.
- Conception, Einfluss des Stillens 144.
- Congelatio, Loretinseife 120.
- Conjunctivitis, Formaldehyd und Formalin 1, 274, 275, Ichthyol 2, 275, Itrol 324, Aethylendiaminsilberphosphat 273; Pneumokokken-C. 162; C. crouposa 168.
- Cort. Chin. bei Diphtherie 223.
- Cremor tartari bei Cirrhosis hepatis 118.
- Cudowa bei Tabes 35.
- Cystitis, Janet'sche Irrigationen 384, Behandlung der tuberculösen C. 439.

## D.

- Dakryocystitis, Streptokokken-serum 273.
- Dammschutz, bei nachfolgendem Kopf 521.
- Deciduoma und Blasenmole 305, 520.
- Decubitus, Tannoform 402.
- Dermatol bei Ekzem 149, Diarrhoe 525.
- Desinfection s. Antisepsis.
- Dextroform, Anwendung 495.
- Diabetes mellitus, Eucasin 312, Schaumwein 414, Nährklystiere 414, Kleberbrod 455; D. und Lebercirrhose 115, D. und Morbus Basedowii 456; Sehnervenatrophie bei D. 118.
- Diarrhoeen, Pepsin-Opium-Salzsäure 69, Tannigen 69, Der-matol 525; Abhängigkeit von der Magensaftsecretion 66.
- Didymin-Tabloids bei Hysterie 134.
- Digitalin, therap. Werth 204.
- Digitoxin, Anwendung 200, 355.
- Dilatatio cordis, Digitoxin 202.
- Diphtherie, Serum 167, Atropin 166, Tinct. Myrrh. 222, Hydrarg. cyanat. 224; prognostischer Fingerzeig 167; Pflege tracheotomirter Kinder 549; prolongirte D. 547; Conjunctivitis crouposa 168; Diphtheriebacillen nach überstandener D. 167.



**E.**

**Ekzema**, Ichthyol 2, Cocain 4, Loretinseife 120, Resorcin 149, Naftalan 289, Aiol 323, Tannoform 402, Traumatol 489, Amyloform 496; Ekzembehandlung 287; Behandlung des Ohrekzems 118, des Handekzems 457, des Lippenekzems 289, des E. der Kinder an den Hinterbacken 120; Contagiosität des E. seborrhoicum 287; universelles E. durch Jodoform 454.

**Elektro-Guajacol**, Anaesthesie 372.

**Elektrolyse** bei Ozaena 432.

**Elektrotherapie** bei Tabes 36, Singultus 486.

**Elephantiasis acuta faciei** 224.

**Elixir Condurango peptonatum** 571.

**Embolia arter. central. retinae** 199.

**Encephalopathia saturnina**, Lumbalpunction dabei 296.

**Endometritis**, Itrol 324.

**Enteroptose**, Hefetherapie 5.

**Eosot** 39.

**Epididymitis**, anaesthesirende Klysmen 371.

**Epilepsie**, Aderlass 259; Combination mit Hysterie 389.

**Episkleritis** bei Gicht 114/15.

**Epithelioma cutis**, Therapie 87, 149.

**Ergotinol**, Gebärmutterblutungen 411.

**Erhängen**, Convulsionen dabei 447.

**Erysipel**, Actol 57, Robin'sche Behandlung 460; E.-Serum bei Tumoren 193.

**Erythema**, Tannoform 401; E. scarlatiniforme 61.

**Eucaïn** bei Pruritus ani und Haemorrhoiden 372, auf Schleimhäuten und Wunden 371, in der Augenheilkunde 53, in der dermatolog.-urologischen Praxis 54, in der zahnärztl. Praxis 55.

**Eucalyptol**, Inhalation 256.

**Eucasin** 311, 579.

**Euchinin** 362.

**Eurythrol** bei Chlorose 101.

**Extractio dentium** mit Eucaïn 55.

**Extract. Bellad.** zur Anaesthesie im hinteren Harnorgan 371; Intoxication 293.

— chin. bei Tabes 35.

— Grindel. robust. Asthma 219.

— Hydrast. canad. bei Bronchitis 455.

— nuc. vomic. bei Tabes 35.

— Opii zur Analgesie im hinteren Harnorgan 371.

— Ratanh. Zahnseife 363.

**F.**

**Facialislähmung** und Herpes zoster 511.

**Ferripyrin** 2, 275.

**Ferr. lactic.** bei Tabes 35, Ekzem 120.

**Fettmilch** bei Ulcus ventriculi 254.

**Fieber**, Kryofin 487; hysterisches 560.

**Filmogen** 257.

**Fissura ani, Argent. nitric.** 358.

**Fleischextracte** 445, 580/81.

**Fleischpepton, Stoffwechseluntersuchungen** 255.

**Formaldehyd, Formol, Formalin.**

Als Antisepticum 110, zur Desinfection von Wohnräumen 218, bei Conjunctivitis gonorrhoeica 1, Augentumoren 84, Augenentzündungen 274, Schweissfüssen 233.

**Fracturae ossium, Zusammenhang mit Tabes** 37; Behandlung der Radiusfractur 120, der F. der oberen Extremitäten 417, der Clavicul fracturen 504; Verband bei Oberschenkel fracturen der Kinder 124, Noth- und Dauerverband 415, Gyps-Hanfschienen

506; Torsionsfracturen des Oberschenkels 125; schiefe geheilte Vorderarmbrüche 327; Venenthrombose nach Gypsverband 328; Wirbelsäulenbrüche 503; seltener Fall von Fractur der Tibia 504; diagnostischer Handgriff 416.

**Franzensbad bei Tabes** 35.

**Fremdkörper in der Nase** 169, 171, in den Luftwegen 61, 168, 169, im Auge 64, 375, im Rachen 375, im Oesophagus 375, im Magen 553, im Gehirn 95, in der Urethra 65, in der Scheide 171, 552.

**Furunculosis, Aiol 323, Salubrol 325, Hydrarg. oxyd. flav.** 411; F. der Lider 226.

## G.

**Galaktorrhoe, Atropin** 152, Campher 522.

**Galvanokaustik bei Lupus** 472, Prostat hypertrophie 479.

**Gangraena cutis, Tannoform** 402.

— pulmon. Natr. subsulfur. 455; G. nach Influenza 463, 563.

**Gastralgie, bei Saccharingebrauch** 585.

**Gastrosuccorrhoe, Atropin** 152.

**Gelanthum als dermatologisches Vehikel** 146; Gelanth-crème 147.

**Gewerbekrankheiten, Hornhauterkrankung bei Anilinfärbem** 507, Taubheit bei Webern 509, Tuberculose der Handschuhmacher 509.

**Glaukom durch Fremdkörper** 64; G. und Gicht 114/15.

**Glioma retinae, Krebsserum und Formol** 84.

**Glossitis sclerosa** 438.

**Glycerin zur Einleitung der Geburtsthätigkeit** 25, bei Nephrolithiasis 242.

**Glykosurie bei incarcerirten Hernien** 174.

**Gonitis, gonorrhoeische** 229, tuberculöse 346.

**Gonorrhoe, Behandlung der acuten G. mit Argent. nitric., Argonin und Ichthyol** 5, Argonin 128, 226, Itrol 129, 324, Aiol 323, Dextroform 496, Janet'sche

## X

Methode 382, Behandlung der weiblichen G. 556, Formaldehyd bei Conjunctivitis gonorrh. 1; Uebertragung bei Augenblennorrhoe 376, Behandlung der Ophthalmoblennorrhoe 378, 557; Wochenbett und G. 380; Peritonitis gonorrh. 229, G. der Blase 130, des Rectum 384; Gelenkerkrankungen bei G. 6, 130, 229; Provocation latenter G. 133; G. in Stuttgart 555. Gossypium Ferripyrim. 2.

Guajacol zur Anaesthesia 372, bei tuberculöser Cystitis 440, Lupus 471; Guajacolvasogen bei intranasalem Lupus. Guberquelle bei Anaemie 102. Gummen der Vaginalportion u. Urethra 29; multiple G. im Frühstadium der Lues 437. Guttaperchapapier bei Ekzem 120. Gyps-Verband und Venenthrombose 328. Gyps-Hanfschienen, technische Vereinfachung 506.

## H.

Haarfärbemittel, Aureol 403. Haematom, Gelenkschwellungen dabei 285. Haematomyelie nach Trauma 230. Haemophilie, Nierenblutungen dabei 281—283, Fall von H. 284. Haemoptoe s. Blutungen. Haemorrhoiden, Calomel 65, Collodium 301, Eucain 372. Handbürste, zerlegbare 546. Handschuhe zum Operiren aus Gummi 497, Zwirn 545, Seide 546. Handschuhmacher, Tuberculose der H. 509. Hefe bei Enteroptose 5. Heftklammern für Wunden 404. Helminthiasis, Urticaria bei Ascaris 232. Hemikranie, Apolysin 70, Methylblau 237, Kolanin 586. Hernien, Eisblase und Aether-

spray 173; verschiedene gleichseitige H. 173; Glykosurie bei H. 174, Lungeninfarct 384, Verdauungsstörungen 385. Herpes, Itrol bei H. praeputialis 324, Traumatol dabei 489; H. zoster und Facialislähmung 511. Herzgeräusche, nervöse 393. Heuschnupfen, Behandlung 558. Holzin, Holzinol, Anwendung 110. Hydrarg. benzoic. bei Lues 335. — bichlorat. bei Syphilis 31, 572, Conjunctivitis crouposa 168, Blennorrhoea neonatorum 557, Aphthen 373, Cystitis 441, Erysipel 461, Lupus 473, Acne rosacea 517; Intoxication 178. — chlorat. bei Haemorrhoiden 65; H. und Antipyrin zusammen 310. — cyanat. bei Diphtherie 224.



Hydrarg. oxycyanat. bei Con-  
junctivitis crouposa 168.  
— oxyd. flav. bei Wunden 410.  
— praecip. alb. bei Psoriasis  
481, Akne 541.  
Hydrocele, Aeuſonat 207; bei-  
derseitige H. 174.  
Hydrotherapie bei Influenza  
332; s. auch „Bäder“.  
Hyperemesis gravidarum, psy-  
chische Beeinflussung 24,  
Orexin. 25.  
Hyperidrosis, Atropin 151, Cam-  
pheröl 233, Formalin 233,  
Tannoform 402, 403.

Hypnose, Geburt in H. 307.  
Hysterie, Ovarialsubstanz 43,  
Didymin-Tabloids 134; Er-  
blindung 137, Pupillen-  
starre 292, Aphonie 388,  
Bewegungsneurosen 138,  
Lähmungen bei Kindern  
290, Oesophaguslähmung  
461, Narkolepsie 389,  
Zwerchfellkrampf 292,  
Blutungen 280—283, 386,  
560, Fieber 560, Pseudo-  
Intermittens 461; männ-  
liche H. 559.

**I.**

Ichthalbin 536.  
Ichthyol bei Phthisis 39, 524,  
in der Augenheilkunde 2,  
274, bei Gonorrhoe 5, 6,  
556, Psoriasis 20, Ozaena  
72, Combustio 221, Insec-  
tenstichen 236, Pruritus  
301, Lupus 472, Akne 516,  
541, Perniones 516.  
Ileus durch Schellacksteine im  
Magen 554.  
Impetigo, Tannoform 402.  
Infarct der Lunge bei einge-  
klemmter Hernie 384.  
Influenza, Lactophenin 236, Apo-  
lysin 70; Keratitis dabei  
163, 565, Otagie 330,  
Otitis 331, Abscesse 236,  
cerebrale Kinderlähmung  
236, Complicationen und  
Ausgänge 463, Gangraena  
pulmonum 563, Appendi-  
citis 463; Einfluss auf den  
weiblichen Organismus 233;  
Hydrotherapie 332.

Injectionen, Technik der sub-  
cutanen I. 205, Todesfall  
bei intrauterinen I. 364.  
Insectenstiche, Ichthyol 236.  
Intercostalneuralgien, Chloral-  
camphermenthol 72.  
Intertrigo, Tannoform 401, Trau-  
matol 489.  
Intoxicationen mit Antinervin 9,  
Antipyrin 176, 298, 425,  
566, Arsen 422, 423, Atro-  
pin-Cocain 10, Benzin 298,  
Bismuth. subnitric. 176,  
Blei 15, 177, 294, 295, 424,  
566, Extr. Bellad. 293,  
Jod 14, Jodoform 294,  
Kaffeesurrogat 177, Krieb-  
sen 426, Natr. salicyl. 566,  
Natriumsulfit 426, Opium  
11, Phosphor 177, Prostata-  
extract 180, Schwefelkoh-  
lenstoff 11, Skopolamin 292,  
293, Sublimat 178, Sulfo-  
nal 300, Trional 299, 565,  
Zink 33; Aderlass bei I. 259.

## XII

Iritis, Aethylendiaminsilberphosphat 273; I. bei Gicht 114, 115.  
Ischias, Kryofin; I. in Folge

Carcinoms der retroperitonealen Drüsen 530.  
Itrol, als Antisepticum 58, 112, 213, 323, Ulcus cruris 112, Gonorrhoe 129.

## J.

Jodoform bei Ekzem 120, Lupus 473, Gonorrhoe 134, gonorrhoeischen Sehnen-scheiden- und Schleimbeutelentzündungen 113; Arznei-Exanthem 454, Idio-

synkrasie 134, Intoxication 294.  
Jodoformin 215, 338.  
Jodol, Phthisis laryngis 37.  
Jodothyryl, Psoriasis 334; Erythem nach J. 500.  
Jodvasogen, Arteriosklerose 373.

## K.

Kaffeesurrogat, Vergiftung 177.  
Kal. bromat. bei Erbrechen Tuberculöser 350.  
— chloric. bei Aphthen 373.  
— jodat. bei Arthritis gonorrhoeica 9, 132, Syphilis 247, Tabes 35, Cholelithiasis 60, Rheumatismus mit Polyneuritis 430; in Klysmen 206.  
— permang. bei Opiumvergiftung 11, Gonorrhoe 382.  
Kantharidin bei Lupus 472.  
Katheter, Desinfection und Aufbewahrung 409.  
Katheterismus des Larynx bei Asphyxia neonatorum 268.  
Kauterisation von Hautepitheliomen 87.  
Kehlkopfspiegel, Beschlagen der K. 404.  
Keratitis, Formalin 274, Ichthyol u. Formol 274, Thioform 275; K. bei Gicht 114, 115, bei Influenza 565;

K. parenchymat. 163, 164, 269, K. bullosa 272.  
Kieferklemme, Fall von K. 310.  
Kinderlähmung, cerebrale, bei Influenza 236.  
Kinder-Nachtgeschirr, neues 258.  
Kleber-Brod und -Zwieback für Zuckerkranke 456.  
Klimacterium, Ovarialsubstanz bei Beschwerden 42.  
Klystiere bei Typhus 194, Diabetes 414; Minimal-K. 206.  
Kolanin-Tabletten 585.  
Kopfschmerz, Methylenblau 237.  
Kraft-Bier 582.  
Kraft-Milch 584.  
Kragenschiene bei Fracturen 419.  
Krebse, Idiosynkrasie gegen K. 426.  
Krebsserum, bei Augengeschwülsten 83.  
Kreosot bei Lupus 473, gastrischen Störungen 571.  
Kryofin, Anwendung 487.



**L.**

- Lactophenin, Influenza 236.  
 Laryngitis bei Arsengebrauch 422.  
 Leukocytose, Verwerthung der L. 206.  
 Leukoderma, diagnostischer Werth 249.  
 Leukoplakia linguae, Itrol 324.  
 Lichen urticatus, Nicotianaseife 532.  
 Lignosulfit bei Tuberculose 441.  
 Lipanin, Werth des L. 583.  
 Lipome, symmetrische 527.  
 Liquor Alum. acet. bei Gonorrhoe 382, Ekzem 458.  
 — carbonis deterg. bei Ekzem 458, 459, Psoriasis 480.  
 — ferri sesquichlorat. bei Anaemie 322.  
 — Kal. caustic. bei Pruritus 301.  
 — Kresol. saponat. zur Scheidenausspülung 218.  
 Lith. citric. bei Arthritis urica 499.  
 Loretin bei Combustio 222; Loretinseife bei Ekzem 120.  
 Lumbalpunction bei Encephalopathia saturnina 297.  
 Lupus, therap. Erfahrungen bei L. 471, Behndl. des L. erythem. 238, Tannoform 402, Radicalexstirpation 474; L. der Finger und Zehen 65, der Ohrmuschel 238, der Schleimhäute 392, intranasaler 391.  
 Luxationen, angeborene der Hüfte 127, 325, der Tibia 327.  
 Lymphorrhagie, subcutane traumatische 475.  
 Lysol, Wirkung des unverdünnten 44.

**M.**

- Magen- u. Darmkatarrhe, Opium-Pepsin-Salzsäure 68, Tannigen 69, 427, Tannoform 402, Tannalbin 427, Kreosot 571, Elixir Condurango 571, Seebäder 584; chron. Diarrhoe und Magensaftsecretion 66; Nephritis als Complication 568.  
 Magn. salicyl. bei Typhus 89.  
 — ust. bei Ekzem 119.  
 Malzextract u. Malzbiere, Werth derselben 582.  
 Massage bei Arthritis gonorrhoeica 8, 9, bei Clavicularfracturen 504; Bauchmassage 183.  
 Mastitis, Epidemie 180; M. beim Manne 182.  
 Meat juice von Valentine 581.  
 Mehle, künstliche 581, 582.  
 Melanose bei melanotischem Sarkom 193.  
 Meningitis, heisse Bäder 242; Fälle von M. cerebrospin. epid. 140, 141, 240; Herpes labialis bei M. 239.  
 Menstruation, Gefahr von Untersuchungen u. Eingriffen dabei 4; Ovarialsubstanz bei Amenorrhoe 42; M. und Stillen 144; M. bei Influenza 234; acute Schwellungen der Eierstöcke 276.

## XIV

Menthol bei Intercostalneuralgien 72, Gallensteinkolik 166, Seekrankheit 335, Pruritus ani und Haemorrhoiden 372, Urticaria 426, Coryza 518, 519; Inhalation 256.

Methylenblau bei Kopfschmerzen 237.

Milchsecretion, Antipyrin zur Unterdrückung 586.

Miliartuberkel der Haut 346.

Milzbrand, Actol 57.

Mineralölseife bei Akne 494.

Molluscum contagiosum an den Augenlidern 84.

Morbus Addisonii, Heilung 348. — Basedowii u. Diabetes 456.

Morphium bei der Narkose 102, zur Analgesie im hinteren Harnorgan 371, bei Asthma 219.

Myokarditis, syphilitische 339.

Myome, Ergotinol 412; M. und Sterilität 185, carcinomatöse Entartung 352.

Myositis, acute intermittierende 15, M. gummosa circumscripta 76.

## N.

Nährpräparate, Werth künstlicher 578.

Naftalan bei Ekzem 289.

Naphthol bei Typhus 89.

Narkolepsie, Fall von 389.

Nasenöffner 542.

Nasenspülglassinhalator 255.

Natr. acetic. bei Pruritus 301. — arsenic. bei Sarkom 78. — bicarb. bei Nephrolithiasis 18. — bromat. bei Pruritus 301. — cinnam. bei Tuberculose 39.

Natr. jodat. bei Pruritus 301. — salicyl. bei Ekzem 289, Pruritus 301, Aphthen 373, Rheumatismus 430; zur Analgesie im hinteren Harnorgan 371; Intoxication 566. — sulfur. bei Blutungen 275.

Nauheim bei Tabes 35.

Nephritis nach Scharlach 483, bei Magenaffectionen 568.

Nephrolithiasis, zweckmässige Therapie 17, Glycerin 242,

Urea 242; Phosphatstein in Folge Missbrauchs alkalischer Wässer 18.

Netzhautdegeneration durch Eisensplitter 64.

Neuralgien, Apolysin 70, Osmiumsäure 71, Euchinin 363, Kryofin 488; Behandlung von Intercostal-N. 72; traumatische Potatoren-N. 243.

Neurasthenie, Methylenblau 237, Kolanin 586; nervöse Herzgeräusche 393.

Neuritis in graviditate 21, in puerperio 22.

Neurosen, Bewegungs-N. bei Hysterie 138.

Niesen, Mittel gegen 450.

Nikotianaseife, Anwendung 532.

Nosophen bei Ulcus molle, Phimose-Operation, Pempfigus 150.

Nutrose, Werth der 579.



## O.

Obstipatio bei der Wismuthdarreichung wegen Ulcus ventriculi 40; Massageinstrument 183; Ol. Ricin. 184; Radfahren 536; O. Ursache von Akne 493.  
 Oedema malignum durch Blutegel 90.  
 Ol. jecor. asell. Geschmacksorigens 310; bei Lupus 471, 473.  
 — Ricin. Verabreichungsarten 184.  
 — Rusci bei Ekzem 460.  
 — Terebinth. 321, 518.  
 Omphalitis, Itrol 324.

Oophorin s. Ovarialsubstanz.  
 Opium bei Gallensteinkolik 166, Carcinomen 192; Vergiftung 11.  
 Orexin. basic. bei Hyperemesis gravidarum 25.  
 Osteomyelitis, Amyloform 217, 495.  
 Otalgie bei Influenza 330.  
 Otitis, Itrol 324; chron. O. und Nasenaffectionen 72; O. bei Influenza 331.  
 Ovarialcysten, Blutungen in O. 2.  
 Ovarialsubstanz bei Amenorrhoe 42.  
 Ozaena s. Rhinitis.

## P.

Panaritionen. Aiol 323, Salubrol 325, Hydrarg. oxyd. flav. 411, Amyloform 495, Sanoform 544.  
 Papillome des Rachens, bei Syphilis 339; P. der Vulva, Salicylcolloidum 194.  
 Paraldehyd bei Tetanus 187.  
 Parachlorphenol bei Lupus 474.  
 Paramonochlorphenol b. Larynxphthise 37.  
 Paralysen, hysterische 290, 461; Recurrenslähmung bei Pleuritis 19; Kehlkopflähmung bei Bleivergiftung 424; Hirnnervenlähmungen bei Bleivergiftung 294; Facialislähmung und Herpes zoster 511.  
 Pelletin bei Agrypnie 266.  
 Pemphigus, Nosophen 150; P. vegetans 513.

Pepsin mit Opium und Salzsäure bei Darmkatarrhen u. Cholera 69.  
 Peptone zur Ernährung 578—580.  
 Perikarditis, Aderlass 260.  
 Peritonitis, gonorrhoeische 229, tuberculöse 443.  
 Perniones, Heftpflasterverband 395, Chlorcalcium 395, Combination von heißen Bädern und Ichthyol-Resorcin 516.  
 Peronin, Husten der Phthisiker 349, 524.  
 Pertussis, Holzinol 111, Euchinin 362, Coccionella 428.  
 Pessarium, Magenbeschwerden durch ein P. 552.  
 Phimose, Nosophen nach d. Operation 151.  
 Phlegmone, Hydrarg. oxyd. flav.

- 411, Amyloform 495, Sodaumschläge 543.  
 Phonendoskopie 92, 308, 362.  
 Phosphor, Uebergang in den Fötus bei Vergiftungen 177; P. bei Prolapsus ani 478.  
 Physostigmin bei Augenblenorrhoe 379.  
 Pilulae Sanguinali von Krewel 542.  
 Pityriasis simplex capillitii 342.  
 — versicolor, Nikotianaseife 532.  
 Placenta praevia, Therapie 302.  
 Pleuritis, Lewaschew'sche Methode 19, Wernarzer Brunnen 395; Recurrenslähmung bei P. 19; P. nach Influenza 463.  
 Plumb. acetic. bei Gonorrhoe 134, Ekzem 288.  
 Pneumonie, Digitoxin 203, Aderlass 259; P. nach Influenza 463.  
 Pneumothorax, Aderlass 260.  
 Pollutionen, Atropin 152.  
 Polymyositis bei Gelenkrheumatismus 430.  
 Polyneuritis bei Gelenkrheumatismus 429; Kryofin 488.  
 Polypen, tuberculöser Mastdarmpolyp 343; carcinomatöser Uteruspolyp 352.  
 Prolapsus ani, Phosphor-Leberthran 478.  
 Prostata-Extract, Vergiftung mit 180.  
 — Hypertrophie, Galvanokautistik 479.  
 Prostatitis, anaesthesirende Klysmata 371.  
 Provocation latenter Gonokokken 133.  
 Pruritus, Salophen 300, Colloidium 301, Eucain 372, heisse Compressen 429, Carbonsäure 517, Nikotianaseife 532; Behandlung des P. senilis 301.  
 Pseudotabes arsenicosa 423.  
 Psoriasis, Behandlung bei einem hartnäckigen Fall 20, nach Shoemaker 334, für den prakt. Arzt 480, Jodothyryn 334; Aetiologie und Pathologie 482; P. verrucosa 20; Keratitis bei P. 163.  
 Pupillenstarre im hysterischen Anfall 292.  
 Puro, Werth desselben 581.  
 Pyrogallol bei Lupus 473.

**Q.**

Quecksilberbehandlung bei Tuberculose 526.

**R.**

- Radfahren, syphilitische Myokarditis bei Radfahrern 339, Irritationsurethritis 358, Einwirkung auf den Geschlechtstrieb 359, Einfluss auf die Nieren 361, Wirkung körperlicher Ueberanstrengung 532, R. bei gynaekologischen Erkrankungen 534.  
 Recurrenslähmung bei Pleuritis 19.

Reformbürste 547.  
 Rehme bei Tabes 35.  
 Resorbin bei der antiluetischen Therapie 245.  
 Resorcin bei Ekzem, Seborrhoe, Epithelioma cutis, Ulcus cruris 149, 150, Handekzem 458, Pruritus 301, Lupus 473, Akne 494, 516, Perionies 516.  
 Rhachitis, Beziehungen zur Tabes 37.  
 Rheumatismen, Zusammenhang mit Myositis 17, Polyneuritis 429, Polymyositis 430, Differentialdiagnose mit Gicht 115.  
 Rhinitis, Itrol bei Coryza 324, Behandlung der Coryza

nach verschiedenen Methoden 517; Ichthyol bei Ozaena 72, Elektrolyse dabei 432.  
 Rhinolith, aus einem Fremdkörper 169, bei einem Kinde 171.  
 Rhinosklerom, 2 Fälle 301.  
 Röntgen-Photographie, bei Fremdkörpern in der Urethra 65, Gehirn 95, Thorax 169; Schädigung durch die Strahlen 577, Einfluss derselben aufs Herz 377.  
 Roncegno bei Anaemie 102.  
 Rosacea, heisse Bäder und Ichthyol-Resorcin 516.  
 Ruptur des gesunden Oesophagus 578.

## S.

Saccharin, Gastralgie bei Gebrauch von S. 585.  
 Salicyl-Collodium bei Papillomen der Vulva 194.  
 — Kreosotpflaster bei Lupus 473.  
 — Seifenpflaster bei Lupus 472, Ekzem 459.  
 Salipyrin bei Coryza 519; Arznei-Exanthem 453.  
 Salol bei Ekzem 289, Psoriasis 334, progressiver Anaemie 322.  
 Salophen bei Pruritus 300.  
 Salubrol in der Wundbehandlung 325.  
 Sandbäder, Einrichtung 44.  
 Sanoform als Jodoformersatzmittel 544.  
 Sarkome des Gaumens 78, des Auges 83, der Haut 79,

des Schultergürtels 528, Melanose bei S. 193.  
 Scabies, Nicotianaseife 532.  
 Scarlatina, Hirnvenenthrombose dabei 483, Nephritis 483.  
 Schellacksteine im Magen 553.  
 Schrunden der Brustwarzen, Itrol 324, Cocain 358.  
 Schwalbach bei Tabes 35.  
 Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Blutungen nach Stieldrehung in der Schwangerschaft 2, Hautatrophie in der Sch. 20, Polyneuritis 21, Hyperemesis 24, 25, Nephritis 142, äussere Untersuchung 306, Diagnose der Zwillingschwangerschaft 307, Scheidenspülungen 142, Streptokokken in der Scheide 218,



XVIII

- Blasenmole 305, 519,  
 Dammschutz 521, Geburt  
 in Hypnose 307, Cocaïn  
 bei Rigidität des Mutter-  
 mundes 521, Zange am  
 nachfolgenden Kopf 26,  
 Therapie der Placenta prae-  
 via 302, Zersetzung des  
 meconiumhaltigen Frucht-  
 wassers 142, Glycerin zur  
 Aborteinleitung 25, Chinin  
 bei Abort 522, Arthritis im  
 Wochenbett 8, 9, Neuritis  
 im W. 22, Wochenbett u.  
 Gonorrhoe 380, Einfluss  
 des Stillens 144, Stillen  
 bei Albuminurie der Mutter  
 145, Campher als Anti-  
 galacticum 522, Einfluss  
 der Influenza 235.
- Schwefelbäder bei Herzfehlern  
 199.
- Schwefelkohlenstoff, Intoxication  
 11.
- Schwiele, rheumatische 17.
- Seebäder bei Magenaffectionen  
 584.
- Seborrhoe des behaarten Kopfes  
 149.
- Seekrankheit, Menthol 335.
- Séquardine bei 2 Fällen 449.
- Silber als Antisepticum 56, 112,  
 213, 323; Silberverband-  
 stoff 58, 214.
- Singultus, Fall 485.
- Skoliose, Celluloid-Mullverband  
 46.
- Skopolamin bei Augenblenno-  
 rrhoe 379; Intoxication 292,  
 293.
- Sodaumschläge bei Eiterungen  
 543.
- Somatose, Werth der S. 580,  
 bei Verdauungsstörungen  
 der Kinder 69.
- Soolbäder bei Syphilis 245.
- Soziodolpräparate in fertiger  
 Form 445.
- Spirit. camphorat. bei Furuncu-  
 losis 226.
- Spondylitis, Zimmtsäure 39, Cel-  
 luloid-Mullverband 46.
- St. Moritz bei Tabes 35.
- Stauungshyperaemie bei Haut-  
 tuberculose 191.
- Sterilisation s. Antisepsis.
- Sterilität, Behandlung der weib-  
 lichen 185; Myome u. St.  
 185.
- Stillen s. Schwangerschaft.
- Stib. sulfur. aur. bei Asthma 219.
- Stomatitis, Itrol 324, Behand-  
 lung der mercuriellen St.  
 522; St. nach Antipyrin 176.
- Streptokokkenserum bei Dakryo-  
 cystitis 273.
- Strohkohlenverbände 59.
- Struma, Thymusfütterung 28,  
 Digitoxin 202, Exstirpation  
 29.
- Sulfonal, Intoxication 300.
- Sulfur. depur. bei Ekzem 289.  
 — praecip. bei Furunculosis 226.  
 — sublimat. bei Psoriasis 334.
- Syphilis, Sublimatinjectionen 31,  
 572, Hydrarg. benzoic. 335,  
 modificirte Schmiercur 245,  
 Jodkali in der Frühperiode  
 247, Jodkali bei secundärer  
 S. 76, Resorbin bei Salben  
 245, Bäder 245, 335, Ai-  
 rol 445, Amyloform bei  
 Schankergeschwüren 496,  
 Traumatol bei Sklerosen,  
 S. der Mund- und Rachen-  
 höhle, Papeln, ulceröser S.

489, Chromsäure-Argent. bei Plaques der Mundhöhle 523; Lues congenita 31, Primäraffecte der Conjunctiva 338, am Augenlid 675, extragenitaler Primäraffect 436, Uebertragung durch Rasirmesser 75; Keratitis 163, 164, 269, 270, Weisheitszähne u. S. 76, S. der Zunge 438, des Rachens

339, der Wirbelsäule 247, Myositis gummosa 76, Myokarditis 339, Lebercirrhose 340, Leukoderma 249, Tabes u. S. 34, Gumma der Vaginalportion u. Urethra 29, der Portio 30, subcutane Gummen 437; Heirath Syphilitischer 73.  
Syringomyelie nach peripherer Verletzung 32, 396, 398.

## T.

Tabes dorsalis, Therapie 34, Cerium oxalic. 251; traumatische T. 36; T. und Torsionsfracturen des Oberschenkels 126, 127; Amaurose 251.  
Tachykardie, mechanische Erschütterung 537.  
Tannalbin 427.  
Tannigen 69, 427.  
Tannoform 401, 402.  
Tarasp bei Tabes 35.  
Taubheit der Weber 509.  
Terpineol, Inhalation 256.  
Tetanus, Paraldehyd 187, Antitoxin 187, 341.  
Thallin bei Typhus 195.  
Theertinctur bei Ekzem 460.  
Thermokaustik bei Lupus 472.  
Thioform in der Augenheilkunde 275.  
Thrombose der Venen bei Gypsverband 328, nach Influenza 470, nach Scarlatina 483.  
Thymol in Zahnseife 363.  
Thymus bei Struma 28.  
Thyosinamin bei Lupus 472.  
Thyreojodin in der Hypophyse 44; Jod im Harn nach Einnehmen von T. 208.

Tinct. Jodi bei Arthritis gonorrhoeica 8, Syphilis 340; Intoxication 14.  
— Myrrh. bei Diphtherie 222.  
— Opii crocat. mit Pepsin und Salzsäure bei Magendarmkatarrhen und Cholera 69.  
Torsionsfracturen des Oberschenkels 125.  
Traumatol 488.  
Trional als Hypnoticum 265; Intoxication 299, 565.  
Trichorrhexis nodosa, Aetiologie und Behandlung 342.  
Tuberculin, neues 440, 472.  
Tuberculocidin bei Lupus 472.  
Tuberculose, Ichthyol bei Phthise 39, 524, Peronin bei Phthise 349, 524, Neu-Tuberculin 440, Lignosulfit 441, Kreosot. valerian. 39, Behandlung der T. mit Zimmtsäure 38, 39, T. u. Quecksilberbehandlung 526, Stauungshyperaemie 191, Dermatol bei Diarrhoeen 525, Jodoformin bei Lymphomen 215, Amyloform 218, 495, Jodol bei T. des Keh-

kopfes 37, Parachlorphenol dabei 37, Celluloid-Mullverband bei T. der Knochen u. Gelenke 46; Erbrechen Tuberculöser 350, Fall von acuter apyretischer Phthise 190, T. der Handschuhmacher 509, T. u. Morbus Addisonii 348, acute Miliartuberculose der Haut 346, Hauttuberculose 190, Keratitis 270, T. in adenoiden Vegetationen 190, in einem Mastdarpolypen 343, Gonitis 346, Cystitis 439, Peritonitis 443.

Tumenol bei Ekzem 459.

Tumoren, Exstirpation bei Infiltrationsanaesthesie 108, Verrucae bei Psoriasis 20, Entstehung der Verrucae 87, multiple Angiome 86, Lipome 527, syphilitische Papillome des Rachens 339, tuberculöser Mastdarpolyp 343, Papillome der Vulva 194, Blutungen in Ovarialcysten 2, Ergotinol bei

Ubrigin 494.

Ulcus cruris, Itrol 112, Resorcin 150, Jodoformin 215, Tannoform 403, Hydrarg. oxyd. flav. 411, Airol 445, Europhen 486, Traumatol 489, Amyloform 496.

— molle, Airol 114, 323, Nosophen 150, Itrol 324, Salicyl 400, Tannoform 402, Traumatol 488.

— tuberculosum, Jodoformin 215; des Larynx 37.

Myomen 412, Uterusmyome 352, Sterilität bei solchen 185, Blasentumoren 353, Deciduoma malignum 305, Opium-Cocainbehandlung bei Carcinomen 192, Arsen bei Sarkom 78, Behandlung der Hautepitheliome 87, Erysipelerum 193, Krebsserum bei Augengeschwülsten 83, Molluscum contagiosum an den Augenlidern 84, Pigmentsarkom der Haut 79, melanotisches Sarkom 193, Sarkom des Schultergürtels 528, Cancroide der Haut 530, Ischias in Folge von Carcinom 530, Carcinoma oesophagi 78, ventriculi 350, 351.

Typhus abdominalis, Behandlung nach Maldarescu 89, Wasserklystiere 194, Thallin 195; T. bei Kindern 196; Perforation mit Heilung 88; Infection durch Milch 198; T. zugleich mit Cholera asiatica 197.

## U.

Ulcus ventriculi, Bismuththerapie 40, 253, Fettmilch 254, Ernährung per rectum 254; Perforation in die Bauchhöhle 252.

Uraemie, Aderlass 259.

Urea bei Nephrolithiasis 18, 242, als Diureticum 262.

Urethrocystitis, anaesthesirende Klysmen 371.

Urticaria, Menthol 426; U. bei Ascaris 332.

**V.**

Vaccine-Uebertragung 312.  
 Vegetationen, adenoide u. Otitis  
 72, und Tuberculose 190.  
 Verletzungen, Syringomyelie da-  
 bei 32, 396, 398, Tabes 36,  
 Hautwarzen 87, Schussver-  
 letzungen des Gehirns 95,  
 Erblindung, hysterische  
 137, V. der Vagina sub  
 coitu 208, Wirbelsäulen-  
 deformität durch V. 316,  
 subcutane Zerreiſung der  
 Achillessehne 313; Lym-  
 phorrhagie 475.  
 Verrucae bei Psoriasis 20; Ent-  
 stehung der V. 87.  
 Vichy, zu reichlicher Genuss 18.  
 Vitia cordis, Schwefelbäder 199,  
 Aderlass 260, 354, Digi-

toxin 200, 355, Digitalin  
 204; angeborene Herzfeh-  
 ler 356; Embolia arter.  
 centr. retinae 199.

Vulnera, Silber und Silbersalze  
 56, 112, 213, 323, Aiol  
 113, 114, 323, 496, Jodo-  
 formin 215, Salubrol 325,  
 Tannoform 402, Collodium  
 410, Hydrarg. oxyd. flav.  
 410, Citronensäure 411,  
 Traumatol 489, Amyloform  
 495, Sanofom 544, Ad-  
 haesivum 544; Eucain bei  
 Schmerzen 371; Heftklam-  
 mern zur Vereinigung  
 405.

Vulvovaginal-Geschwüre, Trau-  
 matol 489.

**W.**

Wasserstoffsperoxyd bei Coryza  
 519, Stomatitis 522.  
 Weber, Taubheit der 509.  
 Weisheitszähne, Durchbruch bei  
 Syphilis 76.

Wernarzer Brunnen bei Pleu-  
 ritis 395.

Wiesbaden bei Tabes 35.  
 Wirbelsäulendeformität nach  
 Unfällen 316.  
 Wohnräume, Desinfection 218.

**Z.**

Zahnseife 363.  
 Zange am nachfolgenden Kopf  
 26.  
 Zink, Intoxication 33.  
 Zink. chlorat. zur intrauterinen  
 Injection 364.  
 — oxydat. bei Ekzem 119, 288,  
 289, 459, Pruritus 517.

Zink. sulfuric. bei Gonorrhoe 134.  
 Zinkgelatine 288.  
 Zinkleim bei Combustio 220, 221.  
 Zinkpaste 288.  
 Zwerchfellkrampf, hysterischer  
 292.  
 Zwillingschwangerschaft, Dia-  
 gnose 307.



## Bücherschau.

---

- Beck's Therapeutischer Almanach** 211.
- Berger, Die Infektionskrankheiten** 48.
- Bibliothek der gesamten medic. Wissenschaften**, 158, 368, 587.
- Bornträger, Die neue preuss. Gebührenordnung** 50.
- Bum, Handbuch der Massage** 48.
- Casper, Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren** 538.
- Cramer, Hygiene** 320.
- Czermak, Die augenärztlichen Operationen** 319.
- Dronke, Arzneiverkehr für Krankenkassen** 364.
- Dührssen, Der vaginale Kaiserschnitt** 318.
- Ehlers, Aetiologische Studien über Lepra** 451.
- Eichhorst, Handbuch der spec. Pathologie u. Therapie** 319.
- Eulenburg, Realencyklopädie** 49, 210, 367, 452.
- Eulenburg u. Samuel, Lehrbuch der Allgem. Therapie u. therapeutischen Methodik** 492.
- Flechsich, Gehirn u. Seele** 154.
- Festschrift für E. Hagenbach-Burckhardt** 366.
- Fränkel, Tagesfragen der operativen Gynaekologie** 368.
- Gilbert, Baden-Baden** 159.
- Glax, Lehrbuch der Balneotherapie** 588.
- Grimm, Behandlung der Syphilis nach den gegenwärtig üblichen Methoden** 160.
- Herkner, Alkoholismus und Arbeiterfrage** 156.
- Hoffa, Lehrbuch der Fracturen u. Luxationen** 366.
- Hosch, Grundriss der Augenheilkunde** 491.
- Jacksch, v., Klinische Diagnostik innerer Krankheiten** 99.

- Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik 211.
- Joachim, Die neue preussische Medicinaltaxe 50.
- Josenhans, Wildbad-Cur 159.
- Kisch, Balneotherapeutisches Lexicon 210, 540.
- Klein, Gonorrhoe des Weibes 318.
- Knauer, Ueber puerperale Psychosen 588.
- Kobert, Lehrbuch der Pharmakotherapie 588.
- Kossmann, Die gynaekologische Nomenclatur 318.
- Kraepelin, Psychiatrie 98.
- Krafft-Ebing, Arbeiten aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie u. Nervenpathologie 451.
- Lehmann's medicin. Atlanten 212, 491, 587.
- Liebreich, Encyklopädie der Therapie 50, 540.
- Mayer, Aerztl. Kranken- und Geschäfts-Journal 540.
- Medicinal-Kalender, Börner's 155, 365.
- der Allgem. medic. Central-Ztg. 155.
- v. Wehmer 209.
- v. Lorenz 209.
- v. Partsch, Leppmann, Kionka 209.
- Mittheilungen aus Kliniken und medicin. Instituten der Schweiz 47, 152, 153.
- Monti, Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen 587.
- Nitzelnadel, Compendium der Arzneimittellehre 538.
- Prausnitz, Grundzüge der Hygiene 407.
- Rosenbach, Die Krankheiten des Herzens 408.
- Schauta, Grundriss der operativen Geburtshülfe 157.
- Schilling, Compendium der ärztl. Technik 490.
- Schröder, Compendium der Ohrenheilkunde 159.
- Smith, Die Alkoholfrage 156.
- Strasser u. Buxbaum, Fortschritte der Hydrotherapie 539.
- Strümpell, Ueber Untersuchung, Beurtheilung und Behandlung von Unfallkranken 157.
- Toldt, Anatomischer Atlas 210, 540.
- Vierteljahrsberichte, Ueber die Gesamtleistungen aus dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparats 211.
- Windscheid, Neuropathologie und Therapie 539.
- Wolff, Der prakt. Arzt und sein Beruf 51.
- Wolzendorff, Handbuch der kleinen Chirurgie 319.
- Ziehen, Ueber den Einfluss des Alkohols auf das Nervensystem 156.
- Ziemssen, v., Annalen der städtischen Krankenhäuser in München 407.



Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup>. 1.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesammten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

**October**

**VI. Jahrgang**

**1896**

---

**D**ie früher erschienenen fünf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

**Einbanddecken zu M. 0.80 = Frs. 1.—.**

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Augenentzündungen.** Bei 2 doppelseitigen schweren, mit Hornhautinfiltraten einhergehenden Fällen von *Conjunctivitis gonorrhoeica* sah Dr. Landmann von *Formaldehyd* eclatante Wirkung: an allen 4 Augen wurde das Sehvermögen voll erhalten und ein 5. Auge, welches vorher mit *Argentum* behandelt wurde und tiefe Hornhautulcerationen hatte, erfuhr gleichfalls eine wesentliche Besserung, sodass es nach einer Iridektomie  $\frac{1}{4}$  S. behielt. Autor liess die erkrankten Augen 2—3 Mal täglich reichlich ausspülen mit einer Lösung des gewöhnlichen *Formaldehyds* von 1:1000—500 und zwischendurch stundenweise kalte Umschläge der Lösung 1:1000 machen, die sehr fleissig gewechselt wurden.

(*Medicin. Section der Schles. Gesellschaft für vaterländische Cultur, Breslau den*  
13./III. 1896. —  
*Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 46.*)



- Nach A. Germain leistet Ichthyol in der Augenheilkunde vorzügliche Dienste. Er verwandte es in Form eines Collyriums (1—2—3 : 100) und einer Salbe (10—15 : 100 Lanolin). Ersteres wurde benützt bei hyperämischen und entzündlichen Zuständen (Conjunctivitis catarrhalis, Keratoconjunctivitis u. s. w.), wobei die starke vasoconstrictorische Eigenschaft des Ichthyols voll zur Geltung kam, letztere bei Blepharitis und atonischen Ekzemen des Lidrandes, wobei das Ichthyol stets 'gut vertragen wurde, besser als Quecksilbersalben.

(Gaz. degli osped. 1896 No. 74. —  
Wiener medic. Presse 1896 No. 30.)

- Blutungen.** M. Witkowski, der Darsteller des Ferripyrim, führt jetzt in die Therapie Ferripyrim-Verbandstoffe ein (Paul Hartmann in Heidenheim a. Brz.), die vor den bisher verwendeten hämostatischen Mitteln, speciell vor der Eisenchloridwatte, den Vorzug haben, rascher, intensiver und dabei nahezu schmerzlos zu wirken, dabei sehr sparsam zu sein und sich lange Zeit unzersetzt zu erhalten. Speciell für den Arzt empfehlenswerth ist z. B. Gossypium Ferripyrimi. Die Watte enthält 18<sup>0</sup>/<sub>100</sub> Ferripyrim. Sie findet bei B. aller Art, aus Nase, Rachen, Uterus, Vagina, nach Zahnextractionen u. s. w. Anwendung.

(Therap. Monatshefte' 1896 No. 5.)

- Ueber Blutungen in Ovarialcysten lässt sich Prof. H. Löhlein (Giessen) aus und führt 2 interessante Fälle aus seiner Praxis an. Der erste ist ein ausgezeichnetes Beispiel derartiger B. nach Stieldrehung in der Schwangerschaft. Es handelt sich um eine blühend kräftige Frau von 33 Jahren, die 2 Mal geboren hatte und jetzt im 6. Monat ihrer 3. Schwangerschaft stand. Pat. hatte, nachdem sie bereits im 4. Monat vorübergehend über Schmerzempfindungen in der linken unteren Extremität geklagt hatte, jetzt vor 2 Tagen, am 12./III., bei einer „ungeschickten“ Bewegung plötzlich lebhaftere Schmerzen in der linken Bauchseite verspürt, die am 13./III. noch heftiger wurden; beträchtliche Auftreibung der Därme, links neben dem Uterus gravidus eine deutlich zunehmende Dämpfung, Temp. 37,6, Puls 90. Am 14./III. noch öfteres Aufstossen; Temp. 37,6, Puls 110; die ganze linke Hälfte des Abdomens bei Percussion gedämpft, gespannt, druckempfindlich. Als

am 15./III. trotz reichlicher Opiumgaben wiederholtes Erbrechen und weitere Steigerung der Pulsfrequenz (124) eintrat, während die Schmerzhaftigkeit fortbestand und trotz wiederholter Lavements kein Abgang von Stuhl und Flatus erzielt worden war, schritt man zur Operation, die die schon vorher gestellte Diagnose bestätigte und glücklich verlief. Trotzdem trat nachher kein Nachlass der Erscheinungen ein, der Puls blieb frequent und, trotzdem der Abgang von Flatus durch Klysmata nunmehr erzielt werden konnte, bestand der Meteorismus doch fort, die Temp. erhob sich bis 38,7 und in der Nacht vom 17.—18./III. erfolgte der Exitus letalis. — Für die Praxis noch wichtiger ist der andere Fall, betreffend eine sehr abundante Blutung in eine offenbar rasch gewachsene Ovarialcyste, die unter dem Einfluss körperlicher Anstrengung zur Zeit der prämenstrualen Congestion ohne Stieldrehung zu Stande kam. Ein 40jähriges Fräulein, gesund und kräftig, mit stets schmerzlosen, sehr pünktlich erscheinenden Menses, bekommt die ersten örtlichen Beschwerden nach starker Anstrengung (bei der Pflege der kranken Mutter) im Novemb. 1895: öfteres Drängen zum Uriniren bei erschwerter und zögernder Entleerung, die, nachdem sie einige Tage ausschliesslich im Knien möglich gewesen war, am 13./I. zur völligen Ischurie wurde. Nach wiederholtem Katheterismus änderten sich die Beschwerden: es trat öfteres Harträufeln und starker Drang auf die Blase ein, während von dieser Zeit an die Zunahme des Leibesumfanges und das leidende Aussehen auch der Umgebung auffiel. Kein Zweifel, dass bis Mitte Januar der später constatirte Ovarialtumor im Wesentlichen das kleine Becken ausfüllte und um diese Zeit in die freie Bauchhöhle emporstieg. Am 28./IV. 96 stellte sich Pat. zuerst in der Klinik vor mit prallelastischem, etwa mannskopfgrossem, linksseitigem Ovarialkystom, das den Uterus retrovertirte. Es wurde kurz und schonend nur äusserlich palpirt und percutirt und die combinirte Bauchdeckenmastdarmexploration ausgeführt, auf Sondenuntersuchung aber und Kugelzunge in Hinblick auf den unmittelbar bevorstehenden Eintritt der Menses verzichtet. Darauf irrte die Pat. eine Stunde in der Stadt umher und fuhr Abends nach Darmstadt, wobei schon sich Spuren der Menses zeigten. In der Nacht

erwachte sie mit dem Gefühl, als ob etwas im Leibe geplatzt sei und etwas sich darin ergossen habe; sie war eiskalt, zeigte rapiden Kräfteverfall und erholte sich erst nach Anwendung von Excitantien. Morgens (29./IV.) begann dann die regelmässige Menstruation. Am 4./V. stellte sich Pat. zur Operation vor, wobei der Tumor grösser und gespannter erschien. Bei der Operation, die völlig uncomplicirt verlief, fanden sich in dem grössten Loculus 2 Liter braunschwarzen, klumpig-geronnenen Blutes. Dieser Fall erinnert eindringlich an die klinische Bedeutsamkeit des dem menstrualen Blutabgang vorausgehenden Congestionszustandes. Man spricht nur immer von Schonung der Frauen während der Periode; man denke aber, dass eben auch schon vorher erhöhter Druck in den Arterien des kleinen Beckens besteht, der eine erhöhte Gefahr der Haemorrhagie bedeutet. Dann warnt der Fall ferner vor manchen Eingriffen, namentlich auch vor eingehenden, derben und protrahirten Untersuchungen in der Zeit unmittelbar vor den Menses; die Gefässberstung, an der hier die Pat. selbst die meiste Schuld hat, wäre höchst wahrscheinlich in der Sprechstunde bei der Untersuchung eingetreten, wenn letztere nicht in besonders schonender Weise vorgenommen worden wäre.

(Giessener medic. Gesellschaft, 12. Mai 1896. —  
Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 29.)

**Ekzem.** Bei *Eczema marginatum*, bekanntlich einer sehr schwer heilbaren Affection, hat Dr. M. Gál (Wien) eclatante Erfolge mit Cocainbepinselungen erzielt. Nach 2—4maliger Application einer 5—10%igen Lösung hörte nicht allein, auch bei veralteten Fällen, das qualvolle Jucken auf, sondern die Affection heilte auch gänzlich ab, und es folgten keine Recidive. Bei der Einpinselung grösserer Flächen, insbesondere in der Aftergegend, ist Vorsicht geboten, und soll der Pat. mindestens 1 Stunde beim Arzt verbleiben, um event. unangenehme Zufälle zu beheben. Bei vorsichtiger, event. parthieenweiser Bepinselung aber sind Zufälle nicht zu befürchten. Unter 5%ige Lösungen wirken nicht, je stärker die Lösung, desto rascher und sicherer das Ergebniss.

(Wiener medic. Presse 1896 No. 19.)

**Enteroptose.** Dr. A. Günzburg (Frankfurt a. M.) hat von einer Hefetherapie sehr befriedigende Erfolge gesehen; er fand, dass man das Gesamtbefinden und den Ernährungszustand der mit E. behafteten Kranken günstig beeinflussen kann, indem man sie regelmässig kleine Hefemengen nehmen lässt. Autor giebt 3 Mal täglich ein erbsen- bis bohnergrosses Stückchen täglich frisch geholter Presshefe. Allmählig entwickelt sich dabei ein mässiger Meteorismus, der wohl zur Festlagerung der Organe beiträgt und ihr Hin- und Hergleiten vermindert, sodass die Einwirkung den Pat. sehr angenehm berührt (nur manchmal etwas Spannungsgefühl; dann Hefemengen vermindern!), zumal durch diese Tympanie auch die Pulsationen der Aorta im oberen Bauchraum weniger quälend sind, indem sich gasgefüllte Darmschlingen zwischen Aorta und sensible Bauchwand einschieben. Die Lebenslust, vor Allem die Esslust kehrt wieder, und wenn man jetzt für kräftige Ernährung sorgt, so nimmt die Körperfülle zu und im Bauchraum entwickeln sich die nöthigen Fettmassen zur Fixation der Bauchorgane. Ist dies erreicht, so kann die Hefe wegbleiben, bei Wiederkehr von Beschwerden wird sie von Neuem auf Wochen verordnet. Die Hefe hebt auch vorzüglich die Obstipation und die Stühle bekommen bald normale Beschaffenheit.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 27.)

**Gonorrhö.** Die Behandlung der acuten G. findet, wie Dr. A. Berliner mittheilt, in Dr. R. Ledermanns Poliklinik in Berlin nach den Neisser'schen Principien statt, d. h. zuerst wird durch Injection antiseptisch wirkender Lösungen eine Vernichtung der Krankheitserreger angestrebt und später der noch restirende Katarrh durch adstringirende Lösungen beseitigt. Zur Vernichtung der Bakterien dienten hauptsächlich Lösungen von Argent. nitric., Argonin und Ichthyol. Die schnellsten und sichersten Resultate lieferte Argent. nitric. in Lösungen ansteigender Concentration von 1:5000 bis 1:2000, falls es nur von den Pat. gut vertragen wurde und sonstige Complicationen des gonorrhöischen Processes ausblieben. Aber auch bei tadelloser Toleranz, selbst gegen stärkere Lösungen, war vor Ablauf der 4. Behandlungswoche Heilung nicht zu erzielen. Oft genug aber, besonders im acuten



Stadium zum 1. Male acquirirter G. war eine so starke Reizbarkeit der Harnröhre vorhanden, dass eine Application des Höllensteins auch in schwächsten Lösungen nicht möglich war. In neuester Zeit gelang es, durch Zusatz von Cocain. nitric. (Actien-Gesellschaft für Anilinfabrication, Berlin S.O.), selbst bei starken inflammatorischen Erscheinungen die Injectionen vollkommen reizlos zu gestalten; gewöhnlich genügte ein Zusatz von 0,1 Cocain nitric. auf 150 gr Höllensteinlösung. Ohne Reizwirkung wurde aber auch Argonin ausnahmslos vertragen, das den Verlauf der G. ausserordentlich günstig beeinflusste, wenn es auch nicht ganz so rasch wirkte, wie Höllenstein. Man begann mit 0,5%igen Lösungen und stieg maximal bis zu 2,5%igen. In zahlreichen Fällen waren in der 3. Woche bei 3 Mal täglich vorgenommener Einspritzung der allmähig in der Concentration verstärkten Lösung die Gonokokken verschwunden, sodass die Behandlung mit adstringirenden Lösungen zu Ende geführt werden konnte. Auch das Ichthyol wurde vielfach verwandt. Da jedoch stärkere Lösungen (über 2%) vielfach Reizungen veranlassten, so verzichtete man auf die antiseptische Wirkung, die erst bei concentrirteren Lösungen (3—5%) eintritt, und benützte es wesentlich als Adstringens in Lösungen von  $\frac{1}{4}$  bis höchstens 2%, bei reizbaren Individuen noch mit Zusatz von Cocain. nitric. (cave: Cocain. mur.), sobald durch Argentum-Lösungen die G. in einen avirulenten Katarrh verwandelt worden war; die Secretion versiegte dann viel schneller, als bei Zink-, Blei- oder Tanninlösungen. Am schnellsten und weniger reizend erscheint die Einwirkung des Ichthyols in heisser Lösung (45° C.), insbesondere bewirken Spülungen mit dieser heissen Lösung bei subacuten und chronischen Infiltraten eine auffallend schnelle Resorption.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 39.)

- Ueber die Gelenkerkrankungen bei Gonorrhöikern lässt sich Prof. König aus. Er hat schon früher stets darauf hingewiesen, dass man in allen Fällen von acuter Gelenkerkrankung, in denen man sonst keine Ursache findet, nach der Harnröhre sehen solle, da man in mindestens 90% G. fände, ja noch mehr. Die häufigsten Gelenkerkrankungen, die überhaupt vorkommen, sind die der Gonorrhöiker; nicht nur die Kniegelenke werden be-

fallen, sondern es giebt überhaupt kein Gelenk, das davon verschont bleibt. Gonokokken findet man ja nur selten im Exsudat, oft aber fand er Streptokokken, Staphylokokken und 1 Mal auch Pneumokokken; vielleicht ist der Gonococcus in den Exsudaten schwer zugänglich, ähnlich dem Tuberkelbacillus. Es giebt 4 Gruppen von gonorrhoeischen Gelenkentzündungen. Die leichteste Form ist der Hydrops der Gelenke; diese sind mit einer der Synovia fast gleichen Flüssigkeit gefüllt, der Sack selbst fast gar nicht geschwollen. In der 2. Gruppe tritt allmählig Trübung der Flüssigkeit ein, es scheidet sich Faserstoff aus, die Kapsel schwillt an. Bei der 3. Gruppe tritt die Kapselschwellung schon mehr in den Vordergrund, es besteht ausserdem eine paraarticuläre Phlegmone, besonders der Bänder und Sehnen, der Erguss tritt mehr zurück. In der 4. Gruppe endlich tritt letzterer ganz in den Hintergrund gegen die Schwellung und die sehr starken Schmerzen; der Inhalt der Gelenke ist nur gering, besteht aber zum grossen Theil aus Faserstoff: die ankylosirende Form. Der Hydrops heilt leicht, eine einfache Punction mit nachfolgender Carbonsäureinjection genügt meist zu seiner Beseitigung. Anders dagegen die übrigen Formen. Aeusserlich fällt hier die Starre des Gelenks auf, welche durch paraarticuläre Entzündung bedingt ist. In 10—12 Tagen kommt dann eine Deformität zu Stande, am Kniegelenk bildet sich ein Genu valgum, recurvatum und andere Formveränderungen. Bald kommt es dann zu Verwachsungen, fächerförmigen, oft genug auch knöchernen. Es ist überraschend, nach wie kurzer Zeit oft am Kniegelenk, schon nach 3—4 Wochen, die Patella völlig unbeweglich und knöchern verwachsen ist. Je schwerer der Fall von vornherein war, desto schneller pflegt eine totale Ankylose einzutreten. Eine derartige rasche Ausbildung knöcherner Ankylosen sieht man sonst höchstens noch bei pyämischen Wöchnerinnen. Ganz besonders scheint das Kniegelenk einer Ankylose in schlechter Stellung ausgesetzt zu sein. Am Handgelenk sind die Sehnen ganz besonders gefährdet. Die Eiterung kann hier von einem einzigen Handwurzelknochen ausgehen und unterhalten werden, und Autor versteht jetzt eine Reihe von Fällen, die ihm früher nicht recht erklärlich waren und wo er bei Eröffnung eines vereiterten Handgelenks nur einen kleinen Knochen erkrankt fand. Am

Fussgelenk liegen die Verhältnisse etwas günstiger, weil hier ja die Sehnen nur an der Vorderseite so unmittelbar mit dem Gelenk in Berührung stehen. Die Hand kann in Folge jener Eigenthümlichkeit dagegen sehr leicht in schlechter Stellung ankylosiren. Die Behandlung der mit paraarticulärer Phlegmone verbundenen Fälle hängt ab von der Menge des vorhandenen Ergusses, die darüber entscheidet, ob man punctiren soll oder nicht. Am Hand- und Fussgelenk sind jedenfalls Stichinjectionen dem Troikart vorzuziehen, mit dem man nur schwer in die schmalen Gelenkspalten eindringen kann. Gegen die Phlegmone wendet Autor Tinct. Jodi an, doch so, dass wirklich eine Exsudation in die Haut, womöglich Blasen sich entwickeln. Von grösster Wichtigkeit ist Ruhestellung des Gelenks, die allein oft genügt. Bei schnell ankylosirenden Formen empfiehlt sich die Distraction der Gelenke, besonders am Hüft- und Kniegelenk; man kann dadurch manche Ankylose verhüten. Ist solche aber eingetreten, so mache man zunächst eine Röntgographie des Gelenks, um einerseits vergebliche Bemühungen zu vermeiden, andererseits den Punkt zum richtigen Angriff zu finden. Die Lösung einer erst im Entstehen begriffenen Ankylose gelingt zuweilen durch kräftige Massage. — Nasse bestätigt die enorme Häufigkeit der gonorrhöischen Arthritis. Er hat in 27 Fällen bakteriologische Untersuchungen des Exsudats anstellen lassen; 14 Mal fanden sich Gonokokken, 3 Mal eine Mischinfection. Auffällig war in vielen Fällen von einfachem Hydrops die bräunliche Färbung des Exsudats, die ihm oft das Aussehen eines alten Blutergusses verlieh. Der Hydrops giebt zwar im Ganzen eine gute Prognose, die aber verschlechtert wird durch häufige Recidive. v. Noorden hat auf die grosse Hartnäckigkeit so vieler auch im nicht septischen Wochenbett und während der Schwangerschaft vorkommenden Gelenkerkrankungen aufmerksam gemacht; Autor ist der Meinung, dass diese ebenso wie ein grosser Theil der sogenannten chronischen Gelenkrheumatismen gonorrhöischen Ursprungs sind. Gonorrhöische Sehnenscheidenentzündungen kommen sehr viel häufiger vor, als man gemeinhin annimmt; oft erkrankt ganz isolirt eine einzelne Sehne an der Hand oder am Fuss. Auch die Schleimbeutel entzündeten sich nicht gar so selten auf

gonorrhöischer Basis, besonders die früher vernachlässigte Bursa calcanea s. achillea. Zur Beseitigung des Hydrops genügt in manchen Fällen allein Ruhe und leichte Compression in wenigen Tagen; Ruhe ist überhaupt der wichtigste Factor. Bei Ankylosirung erreicht man häufig noch etwas durch eine allerdings etwas rohe und sehr schmerzhaftige Massage. Frauen erkranken mindestens so häufig als Männer, und zwar wird, wie Autor beobachtet zu haben glaubt, bei Frauen eigenthümlicher Weise meist das Handgelenk, bei Männern das Kniegelenk befallen. — Auch Körte kann König's Angaben durchaus bestätigen. Er punctirt Hydrops, wenn derselbe nicht auf Ruhe zurückgeht. Auffallend war bei den übrigen Formen die enorme Schmerzhaftigkeit ohne eigentlich sehr erheblichen Befund; doch besserte sich diese rasch nach Anlegung grosser Gypsverbände, in die auch die benachbarten Gelenke mit einbezogen wurden. — G. Lewin hat nur in 2% seiner vielen Fälle von G. Gelenkerkrankungen gesehen. Er hat den Eindruck, als kämen sie nur selten bei erstmaliger G. vor, eher bei einer Wiederholung und bei heruntergekommenen Individuen. Therapeutisch ist vor Allem Ruhe wichtig, daneben sah Autor hin und wieder guten Erfolg von Salicyl und Jodkali. — Schüller empfiehlt Jodkali besonders gegen die Schmerzen, da es hier oft überraschend gut wirkt, wenn man 1—2stündlich kleine Dosen, bis 3 gr pro die verordnet. Für Gypsverbände ist er nicht, da diese die Entwicklung von Ankylosen begünstigen. Bei Ergüssen sah er gute Erfolge von Punction mit nachfolgender Sublimatauspülung, event. Jodoforminjection.

(Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 13. Juli 1896, —  
Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 60.)

**Intoxicationen.** Dr. Wefers (Leipe) erlebte eine Antinervinvergiftung nach 0,5 Antinervin, die er einem kräftigen und gut genährten 68jährigen Kranken mit Pneumonie auf dessen Wunsch gegen heftige Kopfschmerzen gab, da das Herz des Pat. gesund war und Puls und Kräftezustand günstig sich verhielten. 20 Minuten nach Einnahme: Gesicht des Pat. stark geröthet, Puls erheblich beschleunigt, schwerfälliges und verwirrtes Sprechen. 30 Minuten nach Einnahme: Gesicht cya-



notisch, auf Anrufen Sprechen unzusammenhängenden Zeuges mit schwerfälliger Sprache, sonst Somnolenz, Puls schlechter, ab und zu aussetzend, Athmung beschleunigter, oberflächlicher, starker Schweiß, Temperatur (vor Einnahme 39°) jetzt 39,3°. 15 Minuten später: Verschlimmerung; Puls sehr beschleunigt, elend, aussetzend meist beim 3.—5. Schläge. Athmung sehr oberflächlich, Cyanose stärker, tiefe Somnolenz, Temp. 39,1°. Ordination: Cognac und starker Wein. Im Laufe der nächsten Stunden besserte sich der Zustand langsam, aber stetig, und Tags darauf waren die Intoxicationserscheinungen völlig verschwunden.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 24.)

— Einen Fall von Atropin-Cocain-Vergiftung erlebte Dr. Nahmacher (Malchow). Ein 50jähriger Mann nahm von einer 1%igen Atropinlösung (0,1:10,0) und von einer 10%igen Cocainlösung (0,5:5,0) je die Hälfte der Flaschen, also im Ganzen 0,05 Atropin. sulfuric. + 0,25 Cocain. mur. Das geschah Mittags um 12 Uhr. Nach 20 Minuten war Autor zur Stelle und fand den Pat. in sitzender, vornübergebeugter Stellung, würgend, Stirn und Gesicht mit kaltem, klebrigem Schweiß bedeckt, Pupillen erweitert, Puls 140. Pat. hatte bereits reichlich Milch getrunken, es wurde nunmehr der Magen ausgehebert und reichlich mit Wasser nachgespült. Sensorium anscheinend frei, Sprache etwas schwerfällig. Jetzt Injection von 0,02 Morphium. Nach Ablauf einer Stunde glaubte Autor, da der Symptomencomplex sich insofern etwas gebessert hatte, als der Puls auf 120 zurückgegangen war und die Pupillenweite nicht zugenommen hatte, den Pat. verlassen zu können, unter Verordnung reichlichen Trinkens von starkem schwarzen Kaffee. Aber 1 Stunde nach des Autors Abreise fing Pat. an unruhig zu werden! Die Athmung wurde oberflächlicher, das Sensorium schwand. Als Autor den Pat. um 7 Uhr wiedersah, war der Puls sehr frequent (160—180), Lippen, Zunge, Gaumen trocken, Schlingbeschwerden, schnelle und oberflächliche Athmung, Pupillen ad maximum erweitert, Sensorium nicht ganz geschwunden, grösste Unruhe. Nach einer Aether-Campher-Injection injicirte Autor nochmals 0,02 Morphium. Bald darauf verlor sich die Unruhe,

Pat. verfiel in Schlaf, der Puls ging auf 120—130 herab. Die Athmung wurde ruhiger und tiefer. Pat. schlief die Nacht gut durch und konnte am nächsten Tage schon seinen Geschäften nachgehen und war ganz wohl. Auffallend war, dass trotz sorgfältigster Ausspülung des Magens und trotz des Antidots die beim ersten Besuch wenig ausgeprägten Erscheinungen 5—6 Stunden später so heftig wurden. Es mussten doch in der Zeit von der Einverleibung der Arzneistoffe an bis zu des Autors Ankunft genügende Mengen Giftes resorbirt sein, deren Wirkung erst später — vielleicht verzögerte sich die Wirkung des Atropins durch die Gegenwart des Cocains — zur vollen Geltung kam.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 7.)

- Kal. permang. als vorzügliches Antidot bei Opiumvergiftung lernte N. Vučetič (Belgrad) kennen bei einem 2 $\frac{1}{2}$ jährigen Kinde, welches 30—50 Tropfen Tinct. theb. getrunken hatte und das typische Bild einer Opiumvergiftung darbot.  $\frac{1}{2}$  Stunde später spritzte Autor 1 Pravaz'sche Spritze einer 1 $\frac{0}{0}$ igen Lösung von Kal. permang. ein und gab  $\frac{1}{2}$ , später 1—2stündl. 1 Kinderlöffel davon intern, worauf die Symptome so rasch verschwanden, dass das Kind am nächsten Tage schon munter spielte.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 32.)

- Einen Fall von Schwefelkohlenstoffvergiftung beschreibt Dr. S. Kalischer (Berlin): Er betrifft einen aus gesunder Familie stammenden, weder luetisch inficirten, noch an Alkoholismus leidenden 25jährigen Gummi-Arbeiter, der seit 13 Jahren fast ununterbrochen in seinem Beruf (Kautschuk-Fabrik) thätig ist. Meist hat er täglich 2—3 Stunden zu vulkanisiren, d. h. den Gummi in einer Mischung von Schwefelkohlenstoff und Chlorschwefel kalt und elastisch zu machen. Dies geschieht von 10—12 Arbeitern zugleich in einem recht mangelhaft ventilirten Zimmer. Die Hände kommen mit der Flüssigkeit nur ausnahmsweise durch Ungeschicklichkeit oder bei ganz besonderen Maassnahmen in Berührung. Aber es entwickelt sich gewöhnlich ein betäubender Dampf und Geruch, sodass die Arbeiter wie betrunken, taumelig werden und am ganzen Körper Zittern bekommen, auch an Brechneigung und

Kopfschmerz oft laboriren, ja mitunter noch Stunden lang danach mit Zittern, Kopfschmerz, Verstimmung, Schlafsucht behaftet sind. Pat. war bis vor 8 Jahren gesund und erkrankte damals ähnlich wie jetzt an grosser Schwäche, allgemeiner Lähmung, Muskelzittern, Verstimmung und in erster Reihe an Sehstörungen; er konnte keine Farben erkennen, keine Schilder auf der Strasse lesen, wesshalb er  $\frac{1}{2}$  Jahr augenärztlich behandelt wurde (Jodkali, Schwitzcuren). Nach  $\frac{1}{2}$ jähriger Pause in seiner Arbeit war er wieder gesund und konnte nun 8 Jahre ununterbrochen seinem Beruf nachgehen. Am 6./III. 96 suchte er des Autors Poliklinik auf mit Klagen über allgemeine Schwäche, Zittern an Armen und Beinen, Appetitlosigkeit, Zuckungen im Fleisch, Gefühl, als ob Thiere beständig unter seiner Haut liefen; er sah die Muskeln sich wellenförmig bewegen und flimmern, oft ergriff dieses Zittern und Jucken auch grössere Muskelbündel, sodass ein Muskelwulst vorübergehend hervortrat, und zeitweilig waren diese Zuckungen, die zuerst nur an den Oberschenkeln und Waden auftraten, später auch auf Arme und Brust übergangen, auch schmerzhaft. Pat. klagte ferner über Abmagerung und Verstimmung. Psychisch erschien er deprimirt und hypochondrisch verstimmt, und es machte sich in der Willens- und Gefühlssphäre eine geistige Apathie geltend. Pupillen weit, gleich, verlangsamte und wenig ausgiebige Lichtreaction. Gesichtsfeld für Weiss normal, für Farben beiderseits etwas eingeengt. Sehschärfe R =  $\frac{5}{10}$  —  $\frac{5}{6}$  + 0,75 D. und L. =  $\frac{5}{6}$  —  $\frac{5}{5}$  + 0,75 D. Ophthalmoskopisch deutliche Abblassung und weisse Verfärbung beider temporaler Quadranten, also zweifellos abgelaufene retrobulbäre Neuritis. Sonst waren noch zu constatiren: Allgemeine Macies und Muskelschlaffheit ohne besondere Atrophieen, noch localisirte Lähmungen, lebhaftes Patellarreflexe, Mangel des Cremasterreflexes, Obstipation, Herabsetzung der Potenz, Fehlen der Libido, seltenes Eintreten der Erectio, völliger Mangel der Ejaculation. Die Nervenstämme der peripheren Nerven auffallend druckempfindlich; Sensibilität am rechten Arm im Gebiete des N. radialis und medianus, ferner an den Vorder-, Aussen- und Rückseiten beider Oberschenkel erheblich herabgesetzt; an Händen und

Kopf feiner, schnellschlägiger Tremor, bei Intentionsbewegungen weder an Schnelligkeit, noch in seinen Excursionen zunehmend; beständiges fibrilläres Muskelzittern und Wogen an den Oberschenkeln (Vastus intern., extern. und Rectus cruris) und Waden, wo man ein beständiges Unduliren und Flimmern der einzelnen Muskelfibrillen sah, das bei elektrischen Reizen und Anspannung der betreffenden Muskeln noch zuzunehmen schien und öfters auch grössere Muskelparthieen ergriff, ohne dass je eine Locomotion oder Bewegung eintrat; elektrische Reaction der Nerven und Muskeln normal. Die inneren Organe zeigten keine nachweisbare Veränderung, trotzdem wurde Pat. im Laufe von 6 Wochen schwächer, blasser, kachektischer und deprimierter, und dies auch, als er schon einige Wochen die Arbeit ausgesetzt hatte. Am 15./IV. Ueberweisung ins Krankenhaus Urban, wo er bis 9./V. blieb. Darauf ergab die erneute Untersuchung ein etwas verändertes Bild: Pat. lebhafter, frischer, stärker (8 Pfd. an Gewicht mehr), aber noch immer Klagen über Muskelzittern am ganzen Körper, schmerzhaftes Zuckungen an den Beinen, Schwäche in den Kniekehlen. Ophthalmoskopischer Befund unverändert, Einschränkung des Gesichtsfeldes für Farben geschwunden, Muskelwogen weniger continuirlich, Nervenstämmen weniger druckempfindlich, Tremor, Steigerung der Sehnenreflexe, Mangel des Cremasterreflexes noch vorhanden. Sensibilität erheblich verändert; statt der Hyperästhesieen in bestimmten Nervengrenzen jetzt symmetrische inselförmige Hyp- resp. Analgesieen an beiden unteren Augenlidern, am Nasenrücken, an beiden Nasenflügeln, über beiden Metacarpo-Phalangealgelenken der Daumen, an beiden grossen Zehen und über den Malleoli externi und interni der Füsse (bewusst war dem Pat. nur ein taubes Gefühl über den Daumenrücken). Am 1./VI. nahm Pat. seine Arbeit wieder auf, nachdem fast alle Erscheinungen geschwunden waren. — Der Fall gehört zweifellos zu den toxischen Erkrankungen des Nervensystems, die nicht selten eine Mischung von organischen Störungen (Neuritiden etc.) mit functionellen (neurasthenischen, hysterischen) Erscheinungen, psychischen Anomalieen und kachektischen und toxikämischen Erscheinungen aufweisen, indem diese bald nach einander, bald neben einander in

Exacerbationen und Remissionen auftreten; die hysterischen Erscheinungen scheinen gerade bei der Schwefelkohlenstoffvergiftung eine grosse Rolle zu spielen. Von Störungen, die bei dieser Vergiftung häufig vorhanden sind, zeigte der obige Fall neben leichten neuritischen, hysterischen und psychischen Anomalieen, Verlust der Potenz und des Cremasterreflexes, fibrilläres Muskelzittern, Tremor, Kachexie u. s. w. Es fehlten hingegen die oft beobachtete Anästhesie der Cornea, die häufigen Schwindel, Ohnmachtsanfälle, Delirien, Hallucinationen, Erregungszustände, kolikartige Verdauungsstörungen, centrale Skotome, abnorme Sensationen an den Genitalien u. s. w. Für die Behandlung scheint meist die Abhaltung der schädlichen Stoffe, Entfernung von der Arbeit für einige Monate, neben Ruhe, tonisirender Pflege, Bädern, Diaphoreticis u. s. w. genügend zu sein.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 755.)

- Einen Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegen Jod beobachtete Dr. R. Topp (Sinzig). Ein gesunder kräftiger, 46jähriger Mann erhielt gegen eine nach Contusion des rechten Handgelenks zurückgebliebene geringe Schwellung des Gelenkes und Schmerzhaftigkeit der angrenzenden Weichtheile eine Pinselung mit Tinct. Jodi. Eine Continuitätstrennung der Haut war nicht vorhanden. 7 Stunden später wurde Autor zu dem Pat. gerufen, weil derselbe unerträgliche Schmerzen im gepinselten Arm empfinde. Ein objectiver Befund fehlte, nur die Temperatur war in den bepinselten Parthieen erhöht. Subjectiv klagte Pat. über heftige, bohrende Schmerzen im rechten Unterarm, starkes Eingenommensein des Kopfes und quälende Brustbeklemmung. Nach Auflegen einer Eisblase liessen die Schmerzen nach. Am anderen Morgen fand sich folgender Status: Der ganze rechte Unterarm bis zum Ellenbogengelenk enorm geschwollen, bis zum 4fachen Umfange des anderen Armes. Die ganze eingepinselte Fläche hochgradigst entzündet; zahlreiche Blasen theils mit serösem, theils mit stark hämorrhagischem Inhalt bedeckten dieselbe. Jede leichte Berührung erregte heftigen Schmerz. Ellenbogen- und Axillardrüsen leicht geschwollen. Heftiger Schnupfen, Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Brechreiz, mässige Dyspnoë. Im Harn Spuren von Jod nachweisbar. Therapie: Sorgfältige

Reinigung und Desinfection des Armes, Oeffnung der Blasen, Aufpudern von 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>igem Loretintalk und Verband. Tags darauf schon Besserung, keine Schmerzen mehr. Unter Fortsetzung der gleichen Therapie nach 8 Tagen völlige Heilung.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 7.)

- **Einen interessanten Fall von Bleivergiftung** veröffentlichten M. Miller und O. Ring: Eine Teppichweberin, die seit 2 Jahren das Teppichgarn von alten, mit Bleifarbe bestrichenen Fensterleisten abzuwickeln hatte, erkrankte mit Appetitlosigkeit, heftigen Kopfschmerzen am Hinterhaupt und Scheitel, Schwindel und Abnahme des Sehvermögens. Hierzu gesellten sich hochgradige Obstipation, Erbrechen (auch unabhängig von der Nahrungsaufnahme), und dann trat im Anschluss an einige epileptiforme Krampfanfälle plötzlich vollständige Erblindung ein, worauf noch Gesichts- und Gehörshallucinationen folgten. Bleisaum, Fehlen der Patellarreflexe. Keine Koliken, keine Lähmungen, kein Tremor. Die Augenuntersuchung ergab ausser einer Parese des rechten Abducens beiderseitige hochgradige Neuroretinitis haemorrhagica. Auf Jodkalium und später Strychninsublimat-Pillen [vollkommene Heilung.

(Amer. Journ. of the med. sciences 1896 No. 2. — Centralblatt für innere Medizin 1896 No. 32.)

**Myositis.** Einen Fall von acuter intermittirender **Monomyositis interstitialis** beschreibt Dr. Benno Laquer (Wiesbaden), für den er in der Litteratur kein Analogon gefunden hat. Ein 38jähriger Maler, kräftig gebaut, aus gesunder Familie stammend und eine solche besitzend (Frau und 4 Kinder), will 1881, also als 23jähriger Mann, zum 1. Male eine starke Anschwellung des rechten Oberarms bemerkt haben, die spontan zurückging. 1882 und 1884 wiederholten sich die Schwellungen, durch die Pat. aber nicht arbeitsunfähig wurde. Ein heftigerer Anfall führte 1890 den Pat. in des Autors Behandlung. Pat. war unter allgemeinen Symptomen, Fieber, Mattigkeit erkrankt und bettlägrig geworden, der Oberarm war an seiner Beugefläche bei Druck und spontan und besonders bei Bewegungen



im Ellenbogengelenk schmerzhaft, entzündlich geröthet, geschwollen, von teigiger Consistenz; Schwellung und Schmerzen nahmen nach 2 Tagen derartig zu, dass der Arm im rechten Winkel gebeugt und unbeweglich war, die Bicepssehne trat straff und strangartig hervor, kurz das Bild einer singulären, acut entzündlichen Muskelerkrankung nebst secundärer Myocontractur und Ankylose des benachbarten Gelenks war unverkennbar. Natr. salicyl., Antipyrin, Phenacetin, Ung. ciner., Ichthyol, warme Lysol-, heisse Brei- und Moorumschläge, Priessnitzwickel (Eisblase vertrug Pat. gar nicht), endlich Morphiuminjectionen milderten wohl die Schmerzen, heilten jedoch nicht das Wochen lang dauernde Leiden. Aufnahme ins St. Joseph-Spital. Eine tiefe, bis aufs Periost gehende Incision ergab makroskopisch weder deutliche Muskel- noch Periostveränderungen, brachte aber Schmerzen und Schwellung rasch zum Weichen. Nach 2 Wochen Entlassung mit beweglichem, schmerzfreiem Arm als arbeitsfähig. 1892 und 1893 wiederholten sich die Anschwellungen und Schmerzen, nur mit dem Unterschied, dass weniger der Bauch, als der untere Theil, besonders die Sehne des Biceps Sitz war; Cubitaldrüsen ebenfalls schmerzhaft und geschwollen. Frühjahr 1895 wieder Fieber, Mattigkeit, furchtbare Schmerzen; zu Pfingsten spontan Besserung, die 3 Wochen anhielt. Ende Juli wieder Aufnahme ins Spital. Wieder Biceps bretthart infiltrirt, geröthet, überall schmerzhaft, Myocontractur und vollkommene Ankylose des Ellenbogengelenks; Umfang des rechten Oberarms 2 cm grösser, als der des linken. Am 1./VIII. Incision längs der früheren Narbe bis aufs Periost; letzteres, sowie der Muskel normal, nur Unterhautzellgewebe infiltrirt (ödematös). Extirpation des an der Bicepssehne liegenden Drüsenpaquets, Excision eines Muskelstückchens zwecks histologischer Untersuchung, welche übrigens keinerlei pathologische Veränderungen ergab. Die Schmerzen liessen langsam nach; die Ankylose wich erst einer Massagecur. Mitte September Arm wieder ganz beweglich und schmerzfrei. Anfang October Erkrankung an einem acuten Gelenkrheumatismus, der hauptsächlich die Gelenke der unteren Extremitäten, sowie die des linken Armes befiel, den rechten, früher afficirten Arm aber ganz frei liess.

Natr. salicyl. in Stärkeklystieren, da es sonst ausgebrochen wurde. Anfang November Pat. wieder arbeitsfähig, eine Veränderung des rechten Armes nicht zu constatiren. — Woher kam jenes Leiden? Von Bleiintoxication nicht, denn Pat. hatte seit Jahren nichts mit Bleifarben zu thun, dann fehlten alle anderen diesbezüglichen Symptome und Myositis wurde bisher dabei nicht beobachtet. Gegen functionelle Ueberanstrengung des Muskels (Halten des Pinsels) sprach der entzündlich acute Verlauf, ebenso gegen Trichinose, Sarkom, Echinococcus. Ein neurogener, hysterischer, syphilitischer Ursprung war auszuschliessen. Es blieb also nur übrig, eine interstitielle Myositis (Froriep's rheumatische Schwielen) anzunehmen, hervorgerufen durch ein infectiöses Virus, das, von Zeit zu Zeit hervorbrechend, die Anfälle erzeugte. Die rheumatische Nachkrankheit erinnert daran, dass eine Infection mit dem abgeschwächten Virus des acuten Gelenkrheumatismus derartige acute Affectionen der Muskeln bedingen kann!

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 Nr. 28.)

**Nephrolithiasis.** Ueber eine zweckmässige Therapie der harnsauren Nierenconcretionen liess sich G. Klemperer aus. Es kann unsere Aufgabe nicht sein, die gebildeten Concremente zu lösen, da diese den neueren Untersuchungen zur Folge an eine organische Grundsubstanz gebunden sind, die so fest ist, dass sie den Lösungsversuchen widersteht. Aber die Bildung neuer Concremente müssen wir zu verhüten suchen. Die Steine entstehen durch zu grosse Concentration der Harnsäurelösung, weil entweder zu wenig Wasser oder zu viel Harnsäure vorhanden ist. Daher Erzeugung einer reichlichen Diurese von 3—4 Liter pro Tag sehr wichtig! Zur Unterstützung dieser Diurese achte man darauf, dass die Pat. nicht durch Drastica abführen (bestes Abführmittel: Klysma) und nicht schwitzen. Und nun die Verminderung der Harnsäure. Da letztere aus dem phosphorhaltigen Nuclein stammt, ist eine sehr nucleinhaltige Nahrung (z. B. Thymusdrüse, Leber, Milz, Hirn) zu vermeiden, ebenso sehr reichliche Fleischnahrung. Empfehlenswerth: Milch, Eiweiss, Vegetabilien. Allerdings braucht man darin nicht sehr rigoros zu sein, da bei mässigen Dosen Kerneiweiss die Erhöhung der Harnsäure-

concentration nur eine geringfügige ist. Harnsäurebildner sind auch die Coffeinsubstanzen (Kaffee, Thee, Cacao), aber streng brauchen auch sie nicht gemieden zu werden. Ferner tritt Erhöhung der Harnsäure durch die körperliche Arbeit ein; diese ist deshalb und, um Schweiss zu vermeiden, nur mässig gestattet. In Lösung gehalten wird die Harnsäure durch eine schwach saure oder noch besser schwach alkalische Reaction des Harns. Was nun den Einfluss gewisser Mittel auf die relative Acidität betrifft, so hat die vielgepriesene Citronencur einen sehr geringen Einfluss. Allerdings wird durch die Umwandlung des citronensauren Natriums im Körper in kohlensaures Natrium und durch Erhöhung der Diurese die relative Acidität etwas herabgedrückt, aber der Magen wird durch 8—10 Citronen pro die doch beträchtlich angegriffen, und besser und billiger sind *Natr. citric.* und *Potio Riveri*. Auch das *Piperacin*, *Lysidin*, *Urotropin* drücken die Acidität herab, aber sie sind theurer und wir erzielen mit anorganischen Alkalien, z. B. *Natr. bicarbonic.* die gleiche und, bei zweckmässiger Anwendung (4—5 Stunden nach der Mahlzeit), eine stärkere Wirkung. Sehr bequem sind die Mineralwässer, vor Allem Selterswasser, die aber nicht während der Mahlzeit, sondern Vormittags und 4—5 Stunden nach der Mahlzeit zu geniessen sind. Lösen kann man die Harnsäure auch gut durch Zuführung von Harnstoff. Man verordnet:

**Rp.**

*Sol. Uvae pur. (e 10,0—20,0) 200,0*

S. Stündl. 1 Esslöffel voll.

(Berliner medic. Gesellschaft, 24. Juni 1896. —  
Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 20.)

— **Phosphat-Nierenstein, entstanden durch Missbrauch von alkalischen Wässern bei einem an Uraten Leidenden.** So beurtheilt M. L. Garnier einen Fall, wo ein Pat. mit harnsaurer Diathese und reichlicher Ausscheidung von Harnsäure im Urin sehr lange und sehr viel Vichy trank, worauf unter Nierenkolik ein Phosphatstein entleert wurde. Autor glaubt, dass durch den zu reichlichen Genuss des alkalischen Wassers der Harn und auch das Nierengewebe so modificirt worden seien, dass die Phosphate sich agglomerirten und einen Stein bildeten.

(Revue méd. de l'Est 1./III. 1896. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 58.)

**Pleuritis.** Eine Recurrenslähmung in Folge von P. sah W. W. Fawr (Charkow, therap. Klinik). Es handelt sich um ein rechtsseitiges grosses pleuritiches Exsudat, welches eine linksseitige Recurrenslähmung bedingte. Nach Resorption des Exsudates und nach Rückkehr des verdrängt gewesenen Herzens in die Normallage schwand die 3 Monate vorhanden gewesene Lähmung vollständig; dieser Umstand und die Abwesenheit aller sonstigen eine Recurrenslähmung erzeugenden Momente sprach für einen ursächlichen Zusammenhang. Das Herz war um 2 Querfinger über die Mammillarlinie hinaus und auch etwas nach abwärts verdrängt; dadurch wurde die aufsteigende Aorta und besonders stark der Aortenbogen nach abwärts gezerzt, wodurch der die Aorta unter fast rechtem Winkel kreuzende linke N. recurrens gespannt und gelähmt wurde. Der rechte N. recurrens, der die Arteria subclavia dextra unter einem stumpfen Winkel kreuzt, kann nicht so stark gespannt werden. Autor hat diese Verhältnisse auch experimentell zu ergründen gesucht und kam zu denselben Anschauungen.

(Russisch. Archiv für Pathologie, klin. Medicin und Bakteriolog. 1896 No. 4. — Wiener klin. Wochenschrift 1896 Nr. 25.)

— Die Behandlung der P. mit der Lewaschew'schen Methode ist von uns jüngst besprochen worden (siehe Excerpta V, S. 505). Des Näheren schrieb s. Z. der Autor darüber Folgendes (Deutsche medic. Wochenschr. 1890 No. 52): „Was die Ausführung der Operation selbst anlangt, so entleerte ich zuerst vorsichtig und ganz langsam, ohne jede Gewalt, aus dem Pleuraraum eine gewisse Menge Exsudat, und zwar so lange, bis bei dem Kranken die ersten Anzeichen von Schmerz in der Brust auftraten, spritzte dann in die Pleurahöhle vorsichtig eine ebensolche oder meist etwas geringere Menge von der etwas erwärmten (bis auf ungefähr 30° C.)  $\frac{7}{10}$  0/10 igen sterilisirten Chlornatriumlösung, entnahm hierauf der Brusthöhle wieder Flüssigkeit bis zum Auftreten ganz leichter Schmerzen, und führte darauf wieder eine entsprechende Menge Salzlösung ein. Diese Procedur wurde 2—6 Mal wiederholt, je nach der Beschaffenheit des Exsudats und der Besonderheit eines jeden einzelnen Falles.“

(Therap. Wochenschrift 1896 No. 29.)

**Psoriasis.** In einem sehr hartnäckigen Falle von P., der allen Medicationen widerstand, gab P. Richter intern Acid. muriat. und äusserlich:

**Rp.**

*Aristol.*  
*Ichthyol.*  
*Acid. salicyl.*  
*Acid. pyrogall.*  $\overline{aa}$  2,5—5,0  
*Lanolin.*  
*Vaselin.*  $\overline{aa}$  50,0  
 M. f. ung.

Es trat bald Heilung ein, und zwar so vollständige, dass selbst jeder Pigmentfleck fehlt.

(Dermatolog. Vereinigung zu Berlin, 12. Mai 1896. — Monatshefte für prakt. Dermatologie 1896 Bd. XXIII No. 2.)

— Einen 25 Jahre alten Mann mit P. verrucosa demonstirte Pick. Pat., der wiederholt in der Klinik wegen ausgebreiteter P. behandelt worden war, zeigt an den psoriatisch afficirten Stellen warzige Tumoren mit allen Charakteren epithelialer Warzenbildung. Diese Geschwülste haben sich während der letzten 2 Recidive in immer stärkerem Grade entwickelt. Im Anschluss daran erinnert Autor an die verschiedenen Ausgänge der P., als da sind die reguläre Rückbildung der Plaques zur vollständigen Restitution, die Rückbildung mit Zurücklassung einer Hyperplasie des bindegewebigen Antheiles der Haut, die in einzelnen Fällen zur excessiven Wucherung, zuweilen sogar zur Sarkombildung führt, die excessive Wucherung der Epidermis, die einerseits zu warzigen Geschwülsten führen kann, wie der demonstirte Fall lehrt, andererseits aber auch zu Carcinomentwicklung, endlich Ausgang in Keratolysis.

(Verein deutscher Aerzte in Prag. — Wiener medic. Presse 1896 No. 30.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Temesváry und Torok (Budapest) haben einen Fall von fleckiger Hautatrophie während der Schwangerschaft bei einer sonst vollständig gesunden 23jährigen I para im 3. Monate der Schwangerschaft ohne Nebensymptome (wie Fieber, Jucken) beobachtet. Die Affection trat zuerst auf der Brust, später auf dem Rücken und fast dem ganzen Körper auf

und besteht seitdem fort. Man sieht etwa 100, namentlich auf der Brust, dem Rücken und Bauch verbreitete, erbsen- bis markstückgrosse, rundliche, blassrosa, ins Graue spielende Flecke, die zumeist plateauartig einige Millimeter hoch sich über das Niveau der übrigen Haut erheben, weder schmerzhaft, noch empfindlich sind und nicht jucken. Die betreffenden Hautstellen lassen sich plisséartig in Falten legen, fühlen sich weich an, und bilden an einzelnen Stellen, namentlich da, wo die Haut auch sonst faltig ist (Achselhöhle, Schenkelbeuge), sackartige Gebilde. Es handelt sich um *Maculae atrophicae cutis*, deren Form aber von den gewöhnlichen Schwangerschaftsnarben abweicht und die nicht auf mechanischem Wege entstanden sind. Autor fand keinen ähnlichen Fall von fleckiger Hautatrophie während der Schwangerschaft idiopathischen resp. trophoneurotischen Ursprungs in der Litteratur verzeichnet, bei Männern wurden solche Hautläsionen idiopathischen Ursprungs in 1—2 Fällen beobachtet.

(Gyógyászat 1896 Nr. 52. —  
Centralblatt für Gynäkologie 1896 No. 26.)

- Einen Beitrag zur *Polyneuritis in graviditate* liefert Dr. M. Johansen (Kiel, Universitäts-Frauenklinik). Der Fall ist vor Allem dadurch ausgezeichnet, dass ein direct veranlassendes ätiologisches Moment nicht zu eruiren war. Mader kam bekanntlich 1895 in Betreff der Aetiologie zu folgendem Ergebniss: „Zunächst liegt eine Schädigung des ganzen Organismus der Schwangeren, somit auch ihres Nervensystems, durch eine Art von Autointoxication des Blutes als vorbereitendes ätiologisches Moment vor, zu diesem muss eine plötzliche oder langsame Steigerung dieser Schädigung durch verschiedene Vorgänge, welche die Nährfähigkeit des Blutes vermindern, hinzutreten, die damit den directen Anlass zur Entwicklung des Degenerationsprocesses bildet.“ Als solche Anlässe giebt er an:
1. Die normal verlaufende Entbindung.
  2. Stärkere Blutungen bei und nach der Entbindung.
  3. Hyperemesis in graviditate.
  4. Puerperale Entzündungsprocessse.
- Diese Annahme eines zwiefachen ätiologischen Momentes, eines vorbereitenden und eines direct veranlassenden, glaubt er deswegen machen zu müssen, weil „bis jetzt kein



Fall von Gravidität publicirt ist, bei dem diese Krankheit sozusagen spontan, ohne weitere Anlässe sich entwickelt hätte.“ Nun publicirt Johansen einen solchen Fall, wo jede Complication fehlt, speciell auch das Schwangerschaftserbrechen, das in allen bisher veröffentlichten Fällen der Polyneuritis vorausgegangen war. Alle diese Fälle wurden auch geheilt oder erheblich gebessert, während bei obigem Falle die Prognose eine wenig günstige ist, indem während einer über 3 Monate sich erstreckenden Behandlung Anzeichen einer Besserung kaum wahrnehmbar waren. Der Grund dürfte wohl darin liegen, dass hier mit der fortdauernden Schwangerschaft auch eine Schädigung des befallenen Nervensystems fortbestanden und wohl nicht mehr ausgleichsfähige Veränderungen die Folge waren, während in den sonst beobachteten und günstig verlaufenen Fällen aus Rücksicht auf die in dem unstillbaren Erbrechen gelegene Lebensgefahr die Schwangerschaft, wenn nicht ihr Ablauf ganz nahe vorstand, künstlich unterbrochen wurde und damit schon kurze Zeit nach dem Auftreten die Polyneuritis zu Ende kam. Aus dieser Ueberlegung würde es sich empfehlen, das Auftreten einer Schwangerschaftsneuritis, auch ohne dass bedrohliche Hyperemesis besteht, unter die Anzeichen zur sofortigen künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft aufzunehmen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 28.)

- Einen interessanten Fall von puerperaler Neuritis, den er 8 Monate hindurch beobachten konnte, theilt Dr. G. Köster (Halle a. S., Poliklinik von Seeligmüller) mit. Der Krankheitsprocess beschränkte sich hier bloss auf den linken N. axillaris und N. musculocutaneus, und es wurde trotz sorgfältigster Behandlung eine Heilung nicht erzielt. Es handelt sich um eine gesunde 25jährige Frau, welche 14 Tage nach einer normalen Entbindung und ohne vorausgegangenes Fieber mit Schmerzen und Schwäche im linken Arm erkrankte. Bei der Untersuchung fanden sich Abmagerung des linken Oberarms, Unfähigkeit den linken Arm kräftig zu heben oder zu beugen, Druckempfindlichkeit im N. radialis und musculocutaneus, Gefühlsstörungen im Bereiche des N. axillaris und des N. cutaneus lateralis. Dazu Ent-

artungsreaction im *M. deltoides* und *biceps*. Die übrigen Muskeln, besonders der *Brachialis internus*, reagiren normal. Trotz fortgesetzter Anoden-Behandlung hielten Schmerzen und Druckempfindlichkeit etwa 7 Wochen an, wobei der Arm langsam, aber beständig an Umfang und Kraft abnahm. Trotz täglicher Massage und labiler Kathodenbehandlung blieb die Entartung der genannten Muskeln bestehen und ihre Erregbarkeit wurde von Woche zu Woche geringer. Gleichzeitig nahmen die hypästhetischen Hautbezirke langsam zu. In der 12. Woche vom Beginn der Krankheit an, wurde die Abmagerung auch des *M. brachialis internus* sichtbar, doch erst 3 Monate später wurde die bis dahin gute Reaction dieses Muskels undeutlich und träge, und trotzdem zu der bisherigen Behandlung nach der Entwöhnung des Kindes noch 4 Wochen lang Strychnineinspritzungen traten, wurde keine Zunahme der Kräfte erzielt. Der linke Oberarm wurde jämmerlich dünn im Gegensatz zu dem vicariirend hypertrophischen rechten Arme, die Gebrauchsfähigkeit liess mehr und mehr nach, und der *Deltoides*, *Biceps* und *Brachialis internus* sind schliesslich nach 8 Monate langem Bestande der Krankheit durch die stärksten galvanischen Ströme fast nicht mehr zu erregen, also so gut wie todt. Sehr interessant ist das Verhalten der Sensibilität. Während bei der 1. Untersuchung (4 Wochen nach Beginn der Krankheit) sich bereits eine hypästhetische Zone am Unterarme im Bereich des *N. cutaneus lateralis* fand, bestand über der Hautverzweigung des *N. axillaris* noch Hyperästhesie. Erst nach weiteren 5 Wochen war diese verschwunden und es zeigte sich am unteren Ansatz des *Deltoides* ein thaler-grosser hypästhetischer Fleck, welcher sich im Verlaufe der nächsten 3 Wochen erheblich vergrösserte. Mit der Ausbildung der gefühllosen Hautstellen fällt auch die Abnahme der spontanen Schmerzen und der Druckempfindlichkeit zusammen, als Anzeichen der mehr oder weniger vollendeten Degeneration der Nervenstämmen. Dass die betreffenden hypästhetischen Zonen zugleich hyperalgisch sind, ist ein gewöhnlich zu beobachtendes Verhalten. Bemerkenswerth ist die relativ späte Erkrankung des *M. brachialis internus*. Am auffallendsten aber bleibt der Gegensatz zwischen dem Fehlen jeder Temperatursteigerung im Wochen-

bett, sowie der Beschränkung der Erkrankung auf das Gebiet zweier Nerven und der ausserordentlichen Schwere des Verlaufs. Trotz des Fehlens des Fiebers fasst Autor den Fall, wie jede puerperale Neuritis, als Intoxicationsneuritis auf, veranlasst durch wahrscheinlich bei der puerperalen Rückbildung der Genitalien sich entwickelnde Toxine. (Ibidem.)

- **Hyperemesis gravidarum** hat in einem Falle, wie wir berichteten (siehe Excerpta V., S. 510) durch Cervixgazetamponade Kehrer zur Heilung gebracht, der überhaupt anzunehmen geneigt ist, dass, wie hier die Rigidität der Portio die Ursache des Vomitus war, fast in allen Fällen, wo nicht Affectionen des Magendarmtractus maassgebend sind, solche des Genitalapparates eine ätiologische Rolle spielen. Demgegenüber hat S. Chazan schon immer betont, dass es sich meist nicht um diese Dinge, sondern um eine Alteration des Nervensystems resp. der Psyche handelt, und er ist in dieser Ansicht bestärkt worden durch einen jüngst beobachteten schweren Fall. Er wurde zu einer 30jährigen, im 2. Monat ihrer 2. Schwangerschaft sich befindenden Kranken gerufen, bei welcher gegen das schon seit mehr als 3 Wochen bestehende Erbrechen alle gebräuchlichen Mittel ohne Erfolg angewandt waren und daher die künstliche Frühgeburt ausgeführt werden sollte. Der kleine, beschleunigte Puls, die verfallenen Züge, die äusserst spärliche Harnentleerung liessen diesen Entschluss auch in der That gerechtfertigt erscheinen. Autor fand bei der Untersuchung nirgends etwas Anormales vor. Er forderte die Pat. ganz energisch auf, das Brechen zu unterlassen, da dies nur Folge von Mangel an Selbstbeherrschung, ja eine Art Geistesgestörtheit sei, er stellte ihr, die die künstliche Frühgeburt als ihr Rettungsmittel ansah, vor, dass dieser Eingriff oft gefährlich werden könne durch Blutung, Fieber u. s. w., und erklärte ihr, dass sie durch einfachste Mittel, wie Spülen des Mundes mit Rothwein, Verschlucken des Speichels, den Brechreiz zu unterdrücken im Stande sei. In den nächsten Tagen erbrach die Pat. nur noch selten und nach einigen Tagen gar nicht mehr. Nach 8 Tagen verliess sie das Bett und konnte ihrer Beschäftigung nachgehen.

(Centralblatt für Gynäkologie 1896 No. 33.)

- **Hyperemesis gravidarum** durch **Orexin. basic.** zum Verschwinden gebracht hat in einem schweren Falle Dr. Rech (Köln). Es handelte sich um eine 23jährige Erstgebärende im 4. Monate der Schwangerschaft. Dieselbe litt vom Beginn derselben an an regelmässigem morgendlichem Erbrechen, das vom 3. Monat an trotz Bettruhe und Anwendung von Tinct. Strychni, Kal. bromat., Chloroform, Tinct. Jodi und Cocain täglich mehrere Male auftrat, wobei das Körpergewicht von 104 auf 88 Pfund zurückging. Mitte des 4. Monats steigerte sich das Erbrechen derart, dass es alle 1—2 Stunden eintrat, obwohl ausser den Medicamenten nichts per os gegeben wurde, sondern durch Nährklystiere gegen den Kräfteverfall angekämpft wurde. Autor hatte schon Abort beschlossen, als er fand, dass Frommel früher 4 Fälle mit Orexin. basic. geheilt hat. Er gab das Mittel in Dosen von 0,3 in Kapseln 3 Mal täglich. Die beiden ersten Pulver wurden nach einigen Stunden ausgebrochen, nach dem 3. Pulver hörte das Brechen vollständig auf. Das Mittel wurde 3 Tage gegeben, nach 4 Tagen konnte Pat. das Bett verlassen, jetzt ist sie im 7. Monat der Schwangerschaft, ohne je Brechen wieder gehabt zu haben.

(Ibidem.)

- **Glycerin zur Einleitung der Geburtsthätigkeit** hat Pelzer zuerst empfohlen, und Manche nach ihm sahen ebenfalls Erfolge von diesem Verfahren, nur beobachteten sie auch schwere Folgeerscheinungen davon, besonders Nierenreizung. Nunmehr erneuert R. Kossmann die Empfehlung des Glycerins, doch hält er sich frei von den Fehlern, die seiner Ansicht nach seine Vorgänger gemacht haben, dadurch jene Nebenerscheinungen selbst veranlassend. Autor ging von dem Gedanken aus, dass die Glycerinwirkung darin bestehe, dass das Mittel die Peristaltik der glatten Musculatur anregt, zu welchem Zwecke schon ganz kleine Mengen genügten und nicht die hohen Dosen, die bisher angewandt wurden; genügten doch schon wenige in den Mastdarm injicirte Gramm Glycerin, um die Peristaltik grosser Darmabschnitte zu erregen. Ausserdem injicirte er das Glycerin da, wo das Erregungscentrum für die Wehenthätigkeit liegt, also nicht hoch oben ins Uteruscavum, sondern in die Cervix. Dadurch wurde bei gleicher Wirksamkeit einer doppelten Gefahr vor-

gebeugt: einmal der Infectionsgefahr, die das Einschleiben eines Bougies zwischen Fruchtblase und Uteruswand mit sich bringt; und dann der grösseren Gefahr, dass das Glycerin durch eine geringfügige Verletzung direct in den Blutkreislauf der Mutter gelangt. So modificirt wandte also Autor die Methode bei einigen Fällen an, und zwar mit so gutem Erfolge, dass er zu folgenden Schlüssen gelangt:

1. Dass die Einführung von ca. 5 ccm Glycerin in den Cervicalcanal genügen kann, eine kräftige Wehentätigkeit hervorzurufen;
2. Dass dieses Quantum, in dieser Weise applicirt, schwerlich Nierenreizung oder sonstige Gesundheitsschädigungen verursachen kann;
3. Dass diese Methode auch sonst nicht annähernd die Gefahren, insbesondere die Infectionsgefahr, mit sich führt, wie die höher hinaufgeführte Einspritzung von Glycerin oder anderen Flüssigkeiten oder Einführung von Bougies; dass sie auch dem Eihautstich vorzuziehen ist, der, vor Eintritt der Wehen ausgeführt, sehr ungünstige Bedingungen für den Verlauf der Geburt schafft; dass sie die Einlegung von Laminariastiften, die blosse Kolpeuryse und die aufsteigende Scheidendouche in der Sicherheit und Schnelligkeit der Wirkung ausserordentlich übertrifft;
4. Dass durch Einlegen des Kolpeurynters in die Scheide die Fortdauer der einmal angeregten Wehentätigkeit gesichert und jede Wiederholung der Glycerin-injection überflüssig gemacht werden kann;
5. Dass demnach überall, wo die künstliche Einleitung der Geburt indicirt ist (vielleicht mit Ausnahme der Eklampsie, wiewohl auch diese durch 5 ccm Glycerin wahrscheinlich nicht ungünstig beeinflusst werden wird), als erstes und nächst der aufsteigenden Scheidendouche harmlosestes Mittel die cervicale Injection von 5 ccm Glycerin mit Anschluss der Kolpeuryse versucht werden sollte.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 6.)

— Die Zange an den nachfolgenden Kopf ist nach Schröder überhaupt niemals nöthig. Der Satz hat ja für die meisten Fälle seine Richtigkeit, aber doch giebt es Fälle, und zwar gerade, wo es sich um die Erhaltung des

Kindeslebens handelt, in welchen der Zug der Zange nicht wohl entbehrt werden kann, weil er immer schonender für das Kindesleben ist, als der zur Extraction mit der Hand nothwendige Zug resp. Druck von oben. Das lehrt wieder ein von Dr. Oehlschläger (Danzig) mitgetheilter Fall. Bei einer 22jährigen Frau war Querlage vorhanden bei völlig ausgetragendem Kinde. Schon bei der Wendung des Kindes, dessen Herzschlag deutlich zu hören war, fiel das stark vorspringende Promontorium auf (Pat. war rhachitisch, wie die spätere Anamnese — zu einer sofortigen war keine Zeit mehr — ergab), und deshalb wollte auch nach geschehener Wendung der Kopf nicht dem Zuge der Hand in Verbindung mit dem Druck von oben folgen. Fest auf die Lehre Schröder's bauend, übte Autor den Zug am Nacken und Prager's Handgriff wohl etwas stärker aus, als die Wirbelsäule und Rückenmark des Kindes es vertrugen. Er hätte natürlich, schon zur Schonung der Mutter, die Perforation des Kopfes vorgenommen, wenn das Kindesherz nicht so regelmässig, wenn auch etwas verlangsamt, geschlagen hätte. So griff er denn zur Zange und förderte den Kopf ziemlich leicht zu Tage. Da das Herz immer noch sehr kräftig pulsirte, wandte Autor  $\frac{1}{4}$  Stunde lang Wiederbelebungsversuche (Schwingungen, Lufteinblasungen) an, das Kind machte auch schwache Versuche zum Athmen, aber bald hörte die Herzbewegung auf; jedenfalls hatte bei dem Zuge am Nacken das verlängerte Mark zu sehr gelitten! Autor ist fest überzeugt, dass, wenn er sich nicht so lange mit jenen manuellen Versuchen aufgehalten und das verlängerte Mark dabei nicht gezerzt hätte, sondern eher die Zange benützt haben würde, das kindliche Leben hätte erhalten werden können. Er würde auch in Zukunft bei solchen Fällen, falls der Kopf auf leichten Zug und Druck nicht folgen sollte, sofort zur Zange greifen, wenn dieselbe auch recht vorsichtig gehandhabt werden muss damit kein Unglück geschieht.

(Centralblatt für Gynäkologie 1896. No. 31.)

- Einen schweren Fall von **Asphyxie** rettete Dr. E. Hörschelmann (Estland) 43 Stunden nach dem Blasensprung und nachdem schon durch 9 Stunden Meconium bei Kopflage abgegangen war. Allerdings war eine  $1\frac{1}{2}$ -



stündige angestrengte Thätigkeit bei dem todtenblassen und schlaffen Kinde erforderlich, bestehend in Schultze'schen Schwingungen, dazwischen wiederholten warmen Bädern und kalten Wasserbesprühungen gegen die Herzgegend, später noch dazu Hautreizen. Erst nach 1 $\frac{1}{2}$  Stunden erfolgte spontane Athmung des sich rosa färbenden Kindes, worauf dasselbe bald zu wimmern begann und immer mehr zum Leben kam.

(Deutsche]medic. Wochenschrift 1896 No. 28.)

**Struma.** Die Behandlung mit Thymusfütterung wurde vor einiger Zeit von Prof. Mikulicz empfohlen. Jetzt hat G. Reinbach (Breslau) diese Therapie bei 30 Fällen versucht und bei 20 Erfolge erzielt. Eine vollständige Heilung gelang bei 2 jugendlichen Personen mit mässiger diffuser Hyperplasie, welche Form überhaupt sich besonders für die Behandlung mit Thymus eignet. Sonst wurde Verkleinerung der St. und Linderung, resp. Verschwinden der Beschwerden erreicht. Die Misserfolge betrafen 5 Fälle von Str. diffusa und 5 Knotenkröpfe. Benützt wurde frische Hammelthymus, je 10—15 gr 3 Mal wöchentlich, fein gehackt und mit etwas Salz auf Brod oder Semmel gestrichen, aber auch Thymustabletten (3 gr der Drüse entsprechend). Eine spezifische Schilddrüsensubstanz ist jedenfalls bei der Wirkung nicht im Spiel, da Thymus bei Myxödem unwirksam ist. Wahrscheinlich handelt es sich um eine organische Substanz, vielleicht um ein aus der Lymphzelle stammendes Ferment, welches die Wirkung jener Stoffe der Schilddrüse paralytirt, welche durch ihren Reiz einen Anlass zur Wucherung des Follikelepithels mit nachfolgender Colloidbildung geben; während das fertig gebildete Colloid einer Rückbildung kaum mehr fähig ist, erscheint es denkbar, dass die Vorstufen des Colloids, in Zerfall begriffene Zellen und Zelltrümmer einer Resorption anheimfallen, wodurch es zur Verkleinerung der Struma kommt. So sind die günstigen Erfolge bei jugendlichen Individuen und die Misserfolge bei Knotenkröpfen begreiflich. Jedenfalls besitzt die Thymusbehandlung vor der Schilddrüsen-therapie den Vorzug, dass bei ihr unangenehme Nebenwirkungen bisher nicht beobachtet wurden und dass sie sich in einzelnen Fällen als wirksam erwies, wo die Schilddrüsen-therapie versagte.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir., 1896 Bd. I Heft 2.)

- Einen Fall von **totalem Schwund des zurückgelassenen Kropfrestes nach partieller Strumaexstirpation** veröffentlicht Dr. Löwenstein (Trier). Bemerkenswerth ist die rasche Resorption des Kropfrestes; sie ging innerhalb von 5 Wochen von Statten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 28.)

**Syphilis.** Neumann demonstirt eine 27jährige Kranke mit **Gumma der Vaginalportion und der Urethralmündung nebst Gummata cutanea.** Am Orificium urethrae ein circuläres Geschwür, welches zur grösseren Hälfte die seitliche Wand linkerseits, gleichwie die hintere Wand occupirt. Dasselbe zeigt einen blassbraunen Grund, etwas unterminirte und ausgezackte Ränder und secernirt gelblichen Eiter in grösserer Menge. Per vaginam tastet man die Urethra entlang einen etwa 1 cm weit verfolgbaren Strang von beträchtlicher Derbheit. Schleimhaut der Vagina blass, Epithel weisslich, verdickt, wie mit Carbolsäure bestrichen. Portio apfelgross, an der vorderen Lippe derselben ein ausgebreitetes Geschwür mit buchtigen, scharf umschriebenen Rändern, daneben gegen das Scheidengewölbe hin linsengrosse, etwas eingesunkene Narben; an der rückwärtigen Cervicallippe ein mehr diffus verbreitetes Geschwür. Consistenz der ganzen Vaginalportion ziemlich derb, Uteruskörper vergrössert, retrovertirt und fixirt, beide Adnexe geschwellt. An den Ober- und Unterschenkeln nahe dem Kniegelenk an der Streckseite zu Gruppen, Kreisen und Schlangenlinien angeordnete, wenig elevirte, stecknadelkopf- bis über linsengrosse, rostfarbige, mattglänzende Efflorescenzen, ähnlich an den Vorderarmen und mehr einzeln stehend an den Handtellern. Zu serpiginösen Linien angeordnete Efflorescenzen ferner auch im Nacken, an der hinteren Achsel- falte und ad nates; am Halse noch Leukodermaflecke. Dauer der S. etwas über 3 Jahre. — Gummöse Erkrankungen der Vaginalportion sind selten. Nach Neumann's Beobachtungen sitzt das Gumma meist in der Nähe des Ostiums, sowohl am vorderen, als hinteren Labium, bisweilen umfasst die Ulceration beide Labien. Die Geschwüre sind elliptisch, scharf begrenzt, seicht oder mehr weniger vertieft, gewöhnlich mit gelblichem, puriformem Belag versehen, nicht selten bilden sich nach Abstossung des Belages

schwammige Granulationen, die lebhaft bluten. Aus ihnen können sich schliesslich Carcinome entwickeln. Gummöse Affectionen ausschliesslich an der Portio sind sehr selten; meist daneben Gummien der Vagina und des äusseren Genitale. Diagnose nicht immer leicht, namentlich bei Personen, die schon öfters geboren haben. Wenn jedoch das Geschwür abseits vom Orificium externum gelegen oder wenn dasselbe einen serpiginösen Rand zeigt, wenn ferner gleichzeitig anderweitige tertiär-syphilitische Affectionen an Haut und Schleimhäuten sich nachweisen lassen, endlich aus dem Effect der Therapie lässt sich schon die Diagnose stellen.

(Wiener dermatol. Gesellschaft, 9. April 1896. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 20.)

— Einen seltenen Fall von starker Blutung in Folge syphilitischen Geschwürs der Portio erlebte Dr. Wolter (Gr.-Winnigstedt). Es handelt sich um eine vor vielen Jahren inficirte Frau, die sämtliche Kinder (9) todt zur Welt gebracht hat, aber selbst keinerlei Zeichen von S. darbietet, aber seit einiger Zeit an profusen Blutungen aus der Scheide litt. Autor fand im Scheideneingang blutigen Schleim; an Stelle der rechten Hälfte der Portio war eine wunde, leicht blutende Geschwürsfläche sichtbar, die sich in das Uteruscavum fortzusetzen schien, während die linke Hälfte der Portio ziemlich erhalten war. Autor kam, zumal die Ränder des Geschwürs weder knollig, noch gewulstet waren, übelriechender Ausfluss fehlte, der Uterus nicht vergrössert erschien, zu keiner sicheren Diagnose, dachte aber an Carcinom. Um die Blutung zu stillen, tamponirte er mit Jodoformgaze und verordnete Spülungen mit Salicyllösungen. Abends desselben Tages wurde er zur Pat. wieder wegen starker Blutung gerufen; die Kranke schwamm im Blut und war stark in Folge des Blutverlustes collabirt. Durch Tamponade, Excitantia u. s. w. wurde Hülfe geschaffen. Eine neuerliche genauere Anamnese brachte Autor erst auf den Gedanken, es könne sich um ein zerfallenes Gumma handeln. Er gab versuchsweise Jodkali, und bei dieser Medication verkleinerte sich das Geschwür zusehends und war nach 3 Wochen vernarbt.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 20.)

- Einen Fall von angeborener Lues der Schädelknochen beim Säugling stellt Cassel vor. Die Pat. war zuerst wegen manifester Erscheinungen von Lues congenita von Saalfeld mit Sublimatbädern (23 Bäder à 1 gr) behandelt worden, dann aber, nachdem jene Erscheinungen geschwunden waren, wegen Anämie dem Autor überwiesen worden. Bald darauf zeigten sich auffallende Erscheinungen an beiden Stirnhälften. Auf jedem Stirnbein fest anhaftend fanden sich 4—5 erbsengrosse Tumoren, über denen die Haut verschieblich war. Diese Tumoren wuchsen trotz der Jodbehandlung, die eingeleitet wurde, und zeigen jetzt folgendes Aussehen: Auf der rechten Stirn ist ein wallnussgrosser Tumor, der Pseudofluctuation darbietet. Die Haut über demselben ist verschieblich, am rechten Orbitalrand ein kleiner Tumor und 4—5 kleinere hinauf bis zur Haargrenze; auf der linken Stirn ebenfalls ein kirschgrosser Tumor und auch noch einige kleine bis zur Haargrenze herauf. Vor 4 Tagen fing das Kind an, die rechte obere Extremität bei Bewegungen zu schonen und es wurde der Arm auf Berührung sehr empfindlich; bei der Untersuchung fand sich ein taubeneigrosser, fluctuirender Tumor über dem rechten Olekranon, ferner war in der unteren Epiphysenlinie des Humerus deutlich Crepitation nachweisbar, sodass die Untersuchung auf eine Lösung der unteren Epiphyse innerhalb des Gelenks schliessen lassen musste. Zweifellos liegen hier syphilitische Knochenaffectionen vor, wie sie bei Lues congenita an den Röhrenknochen häufig vorkommen, an den Schädelknochen sehr selten. Die Prognose ist hier relativ günstig, weil das Kind an der Mutterbrust genährt wird. Da durch Jod Besserung nicht erzielt worden ist, wird jetzt eine energische Schmiercur vorgenommen werden.

(Berliner medic. Gesellschaft, 17. Juni 1896. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 27.)

- Injections [mit Sublimat hält Tacchetti für die beste Therapie der S., sofern man das Princip befolgt: hohe Dosen, längere Intervalle, was bei jungen und kräftigen Individuen durchaus zweckmässig ist. Eine Dosis von je 0,05 Sublimat, in die Fossa iliaca extern., ca. 4—5 cm von der Crista il. injicirt, ist absolut unschädlich, wenn man bis zur nächsten Injection

4—5 Tage wartet. Man hat in den beiden Fossae iliac. extern. eine genügend grosse Injectionsfläche und kann Rücken und Nates, wo die Injectionen weniger gut vertragen werden, ganz verschonen.

(Annali di Medicina Navale III, 1896. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 23.)

**Syringomyelie.** Prof. A. Eulenburg (Berlin) berichtet über einen Fall von S. nach peripherischer Verletzung (Betriebsunfall), nachdem er schon im vorigen Jahre über einen ganz ähnlichen Fall, S. nach peripherer Verletzung am Arm, Mittheilung gemacht hat. Auch diesmal handelt es sich um eine Handverletzung, die sich der jetzt 40jährige Mann vor 10 Jahren als durchaus gesunder und kräftiger Klempner zugezogen hatte. Am 1./III 1886 zog er sich eine Verbrennung auf der Volarseite des Interphalangealgelenks des rechten Daumens zu, die lebhaften Schmerz und Bildung einer Blase zur Folge hatte. Pat. unwickelte die Stelle mit einem Läppchen und arbeitete weiter, und zwar war er mit dem Drehen von Signalhörnern aus Zinkblech beschäftigt. Am 5. Tage nach dem 1. Unfall nun drang ihm ein abgesprungener, noch mit etwas roher Salzsäure befeuchteter Zinkspan unter das Läppchen gerade an die verbrannte Stelle. Im Laufe der nächsten Tage mehrmals Uebelkeit und vorübergehende Bewusstlosigkeit, ausserdem Entwicklung einer schweren, ausgedehnten, eitrigen Phlegmone, die zu mehrmaligen tiefen Incisionen nöthigte, wobei die Schmerzempfindung, da ohne Narkose operirt wurde, sehr gross, durchaus der Norm entsprechend gewesen sein soll. Ein Fremdkörper wurde nicht gefunden und kam bis heut auch nicht zum Vorschein, zeigte sich auch jetzt nicht bei einer Röntgen-Photographie, die übrigens insofern ein bemerkenswerthes Resultat ergab, als man aus ihr mit einiger Wahrscheinlichkeit auf krankhafte Ernährungsstörungen an den Finger- und Handknochen schliessen kann, weil diese für die Strahlen weit durchlässiger waren, als es sonst der Fall ist, sodass weniger scharfe Bilder die Folge waren. Nach Ablauf der Phlegmone, die  $\frac{1}{2}$  Jahr dauerte, stellte sich zunehmende Schwäche und Arbeitsunfähigkeit der rechten Hand ein, Pat. wurde aber, da längere Zeit

hindurch ein objectiver Befund fehlte, als Simulant angesehen, bis sich nach Jahr und Tag die progressive Muskelatrophie des rechten und weiter auch des linken Armes manifestirte, die, allmählig aufsteigend, auch die Musculatur des Schultergürtels (besonders rechts) in ihr Bereich zog. Die 2. Haupterscheinung der cervicalen S., die auf die Arme und oberen Rumpfparthieen beschränkte dissociirte Sensibilitätsstörung, trat erheblich später ein und wurde erst vor 1 Jahr ärztlich constatirt. Auch die Verengung der Pupille und Lidspalte auf der verletzten Seite und eine im Cervicodorsaltheil der Wirbelsäule deutlich entwickelte Skoliose mit flügelartigem Absteigen der rechten Scapula in Folge von Atrophie der unteren Cucullarisbündel und des Latissimus dorsi fehlen nicht. — Autor hält den Zusammenhang der S. mit jener peripherischen Verletzung für durchaus sicher. Bei der ziemlich seltenen S. kann dieses schon wiederholt beobachtete Zusammentreffen kaum ein zufälliges sein, ausserdem hat sich hier, wie in den früheren Fällen, die Muskelatrophie nach Ablauf der unmittelbaren Verletzungsfolgen auf der verletzten Seite zuerst und auf dieser am stärksten entwickelt und hat, von der verletzten Region beginnend, einen allmählig aufsteigenden Verlauf genommen, worauf sich die für die S. charakteristische Form der dissociirten Sensibilitätsstörung anschloss. Nun wurde behauptet, es handle sich hier einfach um chronische Zinkwirkung, indem der eingedrungene Zinkspan in den Gewebsflüssigkeiten allmählig gelöst und durch Resorption einer sich bildenden giftigen Verbindung zu einer Zinkvergiftung geführt habe. Dem widerspricht Autor durchaus, obwohl der Fremdkörper nicht aufzufinden war. Popoff hat freilich einen Fall chronischer Zinkvergiftung bei einem Broncegiesser mitgetheilt, wobei ausser den bekannten dyspeptischen Erscheinungen auch nervöse Störungen, namentlich Krämpfe und Muskelatrophie der Extremitäten beobachtet wurden, und Schlockow beschrieb bei Zinkhüttenarbeitern einen Symptomencomplex chronischer Zinkvergiftung, wobei Muskelzittern, lähmungsartige Schwäche, Störungen der Hautsensibilität und des Muskelgefühls an den Gliedmassen eine Hauptrolle spielen, indessen haben neue Untersuchungen gezeigt, dass Alles dies mit dem Zink selbst nichts zu thun



hat, vielmehr anderen, dem Zink als Verunreinigungen beigefügten Metallen, Cadmium, Arsenik, Blei zur Last fällt, ausserdem sind solche Zinkspäne, wie sie bei Autors Fall in Betracht kommen, so geringfügig, dass bei der relativen Innocuität dieses Metalls schon deshalb an eine chronische Vergiftung kaum zu denken ist. Autor hält vielmehr die Annahme einer ascendirenden Neuritis als Mittelglied zwischen der peripherischen Verletzung und Zellgewebsentzündung und der consecutiven Rückenmarkserkrankung für das Wahrscheinlichere.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 29.)

**Tabes dorsalis.** Die Therapie der T. bespricht Prof. Dr. W. Erb in eingehender Weise. Die beste Prophylaxe besteht in einer gründlichen specifischen Behandlung der Syphilis in ihren ersten Stadien. Dann haben sich luetische Personen mit hereditärer neuropathischer Belastung oder erworbener Nervosität zunächst vor allen groben und öfter wiederholten Erkältungsschädlichkeiten zu hüten, ferner vor körperlichen Strapazen und Ueberanstrengungen, sexuellen Excessen, Excessen im Alkohol- und Tabakgenuss, Uebermaass an geistigen Arbeiten, Gemüthsbewegungen und Aufregungen. Auch der Gebrauch heisser Bäder und Dampfbäder während der Syphilisbehandlung muss als schädlich angesehen werden. Bei nervös Belasteten, die Syphilis acquirirt haben, hat man Alles zu thun, um der nervösen Schwäche entgegenzuwirken: durch vernünftige Lebensweise, alljährliches Ausspannen aus dem Berufe, eine Wassercur, Gebirgsaufenthalt, Gebrauch von Tonicis oder auch von Bromsalzen bei besonders erethischen Naturen. Bei Tabischen, die früher syphilitisch gewesen sind, ist eine antisyphilitische Therapie indicirt; in sehr vielen Fällen sieht man Besserungen und Stillstand des Leidens eintreten und in einzelnen Fällen stellt sich wenigstens subjectiv die Leistungsfähigkeit und Lebensfreudigkeit so weit wieder her, dass dies ein sehr erheblicher Erfolg genannt werden muss. Einen Nachtheil bringt die antiluetische Cur keineswegs! Speciell angezeigt ist dieselbe bei allen ganz frischen Fällen von T., bei welchen die Lues noch nicht gar zu weit zurückliegt, dann allen Fällen mit floriden Symptomen der Lues und

endlich denjenigen, wo früher eine ganz ungenügende Behandlung der Lues stattgefunden hat; contraindicirt ist sie in allen veralteten und vorgeschrittenen Fällen, bei sehr herabgekommenen, kachektischen und dyspeptischen Kranken, bei solchen, deren frühere Infection sehr weit zurückliegt oder die schon wiederholte energische Curen ohne Erfolg gemacht haben, endlich bei Kranken, welche gegen Quecksilber und Jodkalium intolerant sind. Am besten Schmiercur mit 30—40, manchmal auch 50—60 Einreibungen, auf welche eine Pause mit allgemein tonisirender Behandlung folgt (Gebirgsluft, leichte Wassercur, besonders Halbbäder von 18—24° R., Eisen, Chinin, Elektrizität u. s. w.). Nicht selten verbindet E. mit der Quecksilbercur gleich eine Badecur, aber nicht über 26—27° R. hinausgehend (Aachen, Wiesbaden, Baden bei Wien, Baden-Baden, Baden im Aargau), ferner faradische und galvanische Behandlung, Gymnastik, Suspension u. s. w. Alle 2 Jahre, auch jedes Jahr wird die Schmiercur wiederholt; in den Zwischenräumen, vor und nach der tonisirenden Behandlung, wird besonders bei gleichzeitigen Meningeal- und Gefässerkrankungen Jodkalium (1,5—4,0 tägl.) in alkalischem Wasser oder Milch gereicht. Die übrige Behandlung der T. hat in einer allgemeinen Hebung der Ernährung, Anregung des Gesamtstoffwechsels und dadurch Aenderung des Chemicismus, sowie milder Anregung der Function und Erleichterung des Blutzuflusses in den erkrankten Nervenbahnen zu bestehen. Von Arzneien sind Argent. nitric., Arsen, Jodkali, Strychnin und Tonica des Versuches werth. Autor verordnet oft:

**Rp.**

*Ferr. lactic.* 3,0—5,0

*Extr. Chin. aquos.* 4,0—5,0

*Extr. nuc. vomic. spirit.* 0,4—0,8

*Extr. Gent. q. s. ut f. pill. No. 100.*

S. 3 Mal tägl. 1—2 Stück nach dem Essen.

Gut auch der Gebrauch kohlensäurereicher Thermalsoolbäder (Rehme, Nauheim) und kohlensäurereicher Stahlbäder (Schwalbach, Cudowa, Franzensbad, Tarasp-Schuls, St. Moritz etc.), sowie mässige Hydrotherapie. Zu warnen ist aber z. B. vor Wörishofen, wo die energische Wasserapplication vielen Tabikern ver-

hängnisvoll wird. Elektrotherapie lässt zwar oft im Stich, bringt aber in vielen Fällen Besserung und Erleichterung, auch Stillstand des Leidens; am besten Galvanisation längs der Wirbelsäule und am Halse, sowie periphere Behandlung der Beine und faradische Pinselung der Haut des Stammes und der Extremitäten. Zur jeweiligen Behandlung sind auch die ableitenden Mittel, besonders die Points de feu längs der Wirbelsäule heranzuziehen. Manchmal sieht man deutlichen, ja mitunter erstaunlichen Erfolg von der Massage und Gymnastik, in einzelnen Fällen zeigte auch die Suspension günstige Wirkung, dagegen will Autor weder von der blutigen, noch von der unblutigen Nervendehnung etwas wissen, ebenso wenig von den Stoffcorsets zur mechanischen Entlastung der Wirbelsäule.

(Volkman's Sammlung klin. Vorträge. N. F. No. 150.)

- Dass es traumatische T. giebt, ist bereits wissenschaftlich anerkannt. 1894 präcisirte Hitzig seinen Standpunkt dahin, dass die Möglichkeit des Zusammenhanges zwischen Trauma und T. wahrscheinlich ist und der Sachverständige sie bejahen muss, wenn es sich um starke Erschütterungen oder erhebliche Quetschungen handelt, wenn die Verletzungsstelle die stärksten Krankheitserscheinungen zeigt, und wo beim Fehlen der anderen Ursachen die klinischen Erscheinungen der T. sich an das Trauma eng anschliessen. Auch Dr. Hauck (Forst) hat 2 Fälle von traumatischer T. beobachtet bei Leuten, bei denen die anderen Ursachen für T. auszuschliessen waren. Der eine Pat., ein Mann in den Vierzigern, erlitt einen Bruch der linken Speiche. Einige Wochen später traten Schmerzen im linken Bein und Arm auf, sodann das Gefühl von Eingeschlafensein im linken Bein. Nach einigen Monaten Coordinationsstörungen, Beschwerden beim Uriniren, Fehlen der Patellarreflexe, reflectorische Pupillenstarre, Sensibilitätsstörungen, die linkerseits deutlicher waren. Der 2. Pat. fiel auf die linke Schulter. Nach Heilung der Schulterquetschung behielt er neuralgische Schmerzen im linken Arm zurück; nach 2 Monaten fand Autor Coordinationsstörungen und Fehlen der Patellarreflexe. In beiden Fällen Tod nach ca. 2 $\frac{1}{2}$  Jahr vom Trauma ab; beide wurden von den Berufsgenossenschaften als T. traumatica anerkannt. Bekanntlich sind bei T. die Knochen oft sehr brüchig und

brechen bei kleinen Anlässen. Bei Beinbrüchen ist es stets nothwendig, auf T. zu untersuchen, wenn man als Sachverständiger den Fall beurtheilen soll. So z. B. können nach Heilung eines Beinbruches lancinirende Schmerzen zurückbleiben, die der Pat. natürlich als Folgen des Beinbruchs darstellt, während die Untersuchung lehrt, dass es sich um T. handelt. Autor beobachtete übrigens oft, dass Knochenbrüche bei T. wenig schmerzen. Endlich berichtet Autor als Folgen der T., dass er die schwersten Fälle von Rhachitis in 2 Familien beobachtete, wo eines der Eltern an Tabes litt zur Zeit der Zeugung; in der einen Familie lernte das erste Kind erst im 5. Lebensjahre laufen, das zweite und dritte starb an Stimmritzenkrampf bei Rhachitis, das 4. lernte erst Ende des 2. Jahres laufen, als Luftwechsel und Soolbäder angewendet wurden.

(Der ärztl. Praktiker 1896 No. 15.)

**Tuberculose.** Dr. M. Hajek (Wien) hat das Jodol bei tuberculösen Kehlkopfgeschwüren als ausgezeichnetes Deck- und desinficirendes Mittel kennen gelernt, in welcher Eigenschaft es die Geschwüre vor Verunreinigung schützt und bereits verunreinigte reinigt. Schmutzige, mit einem grauweißen Schorf bedeckte Ulcera wandeln sich schon nach wenigen Tagen in eine von blasseröthlichen oder röthlichen Granulationen bedeckte Fläche um, bald blasst auch die Entzündung ringsum ab und die Schwellung nimmt ab. Die Jodolschicht haftet sehr fest, sodass man nur alle 3—4 Tage neues zu appliciren braucht; aber die Geschwüre müssen eben jedes Mal wirklich ordentlich mit Jodol bedeckt werden, wenn sie heilen sollen, d. h. die Einblasung muss immer solange wiederholt werden, bis die Geschwüre tadellos verdeckt sind.

(Therap. Wochenschrift 1896 No. 25.)

— Ueber klinische Erfahrungen mit Paramonochlorphenol bei Larynxphthise referirt Dr. Hedderich (Heidelberg, Klinik Jurasz). Das Paramonochlorphenol, d. i. Phenol, in welchem ein H durch Cl ersetzt ist, wurde im vorigen Jahre von Spengler (Petersburg) warm empfohlen. Die Nachprüfung ergab nicht die gleichen glänzenden Resultate, immerhin aber solche, dass Hedderich weitere Prüfungen für geboten hält. Es wurden 30 Pat. mit dem

Mittel behandelt. Von Heilung kann man nur bei 2 Pat. sprechen, und auch nur bedingungsweise, da sie sich in der letzten Zeit der Beobachtung entzogen. Alle Pat. aber gaben schon nach kurzer Zeit — gewöhnlich nach 2maliger Anwendung des Mittels — an, ihre Beschwerden seien gebessert; insbesondere verschwanden die Schluckschmerzen und der lästige Kitzel im Halse, die Athmung wurde freier; objectiv war zu constatiren, dass die Ulcera sich reinigten und allmähig heilten, Oedeme langsam zurückgingen, Infiltrate sich verkleinerten. 3 Mal musste die Behandlung ausgesetzt werden, da Erbrechen, Uebelkeiten, Unwohlsein nach jeder Application eintraten. Angewandt wurde für den Larynx eine 10%ige Glycerinlösung, mit umwickelter Sonde aufgetragen, für Nase und Pharynx 20%ige Lösung, die einen weissen Aetzschorf macht, wie Acid. carbolic. liquef. — Auch Lublinski (Berlin) hat das Mittel versucht, aber wieder aufgegeben, weil die Application zu schmerzhaft und angreifend, oft Brechen erregend war; die Vortheile sind aber nicht dementsprechend; die Wirkung ist etwa gleich der von Kreosot oder 4%iger Chlorzinklösung: leichte Ulcerationen heilen, schwere nicht. — Seifert (Würzburg) ist ähnlicher Ansicht. Für den Kehlkopf ist das Mittel wenig geeignet, wahrscheinlich weil man es nicht in genügender Concentration anwenden kann. Bei T. der Nase aber kann man durch sehr häufiges Einreiben einer 20%igen Lösung die Infiltrate wie mit dem scharfen Löffel beseitigen, sodass das Mittel hier, namentlich für instrumentenscheue Individuen, recht empfehlenswerth erscheint.

(III. Versammlung süddeutscher Laryngologen, Heidelberg, 25. Mai 1896. — Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 32.)

- Die Behandlung der T. mit Zimmetsäure hat Prof. A. Landerer (Stuttgart) nunmehr seit 5 Jahren erprobt und empfiehlt dieselbe aufs Neue warm. Er verfügt über 197 Fälle chirurgischer T., von denen 153 Knochen- und Gelenktuberculosen waren, und zwar des Hüftgelenks 32 (geheilt 25), des Kniegelenks 38 (geheilt 33), der Fussgelenke 25 (geheilt 22), des Schultergelenks 4 (geheilt 4), des Ellbogengelenks 15 (geheilt 12), des Handgelenks 11 (geheilt 10), der Finger 11 (geheilt 10),

Rippen, Schädel etc. 11 (geheilt 10). Von 6 mittelschweren Spondylitiden 4 gebessert, 2 geheilt. Von 44 Weichtheilstuberculosen (36 Drüsentuberculosen) alle geheilt. Zur Injection verwendet Autor 1—5%ige Lösung von zimmetsaurem Natron, die vor jedem Gebrauch im Wasserbade 3—5 Minuten sterilisirt wird. Durchschnittlich wird jeden 2. Tag injicirt, abwechselnd local und glutäal, resp. intravenös (bei Erwachsenen), und zwar wird begonnen mit 0,001 (= 1 Theilstrich einer 1%igen Lösung) und allmähig gestiegen bis 0,025—0,05. Temperatursteigerung bedeutet, dass die Dosis zu hoch war. In tuberculöse Abscesse wird 1%iges Zimmetsäureglycerin injicirt, alle 8—14 Tage 2—3 gr. Durch diese Behandlung glaubt Autor sämtliche uncomplirten chirurgischen Tuberculosen zur Heilung bringen zu können, mit Ausnahme der Spondylitis, bei der die frühere Behandlung fast dieselben Resultate ergab.

(Correspondenzblatt des württemb. ärztlichen Landesvereins 1896 No. 11.)

- Die **Ichthyoltherapie bei Lungentuberculose** hat Dr. M. Cohn (Hamburg) vor 2 Jahren warm empfohlen. Jetzt veröffentlicht er eine Anzahl Krankengeschichten, welche in der That zeigen, wie jene Behandlung günstig einzuwirken im Stande ist. Autor giebt Ichthyoltropfen (mit Aq. dest.  $\overline{aa}$ ) in langsam steigender Dosis (von 2 Tropfen 3 Mal tägl. bis 50 Tropfen) in einer grösseren Quantität ( $\frac{1}{2}$  Weinglas bis 1 Wasserglas je nach der Dosis) Wasser und lässt etwas schwarzen Kaffee oder Citronenlimonade nachtrinken. Weniger wirksam sind die Ichthyolpillen à 0,1 (3 Mal tägl. 1—10 Pillen). Auch Scarpa hat bekanntlich die Ichthyoltherapie bei T. bestens bewährt gefunden.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 28.)

- Ein neues Kreosotpräparat **Kreosotum valerianicum** wurde von Dr. E. Grawitz in der II. medic. Klinik in Berlin mit Erfolg versucht. Das Mittel, von der Fabrik (Berliner Capsules-Fabrik, Apotheker Lehmann) in Gelatine-Kapseln à 0,2 unter dem Namen „Eosot“ hergestellt (die analoge Verbindung: Guajacol. valerianic. ebenso als „Geosot“), zeichnet sich durch Billigkeit aus, wird, da geruch- und geschmacklos, ohne Widerwillen genommen und fast stets gut vertragen. Autor gab zuerst 3 Mal täglich 1 Kapsel mit reichlich Milch, später

auf 6—9 Stück steigend, also bis fast 2 gr Kreosot pro die. Irgend welche schädliche Nebenwirkungen stellten sich nie ein.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 7.)

**Ulcus ventriculi.** Dr. Fr. Crämer macht Mittheilung über die **Behandlung des U. mit grossen Bismuthdosen**, wie sie bekanntlich vor 3 Jahren Fleiner so warm empfohlen hat. Des Letzteren Methode bestand darin, den Magen des Pat. Morgens nüchtern auszuspülen, dann, sowie das letzte Spülwasser klar abgeflossen, Bismuth. subnitric., 10—20 gr in einem Glase mit 200 ccm lauwarmen Wassers gut gerührt sofort in den Trichter nachzugiessen, mit 50 ccm Wasser nachzuspülen und jetzt den Kranken so zu lagern, dass das Wismuth sich gerade an der Stelle, wo das U. sitzt, am besten absetzen kann. Letzteres ist bereits nach 5—6 Minuten geschehen, sodass man da das Suspensionswasser wieder klar ablaufen lassen und dann die Sonde entfernen kann;  $\frac{1}{2}$  Stunde verharren die Pat. in der vorgeschriebenen Stellung und erhalten dann ihr Frühstück. Crämer hat die Methode, die sich in der Privatpraxis nicht oft so durchführen lässt, modificirt. Er giebt Bismuth intern, und zwar Morgens nüchtern im Bett 1 Kaffeelöffel (8—10 gr) und lagert darauf den Kranken entsprechend. Von 12 Fällen erzielte er so bei 10 sehr zufriedenstellenden Erfolg (die beiden übrigen Fälle waren mit Stenose des Pylorus complicirt). Bei den einzelnen Fällen wurden etwa 100—200 gr des Mittels gereicht, ohne dass je Vergiftungssymptome oder Unzuträglichkeiten beobachtet wurden, ausser der oft lästigen Obstipation. Gegen letztere wendet Autor hohe Oel-eingiessungen an; Abends lässt er 1— $1\frac{1}{2}$  Quart reinsten Olivenöls mit einer Schlundsonde von 50 cm Länge einlaufen, und wenn zum nächsten Morgen keine Wirkung da ist, giebt er einen Wassereinlauf nach; von Abführmitteln verordnet er nur Rheum und Karlsbader Salz. Von einer Sondeneinführung in den Magen sieht Autor bei uncomplicirten Fällen ab, bei Stenose ist es dagegen zweckmässig, vor der Bismuthdarreichung eine Ausspülung vorzunehmen, um alle stagnirenden Massen ordentlich fortzuschaffen. Uebrigens sei es sehr schwer, von Heilung eines U. zu sprechen, da überhaupt oft die Diagnose eines U. un-gemein schwierig ist. Autor verfügt über 2 Fälle von Perforation, wo in vivo die richtige Diagnose kaum



zu stellen war. In dem einen Falle waren 3 Jahre lang Magenbeschwerden da, die vom Autor und 8 Collegen für nervös gehalten wurden; Erbrechen fehlte, ebenso Magenschmerzen und Druckempfindlichkeit daselbst; bei der Section fand sich ein ausgedehntes altes U. Im anderen Falle bestand auch kein Erbrechen, keine Blutung, nur Unbehagen, riesige Hypersecretion und Hyperacidität (6,6<sup>0</sup>/<sub>100</sub>) und hie und da blitzartige Magenschmerzen. Auch eine Heilung kann also irrthümlich diagnosticirt werden, indem durch die Wismuthcur nur der vorhandene Reizzustand beseitigt ist, nicht aber das Geschwür selbst. Also auch nach der Cur bezüglich Diät und sonstigem Verhalten weiter strenge Vorschriften geben und bei der Frage der Prognose sich grosser Vorsicht befleissigen!

(Aerztl. Verein zu München, 4. März 1896. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 25.)



## Vermischtes.

---

— Zur Behandlung amenorrhöischer und klimakterischer Frauen mit Ovarialsubstanz ergreift Dr. F. Mainzer noch einmal das Wort, nachdem er jüngst bereits über einen Fall berichtet (siehe Excerpta V, S. 474), wo Darreichung von Ovarialsubstanz eine eclatante Wirkung auf die Ausfallserscheinungen nach Castration hatte. Inzwischen haben auch Mond (Kieler Univers.-Frauenklinik) und Prof. Chrobak (Wien) günstige Erfahrungen darüber publicirt, und nun theilt Mainzer die Resultate weiterer Versuche mit, die er mit Ovarialsubstanz (Oophorin-tabletten à 0,5 Trockensubstanz des Eierstocks, hergestellt von Dr. Freund, Berlin N., Concordiaapotheke, Kastanienallee 70) bei einigen Fällen von Beschwerden bei künstlicher und natürlicher Klimax, sowie bei Amenorrhö, erzielt hat. Dieselben berechtigen ihn zu folgenden Schlüssen:

1. Die Störungen im vasomotorischen Apparat, welche nach künstlich herbeigeführter Klimax in Folge von Exstirpation der Eierstöcke, der Gebärmutter oder der gesamten inneren Genitalien in einer Reihe von Fällen auftreten und welche den Patientinnen die Arbeitsfähigkeit und die Freude am Leben auf lange Zeit verkümmern, können durch Darreichung von Eierstockssubstanz vollkommen beseitigt oder sehr günstig beeinflusst werden. Schädliche Wirkungen des Mittels sind, ein sorgfältig zubereitetes Präparat vorausgesetzt, nicht zu fürchten.
2. Die Beschwerden einer grossen Anzahl klimakterischer Frauen, welche sich meist aus vasomotorischen Störungen und hysterischen Symptomen zusammensetzen, werden in gleicher Weise durch

innere Darreichung von Eierstockssubstanz beseitigt oder gemildert, und zwar werden in erster Reihe die reellen vasomotorischen Störungen gemildert, während es sich bei Beseitigung der allgemeinen hysterischen Erscheinungen wohl um eine secundäre Wirkung, beruhend auf der Besserung des allgemeinen Befindens, handeln mag.

3. Bei primär oder secundär amenorrhöischen Frauen leistet das Mittel symptomatisch sehr gute Dienste; weitere Versuche müssen ergeben, ob sich in mehr Fällen ein Eintritt oder Wiedereintritt der Periode durch dasselbe erzielen lässt.
4. Bei allgemein nervösen und hysterischen Beschwerden leistet das Präparat nichts, zum mindesten nicht mehr, als jedes andere in suggestiver Absicht verordnete Medicament; event. könnte sogar in dieser Hinsicht bei der Entscheidung Hysterie oder klimakterische Beschwerden das Resultat einer Ovarialtherapie differential-diagnostisch verwendet werden.
5. Der Erfolg der Medication scheint nach dem Aussetzen des Mittels nur beschränkte Zeit vorzuhalten, sodass es gerathen erscheint, nach Eintritt einer Wirkung längere Zeit kleine Dosen weiter zu geben oder von Zeit zu Zeit eine kürzer dauernde Cur mit grösseren Dosen einzuleiten.

Sehr merkwürdig sind 2 Fälle, wo nach Verabreichung des Mittels Blutungen aus dem Genitalapparat erfolgten: Die eine Pat. war eine Frau, der durch Morcellement der myomatöse Uterus per vaginam vor 1 $\frac{1}{2}$  Jahren entfernt worden war, und die seitdem nie geblutet hatte, die zweite war eine 31jährige Frau, die noch niemals menstruiert war und jetzt zum 1. Male die Menses bekam. — Was die Dosirung anbelangt, rath Autor, in den ersten 3 Tagen 3 Mal tägl. 2 Pastillen, dann einige Tage lang 3 Mal tägl. 3 Stück zu geben und bei Nachlass der Erscheinungen allmählig auf 1—2 Pastillen täglich herabzugehen. Bei den geeigneten Fällen scheint in etwa 14 Tagen bis 3 Wochen das Maximum der Wirkung erreicht zu sein.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 25.)

— Eine Citrone als Pessarium demonstrirt Bérard. Seit 22 Jahren hatte die 68jährige Frau gegen ihren Prolap-

sus uteri mit Cystocele und Rectocele diese Citrone sich in die Scheide eingeführt. Die Citrone zeigte keine Veränderung, keinen üblen Geruch und keine Spur von Fäulniss. Sie befand sich 6 Wochen in der Vagina, als Pat. ihre Entfernung verlangte. Bisher hatte sie das „Pessarium“ jeden Monat selbst herausgenommen und sehr leicht wieder eingeführt, stets that die Citrone ihre Schuldigkeit.

(Société des sciences méd. de Lyon, März 1896. —  
Therap. Monatshefte 1896 No. 7.)

- Dass die örtliche Wirkung des unverdünnten Lysols eine sehr intensive ist, zeigt wieder folgender von Dr. E. Trabandt (Schönbaum) mitgetheilte Fall: Autor hatte sich auf einer Landtour eine Flasche mit 50 gr reinen Lysols in eine Hosentasche gesteckt. Bei der Fahrt fährt der Kork der Flasche heraus, Autor fühlt sofort eine Durchfeuchtung durch den Stoff der Tasche, das leichte Unterbeinkleid und das Leinenhemd hindurch und entfernt die Flasche. Bei der Rückkehr bemerkt er an der linken Inguinalgegend und der Innenfläche des Oberschenkels eine 2handteller-grosse, bräunlichrothe Verfärbung, die Stelle brennt etwas. Pat. schwitzt in den nächsten 2 Tagen viel, hat immer stärkere Schmerzen und bemerkt dann eine grosse Wundfläche, die reichlich Serum absondert. In den nächsten Tagen stösst sich die Haut noch weiter in Fetzen ab, secernirt reichlich, schmerzt furchtbar. Therapie: In der 1. Woche Myrrhencrêmeverband, dann reines Dermatol. Sehr langsame Heilung in 4—5 Wochen. Noch jetzt, nach 1 Jahr, bräunliche Verfärbung der Stelle!

(Therap. Monatshefte 1896 No. 7.)

- Dr. J. Schnitzler und Dr. K. Ewald (Wien, I. chirurgische Klinik) ist es gelungen, **Thyreojodin in der menschlichen Hypophyse** nachzuweisen. Damit ist ein weiterer Schritt in der Erkenntniss der vicariirenden Eigenschaften dieser Drüse für die Schilddrüse gemacht.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 29.)

- Ueber die **Einrichtung von Sandbädern** wird geschrieben: Möglichst gleichmässiger, feinkörniger und staubfreier Sand (am besten Fluss- oder Seesand) wird auf eisernen Platten, die über Feuer liegen, bis auf 60° C. erwärmt und darauf

in einen hölzernen Kasten in 10—15 cm hoher Schicht eingefüllt; dieser Kasten dient als Lager für den Pat., ist etwa 80 cm breit, 2 m lang und 25 cm tief. Nachdem der Pat. auf diesen Sand aufgelegt ist, wird er schleunigst in denselben eingehüllt, doch so, dass Alles bis auf die Brust schwach, Hals und Kopf gar nicht bedeckt wird. Der Sand verliert durch die Umfüllung Wärme, sodass der Pat. normal in 47—50° C. erwärmtem Sand liegt, und wird der Pat., um weitere Wärmeabstrahlung möglichst zu vermeiden, mit einer dicken, wollenen Decke zugedeckt. Dieser Holzkasten, das Sandbett, hat 4 Räder und ist so eingerichtet, dass der Pat. ohne Umstände ins Freie gefahren werden kann. Die Zeitdauer des Bades beträgt 30—60 Minuten. Die Methode bildet thatsächlich einen wesentlichen Unterschied von den sonst üblichen Dampf- und heissen Luftbädern, da hier auf Einathmung frischer Luft grosser Werth gelegt wird, während der Pat. sonst die heisse, feuchte Luft des Zimmers einzuathmen hat. (Zeitschrift für Krankenpflege, 1896 No. 7.)

- Der **Celluloid-Mullverband**, eine neue Verbandart, wurde, wie Prof. Landerer und Dr. E. Kirsch mittheilen, im Stuttgarter medicomechanischen Institut mit gutem Erfolge angewandt. Der Gypsverband ist schwer und nicht genug beständig gegenüber den Secreten des Körpers, die Ersatzmittel zwar leichter und beständiger, aber langsamer im Erhärten. Von diesen Nachtheilen frei ist der Celluloidmullverband, der aus Mullbinden, gestärkt mit einer Auflösung von Celluloid in Aceton besteht und folgendermassen ausgeführt wird: „Man schneidet mit starker Scheere die Celluloidplatten in kleine Schnitzel oder verwendet den Abfall von den zu anderen orthopädischen Zwecken benützten Celluloidplatten. Diese Stückchen werden in Aceton gelöst, indem man eine grosse weithalsige Flasche bis zu etwa einem Viertel der Höhe mit Celluloidschnitzeln füllt und das übrige mit der Flüssigkeit auffüllt. Die Flasche muss einen guten, luftdichten Verschluss haben, da sonst zu viel verdunstet. Von Zeit zu Zeit wird geöffnet und mit einem Stäbchen umgerührt. Nun wird auf ein Gypsmodell zunächst ein nicht zu dickes Stück Filz oder Flanell aufgespannt. Man kann diese Unterlage im Interesse der Leichtigkeit auch weglassen, wenn der Apparat, wie z. B. ein Corset, auf dem Hemd getragen

werden soll; die völlig glatte Innenfläche macht ihn dazu gut geeignet. In diesem Falle wird auf das Gypsmodell eine Mullbinde straff aufgewickelt, sodass sich die Touren ungefähr zur Hälfte decken. Auf diese Mullschicht wird nun die inzwischen fertiggestellte Celluloidgelatine eingerieben. Da sie an den Fingern sehr fest klebt und nur mit Aceton abzuwaschen ist, wird die Hand am besten mit einem Lederhandschuh geschützt. Dieselben Schichten (Mullbinde und Celluloidlösung) wechseln weiterhin so lange ab, bis der Verband die nöthige Stärke erreicht hat. Dies ist bei kleineren Kapseln nach 4—6 Lagen der Fall, während ein Stützcorset für einen Erwachsenen nicht unter 10 Lagen herzustellen ist. Trotzdem bleibt die Wandstärke eines solchen Corsets sehr gering, wenn man die Mullbinden straff anzieht und fest andrückt. Sieht man nach Abnahme der Kapsel vom Gypsaufguss, dass dieselbe nicht stark genug ist, so wird dieselbe wieder aufgelegt und man fügt noch einige Schichten hinzu, welche auch auf dem mehrere Tage alten Verband fest ankleben. Die äusserste Schicht darf nicht die Mullbinde bilden, sondern reichlich aufgestrichene und stark verriebene Celluloidgelatine, wodurch die Aussenseite einen schönen Glanz und eine besondere Härte erhält.“ Der Verband ist billig (Preis des Materials für ein Corset des Erwachsenen z. B. M. 5.—), leicht und undurchlässig. Seine Härte ist die grösste von allen Verbandarten. Die Schnelligkeit der Erhärtung steht zwar hinter dem Gypsverband zurück, übertrifft aber die übrigen fixirenden Verbände beträchtlich. Er ist vollkommen erhärtet nach 3—4 Stunden. Versuchsweise am Körper angelegt, zeigte er sich nach 1½ Stunden schon fest genug zur Fixation. Immerhin ist diese Zeit lang genug, um die Anwendung der Verbandart vorläufig auf das Anlegen über Modellen und zur Verstärkung des Gypsverbandes (Gehverbände) zu beschränken. Verwandt wurden von den Autoren die Kapseln: 1. bei 6 Fällen von Handgelenkstuberculose; 2. bei 1 Fall von Spondylitis und 4 Fällen von Skoliose als Corset; 3. bei der Nachbehandlung nach einer unblutigen Einrenkung einer angeborenen Hüftverrenkung nach Lorenz, wo nach 8 Wochen der Gypsverband durch einen abnehmbaren Celluloid-Mullverband ersetzt wurde.

(Centralblatt für Chirurgie 1896 No. 29.)

## Bücherschau.

---

**Mittheilungen aus Kliniken und medic. Instituten der Schweiz.** Annales suisses des Sciences médicales. Basel u. Leipzig 1896. Verlag von Carl Sallmann.

IV. Reihe. Heft 1. Dr. H. Frey: Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Muskelermüdung. 47 S. Mit einer Abbildung und 55 Curven in Holzschnitt. Preis: M. 2.40 = Fr. 3.—.

In der Sahli'schen Klinik mit dem Mosso'schen Ergographen angestellte experimentelle Studien sind es, die uns der Verfasser in seinem inhaltreichen und interessanten Werkchen darbietet. Die Studien haben auch die Frage der Alkoholwirkung um einen Schritt gefördert, und da es sich um ein actuelles und sehr wichtiges Thema handelt, wollen wir nicht verfehlen, die Sätze in toto anzugeben, in die der Autor die erhaltenen Resultate zusammenfasst:

1. Der Genuss mässiger Quantitäten alkoholischer Getränke hat einen nachweisbaren Einfluss auf die Arbeitsleistung der Muskeln und zwar ist die Wirkung auf den nicht ermüdeten und den ermüdeten Muskel wesentlich verschieden.
2. Bei dem nicht ermüdeten Muskel verursacht der Alkohol eine Veränderung der maximalen Einzelleistungen in Folge einer Herabsetzung der peripheren Erregbarkeit des Nervensystems.
3. Beim ermüdeten Muskel steigert der mässige Alkoholgenuss die Arbeitsleistung bedeutend, indem durch den Alkoholgenuss dem Muskel neue Spannkraften zugeführt werden. Der Alkohol hat also auch ernährende Eigenschaften.
4. Die grössere Einzelleistung nach Alkoholgenuss erreicht aber niemals diejenige des nicht ermüdeten Muskels, weil auch hier die Herabsetzung der peripheren Erregbarkeit des Nervensystems zur Geltung kommt.
5. Die ausgesprochenste Wirkung tritt schon 1—2 Minuten nach Genuss des Alkohols auf und hält längere Zeit an.



6. In allen Fällen hat der Alkohol eine Herabsetzung des Ermüdungsgefühls zur Folge; die Arbeit erscheint daher bedeutend leichter.
7. Bei mässigen Alkoholdosen konnten keine ungünstigen Nachwirkungen constatirt werden, welche etwa den durch den Alkohol für den ermüdeten Muskel erzielten Gewinn wieder aufgehoben hätten; bei grösseren Dosen nehmen die Lähmungserscheinungen proportional zu und treten in den Vordergrund.

**Die Infectionskrankheiten.** Von Dr. H. Berger. Braunschweig 1896, Verlag von Vieweg & Sohn. 304 S.

„Sollte es mir aber auch nur gelungen sein, die hygienischen Anforderungen, welche Vorbedingung zur Bekämpfung der Infectionskrankheiten sind, zusammenhängend dargethan und die vorhandene Materie kurz zusammengestellt zu haben, so wäre ich für diese Anerkennung sehr dankbar.“ So sagt der Autor in seiner Vorrede. Nun, wir können ihm unbedingt diese Anerkennung zollen und zwar in vollem Maasse. Alles, was für die „Abwehr und Unterdrückung“ der Infectionskrankheiten ins Feld geführt werden kann, Alles, was zur Klarlegung und Erläuterung der diesbezüglichen Verhältnisse irgendwie dienen kann, hat der Verfasser, sich auf eigene Erfahrungen und eine reiche Litteratur stützend, gewissenhaft zusammengetragen und in übersichtlicher, klarer und präziser Darstellung zum Ausdruck gebracht, sodass sein Buch dem Praktiker sicherlich beim Studium und Nachschlagen die besten Dienste leisten wird. Das Werk zerfällt in 2 Theile, einen allgemeinen, in dem die bei der Abwehr und Unterdrückung der Infectionskrankheiten in Betracht kommenden Maassnahmen ausführlich besprochen werden, und einen speciellen, in dem die Prophylaxe der einzelnen Infectionskrankheiten eingehend abgehandelt wird. Das Buch sei den Collegen warm empfohlen!

**Handbuch der Massage und Heilgymnastik.** Von Dr. A. Bum. Wien u. Leipzig 1896, Verlag von Urban & Schwarzenberg. 443 S. Preis: M. 10.—

Schon in dem im Jahre 1893 von Bum herausgegebenen „Therap. Lexikon“ fiel ein vom Herausgeber selbst bearbeiteter Artikel „Mechanotherapie“ sehr angenehm auf, da sich dieser Aufsatz durch eine Fülle von ausgezeichneten Abbildungen auszeichnete, welche von einem prägnanten, alles für den Praktiker irgendwie Bemerkenswerthe enthaltenden Text begleitet waren. Das vorliegende

Werk nun hat, wie schon aus der Seitenzahl hervorgeht, einen viel weiteren Inhalt, da er auf alle Details, soweit sie den prakt. Arzt interessiren, ganz genau eingeht; die Vorzüge jenes Artikels spiegeln sich aber auch desto mehr in ihm wieder. Der Autor gebietet, da er die Massage seit vielen Jahren specialistisch betreibt, über eine grosse Erfahrung in diesem von den Aerzten noch viel zu wenig gewürdigten Gebiete; sein Werk, in dem er sich über Technik, Wirkungsart und Anwendung der Massage auslässt, gewinnt daher sehr an Bedeutung gerade für den prakt. Arzt, dem auch das Buch speciell gewidmet ist. Bum hält sich lobenswerther Weise von Uebertreibungen gänzlich fern, er documentirt sich als überzeugungstreuen Anhänger der Mechanotherapie, keineswegs aber als blinden Enthusiasten, — wieder ein Vorzug! Im allgemeinen Theil des Werkes werden die Technik, die physiologische Wirkung und die Indicationen resp. Gegenindicationen der Mechanotherapie abgehandelt, im zweiten Abschnitt die Anwendung derselben bei den einzelnen Krankheitsformen. Letztere bespricht nur theilweise der Herausgeber selbst, einzelne Capitel wurden von berufenen Kräften specieller bearbeitet, so die Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten von Laker, die Augenkrankheiten von Klein, die Ohrenkrankheiten von Eitelberg. Im Speciellen also wie im Allgemeinen kann man sich in dem Werke vortrefflich orientiren und für die praktische Thätigkeit aus dem Studium erheblichen Nutzen ziehen. 172 Abbildungen, die das Prädicat „sehr gut“ verdienen, zieren das auch sonst sehr gut ausgestattete Buch.

### **Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde.**

Herausgegeben von Prof. Dr. Eulenburg. Wien u. Leipzig 1896, Verlag von Urban & Schwarzenberg. 3. Auflage. Bd. X. Preis: M. 15.—, gebd. M. 17.50.

Auch dieser neueste Band des gewaltigen Werkes zeigt die Vorzüge desselben in hellstem Lichte. Wir haben dieselben nun bereits so oft hervorgehoben, dass wir uns heute damit begnügen können, einige besonders hervorragende Arbeiten aus diesem Bande zu nennen: Als solche müssen wir neben zahlreichen anderen nennen: „Hasenscharte“ von Jul. Wolff, „Haut“ von Klemensiewicz, „Heereskrankheiten“ von Villaret, „Heilung“ von Samuel, „Helminthen“ von Peiper, „Hernie“ von Englisch, „Herpes“ von Kaposi, „Herzklappenfehler“ von C. v. Noorden, „Hoden“ von Englisch, „Hüftgelenk“ von Gurlt. Der X. Band schliesst mit dem Artikel „Hundseck“ ab.

**Encyclopädie der Therapie.** Herausgegeben von Prof. O. Liebreich. Berlin 1896, Verlag von A. Hirschwald. I. Bd., 3. Abtheilung.

Auch dieses monumentale litterarische Unternehmen schreitet rüstig vorwärts. Die uns heute vorliegende 3. Abtheilung des I. Bandes schliesst mit dem Stichwort „Diamine“. Die Seitenzahl schliesst mit 960 ab, woraus schon zu ersehen ist, wie eingehend Alles behandelt wird. Dies „eingehend“ bezieht sich nicht nur auf die einzelnen Artikel selbst, welche allerdings alles die Frage Betreffende lückenlos, aber doch so präcis wie möglich dem Leser vor Augen führen, sondern es betrifft vor Allem die Auswahl der Artikel. Der Herausgeber hat nicht nur Aufsätzen rein therapeutischen Inhalts Raum gewährt, sondern allen Hülfswissenschaften, soweit sie von Wichtigkeit für unser therapeutisches Wissen und Können sind, volle Berücksichtigung angedeihen lassen. Dadurch ist freilich der Umfang des Werkes, wie es scheint, sehr angewachsen, aber bei einem solchen Nachschlagewerke, wie es diese Encyclopädie ist, darf darauf kein Gewicht gelegt, vielmehr Alles muss auf unbedingte Genauigkeit berechnet werden. Und diese lässt sich in der That hier nirgends vermissen. Ein Kreis auserlesener Mitarbeiter, die der Herausgeber um sich zu schaaren wusste, bürgt ferner von vornherein auch für die Qualität des Gebotenen, und so kann der Herausgeber stolz sein auf das, was er geschaffen. Wir sehen der Fortsetzung des Werkes mit grossem Interesse entgegen.

**Die neue preussische Medicinaltaxe, historisch entwickelt.** Von Dr. H. Joachim. Berlin 1896, Verlag von Oscar Coblentz. 135 S. Preis: M. 2.50.

**Die neue preussische Gebührenordnung.** Von Dr. J. Bornträger. Leipzig 1896, Verlag von H. Hartung & Sohn. Preis: M. 1.—.

Die neue Medicinaltaxe, welche am 1. Januar 1897 für uns in Kraft tritt, hat eine Litteratur gezeitigt, welche besonders das Ziel verfolgt, die Principien der neuen Gebührenordnung, die man verstehen muss, um letztere zu beherrschen, klarzulegen und nähere Erläuterungen zu den einzelnen Punkten zu geben. Ein solches, durchaus praktischen Gesichtspunkten gewidmetes Buch ist das Bornträger'sche, das, in handlichem Format erschienen, über alle diesbezüglichen Fragen rasch genaue Auskunft ertheilt. Es enthält aber nicht nur „die neue Gebührenordnung mit eingehenden Er-

läuterungen“, sondern auch noch 3 andere Capitel: „Allgemeines über Stellung und Bezahlung des Arztes und über Medicinaltaxen“, „Aerztliches Rechnungswesen“ und „Gebühren für amts- und gerichtsarztliche Thätigkeit (auch der nicht beamteten Aerzte)“. Etwas andere Wege wandelt Joachim, dessen Buch in 2. Auflage vorliegt. Ihm kam es mehr darauf an, die neue Medicinaltaxe in ihrer historischen Entwicklung zu beleuchten und Vergleiche zwischen ihr und früheren Taxen zu ziehen. Sein Werkchen ist also zugleich ein Beitrag zur Geschichte des ärztlichen Standes in Preussen und dürfte bei dem Interesse, das heute immer mehr der Geschichte der Medicin entgegengebracht wird, gewiss zahlreiche Freunde finden.

**Der praktische Arzt und sein Beruf.** Von Dr. Jacob Wolff. Stuttgart 1896, Verlag von F. Enke. 173 S. Preis: M. 4.—.

Dass solche Bücher, wie das vorliegende, überhaupt auf den Büchermarkt kommen müssen, ist betäubend. Jeder Arzt, der in die Praxis tritt, müsste soviel natürlichen Tact haben und ausserdem auf der Universität auch so viel in Betreff der nicht wissenschaftlichen Seite seines Berufes orientirt werden, dass er nicht nöthig haben dürfte, sich in Büchern darüber Rath zu holen, was er thun und lassen soll, wie er dies oder jenes anzufassen hat, welche Pflichten er zugleich mit dem Practiciren übernimmt, u. s. w. Da dies aber leider vielfach nicht der Fall ist, so ist ein Buch, wie das Wolff'sche, wohl berechtigt und sogar freudig zu begrüßen. Der Autor geht aufs Genaueste auf alle Punkte ein, so, um nur Einiges aus dem reichen Inhalt herauszugreifen, auf Umgang mit Patienten, Honorar, Atteste, Collegialität, Ort der Niederlassung, Instrumentarium und Inventar, Kassenpraxis, ja er vergisst nicht das kleinste Tüpfelchen, wie daraus hervorgeht, dass er sogar die — Frau des Arztes zum Gegenstand der Besprechung macht. Aus seinen Auslassungen leuchtet jederzeit wahre Humanität, Tactgefühl und mannigfache Erfahrung hervor, sodass, wenn er auch manchmal etwas über das Ziel hinausschiesst, er durchaus ernst genommen werden und sein Buch jungen Anfängern warm empfohlen werden muss.

*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.*

Verlag von **CARL SALLMANN** in Basel und Leipzig.

---

---

**Unentbehrlich für jeden Praktiker,  
der auf dem Gebiete der Fracturen auf der Höhe sein will:**

Beiträge zur Kenntniss  
einiger  
**praktisch wichtiger Fracturformen.**

Von  
**Prof. Dr. Theodor Kocher,**  
Director der chirurgischen Universitätsklinik in Bern.

---

Mit zahlreichen Abbildungen im Text und 36 Tafeln.

Preis brosch. M. 9.—, geb. M. 10.—.

---

Alle Buchhandlungen sind in der Lage, dieses neueste Werk  
des berühmten Autors auf Wunsch **zur Ansicht** vorzulegen.

---

---

In meinem Verlage erschien soeben und ist durch alle  
Buchhandlungen zu beziehen:

**Complicationen, Folgekrankheiten  
und Folgeerscheinungen**  
der  
**Influenza.**

Von  
**Dr. Bruno Schürmayer, Hannover.**

---

Preis M. 3.20 = Frs. 4.—.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**№. 2.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesammten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*November*

*VI. Jahrgang*

*1896*

---

**D**ie früher erschienenen fünf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Frs. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Anaesthesie, Narkose.** Dr. E. Berger hat mit dem neuen Anaestheticum **Eucain** (Schering'sche Fabrik in Berlin) Versuche angestellt, indem er das Eucain. hydrochloric. in der Augenheilkunde anwandte. 1 Tropfen einer 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>igen Lösung, in den Conjunctivalsack eingeträufelt, rief zunächst stärkeres Brennen als Cocain in der gleichen Dosis hervor, weshalb jetzt Autor zunächst 1 Tropfen einer 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>igen Lösung einträufelt, die keine Reizerscheinungen hervorruft und in 3 Minuten die Empfindlichkeit der Conjunctiva abstumpft, und darauf erst 1 Tropfen der 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>igen Lösung. Etwa 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Minuten nach der 2. Einträufelung tritt eine Anaesthesie der Cornea und Conjunctiva ein, die 10—18 Minuten dauert. Die anästhesirende Wirkung des Eucains ist etwa gleich der des Cocains. Eine Nebenerscheinung

bei Anwendung des Eucains ist eine Hyperämie der Conjunctiva, die länger währt, als die Anaesthese, jedoch spätestens 30 Minuten nach der Einträufelung verschwunden ist. Auch eine Thränenhypersecretion constatirte Autor. Vorzüge des Eucains vor dem Cocain bestehen in dem Fehlen der Mydriasis und jeder Accommodationsstörung, ferner hat es keine schädliche Wirkung auf die Cornea, die man bisweilen beim Cocain beobachtet. Statt der ischämischen Wirkung des Cocains ist eine gefässerweiternde Wirkung des Eucains zu constatiren. Am zweckmässigsten ist es daher, um diese beiden Wirkungen aufzuheben, Eucain und Cocain gleichzeitig anzuwenden, wie dies Autor thut:

**Rp.**

*Cocain. hydrochloric.*  
*Eucain. hydrochloric. aa 0,2*  
*Aq. dest. ad 10,0.*

Die Eucainlösungen sind haltbar und können sterilisirt werden.

(Revue de thérap. médico-chir. 1896 No. 12. —  
 Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 60.)

— Ueber **Eucain. hydrochloric. in der dermatologisch-urologischen Praxis** veröffentlicht Dr. Görl (Nürnberg) seine Erfahrungen. Die Frage ist schon deshalb wichtig, weil man hier oft sehr grosse Mengen Cocain verbraucht (bei cystoskopischen Untersuchungen häufig 1 Liter einer  $\frac{1}{2}\%$ igen Lösung, Preis: M. 10), bei dem theuren Preise des Cocains kein Vergnügen! Das 1. Mal benützte Autor das Eucain bei einem Pat. mit Blasentumor. Es wurde zwar eine zur Cystoskopie ausreichende, der Cocainwirkung gleiche Anaesthese erreicht, jedoch klagte Pat. über ziemliches Brennen in der Blase, das noch vorhanden war, als schon Anaesthese für das eingeführte Cystoskop eingetreten war. Nach dem Eingriff sehr starke Blutung, die, da bei dem Pat. Cocain die schon seit 1 Jahr bestehende geringe Blutung nicht steigerte, nur Folge einer hyperämisirenden Wirkung des Eucains sein konnte. Das 2. Mal verwendete Autor das Mittel behufs Blasenanaesthesirung bei einem Pat., der Tuberkelbacillen im Harn hatte und bei dem es darauf ankam, cystoskopisch zu prüfen, ob die Blase auch

afficirt war, oder nur die Niere. Auch hier völlige Anaesthetie, aber Brennen. Sehr günstig hier die lange Nachwirkung des Eucain; während sonst die cystoskopische Untersuchung je nach der Empfindlichkeit des Pat. mehr oder weniger starke Beschwerden bei den erstmaligen Harnentleerungen danach bewirkt, erfolgte hier  $\frac{1}{2}$  Stunde nach dem Eingriff Uriniren ohne Beschwerde. Beide Male wurde eine  $\frac{1}{2}\%$ ige Lösung benützt. Die gleiche Lösung genügt, um in einer Menge von 7—8 ccm in die Harnröhre injicirt, völlige Anaesthetie zu erzeugen, wobei freilich ebenfalls ein  $\frac{1}{2}$ —1 Minute dauerndes brennendes Gefühl entsteht, das aber nicht in Betracht kommt, wenn man bedenkt, was für üble Zufälle häufig Cocaininjectionen mit sich bringen. Sehr gute Erfolge ergab die  $\frac{1}{2}\%$ ige Lösung bei der Schleich'schen Infiltrationsmethode; Phimosen, Bubonen, Condylomata acuminata, Furunkel konnten so schmerzlos entfernt werden. Das Eucain ist also ein vollkommen dem Cocain ebenbürtiges Mittel, das aber freilich für den Cystoskopiker wegen seiner hyperämisirenden Wirkung überall da nicht in Betracht kommt, wo ein Tumor oder Läsionen, die zu Blutungen neigen, vermuthet werden, ferner wegen seiner reizenden Wirkung da nicht, wo man öfters am Tage anästhesiren muss, z. B. bei Anätzungen der Urethra. Hier behält Cocain seine volle Bedeutung.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 7.)

— Ueber Eucain in der zahnärztlichen Praxis lässt sich Zahnarzt Louis Wolff (Berlin) aus. Er injicirte anfangs  $1\text{--}1\frac{1}{2}$  gr einer  $10\%$ igen Lösung auf 1 Mal. Dieses Quantum reichte aus, um im Unterkiefer die Wurzeln von 5 neben einander stehenden Zähnen zu extrahiren; bei der Extraction der Wurzel des 6. Zahnes war schon wieder Schmerz vorhanden. Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet, aber es folgten oft bedeutende Oedeme nach. In der Annahme, letzteres komme davon her, dass eine verhältnissmässig grosse Menge Cocain in einer einzigen Blase auf dem Zahnfleisch lag, versuchte Autor zuerst an jeder einzelnen Wurzel entsprechend kleine Mengen zu injiciren; die Anschwellungen waren nicht mehr so erheblich, aber traten doch noch auf. Durch weitere Versuche an ca. 200 Extractionen kam dann Autor dahin,



dass, wenn man das Zahnfleisch vor der Injection genügend desinficirt, was durch reines Wasserstoff-superoxyd rasch erreicht wird, und nach der Extraction das unter dem Zahnfleisch vorhandene Eucaïn durch Punctiren mit der Spitze der Canüle der Pravazspritze und darauf folgenden Druck mit dem Finger entleert, die Anschwellungen fast ganz fortbleiben. Nach einer Injection von 0,3 zur Entfernung einer Wurzel oder eines Zahnes fühlt der Pat. nach Verlauf von 2—5 Minuten das Unempfindlichwerden an der betreffenden Stelle selbst und verliert seine Furcht. Einmal extrahirte Autor 1 Zahn und 15 Wurzeln unter Verbrauch von 3,5 gr Eucaïn; es kam hier, wo die Maximaldosis von 3 gr pro die um 0,5 überschritten wurde, zu leichtem Benommensein des Kopfes, das jedoch in wenigen Minuten verschwand. Trotz der geringen Menge von 0,3 gr, bei 2 neben einander stehenden Zähnen 0,4 für beide, erzielte Autor stets völlige Anaesthesia; der Pat. hatte den Eindruck, als berühre das Instrument den Zahn und hebe ihn heraus, empfand aber keinen Schmerz dabei. Einmal extrahirte Autor in einer Sitzung 14 Wurzeln, ein ander Mal 22 absolut schmerzlos; in letzterem Falle wurden nur 3,1 gr Eucaïn verbraucht. Jetzt wird ein methylalkoholfreies Eucaïn benützt, bei dem Oedeme so gut wie nie vorkommen, zumal wenn man es noch nach der Extraction entfernt.

(Zahnärztl. Wochenblatt 1896 No. 472.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Ueber Silber und Silbersalze als Antiseptica liess sich Hofrath Dr. B. Credé (Dresden) aus. Es gelang ihm zunächst früher nachzuweisen, dass metallisches Silber, auf aseptische sterile Wunden gebracht, unverändert und reizlos liegen bleibt, also als ein durchaus aseptisches Material zu betrachten ist. Sobald die Wunde aber nicht aseptisch ist, sondern sich in ihr und um sie herum im Gewebe irgend welche Spaltpilze befinden oder ansiedeln, so bildet das metallische Silber mit einem bestimmten, durch die Spaltpilze veranlassten Zersetzungsproduct des thierischen Gewebssaftes eine Verbindung, und diese Verbindung, d. h. dieses Silbersalz hat ganz eminente antiseptische Eigenschaften. Aus dem aseptischen metallischen Silber wird also bei

Vorhandensein oder bei Eintritt von Wundinfection ganz selbstthätig ein Antisepticum, welches sofort in Wirksamkeit tritt. Versuche lehrten, dass dieser Stoff milchsaures Silber ist. Solches liess sich Autor von der Chem. Fabrik v. Heyden (Dresden-Radebeul) künstlich herstellen, und er erhielt ein absolut reines, haltbares Präparat, das er „Actol“ nannte. Mit diesem weissen, geruchlosen, in braunem Glase unbegrenzt haltbaren, in Wasser und eiweiss-haltigen Flüssigkeiten 1:15 löslichen Pulver machte Autor therapeutische Versuche bei Wunden, fand aber, dass bei empfindlichen Pat. und bei noch in Reinigung begriffenen Wunden mitunter ein Brennen von der Dauer einiger Minuten bis zu einigen Stunden entsteht. Experimentell ergab sich, dass Actol in wässriger Lösung in 5 Minuten Streptokokken, Staphylokokken, Milzbrandbacillen u. s. w. bei Concentration 1:1000 tödtet, bei einer solchen von 1:80000 im Blutserum die Entwicklung von Spaltpilzen hemmt, also eine mindestens 4 Mal stärkere keimtödtende Kraft, als Sublimat hat. Auch werden nicht, wie es bei diesem geschieht, durch die Silbersalze die thierischen Gewebe zerstört, wohl aber die Entwicklung von Spaltpilzen in letzteren verhindert, da die Salze sich in dem Gewebssaft lösen und gelöst bleiben, die Gewebe durchtränken, also auch eine gewisse Fernwirkung besitzen. Diese Eigenschaft lässt theoretisch die Möglichkeit zu, dass Actol, zumal es in den betreffenden Dosen ungiftig ist, bei Infectionskrankheiten innerlich resp. subcutan angewandt werden kann. Auch praktisch zeigte sich die Richtigkeit dieser Ansicht, und hat z. B. Autor 2 hoffnungslose Milzbrandfälle und 5 Fälle von schwerem Erysipel sehr rasch durch subcutane Infusion von Actollösungen (bei Milzbrand 0,05:20,0 Aq. dest., bei Erysipel 0,3—1,0:100,0—200,0 Aq. dest.) günstig beeinflusst und coupirt. Von einer örtlichen Einwirkung konnte keine Rede sein, da die Injectionen subcutan an den Bauchdecken gemacht wurden, was allerdings etwas schmerzhaft war und daher mit Cocain oder in Narkose vorzunehmen ist. Auf Wunden aber übte, wie gesagt, das Actol bisweilen eine geringe Reizwirkung aus, es wird auch sehr rasch seiner leichten Löslichkeit wegen resorbirt, sodass die Gefahr einer toxischen Wirkung bei grossem und sehr langdauerndem Gebrauch nicht ganz von der Hand

zu weisen ist, auch wird die Behandlung hierdurch zu theuer. Aus diesen Gründen stellte Autor mit einem anderen Salze, dem citronensauren Silber oder „Itrol“ Versuche an, einem feinen, leichten, gut zerstäubbaren, haltbaren, geruchlosen Präparat, welches, wie die Versuche lehrten, dieselben antiseptischen Eigenschaften hat, wie das milchsaure Silber, aber nur im Verhältniss von 1:3800 löslich ist; in 1:4000 gelöst, tödtet es in 10 Minuten alle Spaltpilze ab, verursacht dabei auf keiner Wunde irgend eine Empfindung und ist seiner geringen Löslichkeit wegen von grosser Dauerwirkung bei sehr sparsamem Verbrauch, sodass, obwohl der Preis doppelt so hoch ist, wie der des Jodoforms, es in Wirklichkeit viel billiger ist. Autor benützt das Pulver seit 7 Monaten und hat es bei über 1400 Pat. bereits angewandt, wobei es wegen seiner reactionslosen, austrocknenden, rasch ausheilenden Wirkung immer mehr geschätzt werden musste. Autors Wundbehandlung weicht nicht sehr von der aseptischen ab, sie nimmt etwa die Mitte zwischen der antiseptischen und aseptischen ein. Bei Operationen spült Autor zum Schluss und event. einige Male während der Operation die Wunde und ihre Umgebung mit einem reizlosen Wasser ab, nach Schluss bedeckt er die Wunde mit grauem Silberverbandstoff (M. Arnold in Chemnitz), einem Mull, der mit feinstem Silberpulver imprägnirt ist, sodass, sobald sich Spaltpilze entwickeln, milchsaures Silber zu Stande kommt. Wunden, die Autor nicht schliesst, bestäubt er mit Itrol und bedeckt sie dann mit Silbergaze. Bei inficirten Wunden desinficirt Autor nicht, er begnügt sich mit gründlicher Reinigung durch Seife und Wasser und stäubt Itrol ein. Zur Ausspülung von Höhlen (Blase etc.) verwendet er Itrol (1:4—10000) oder, wenn es sich um jauchige Processe handelt, Actol (1:500—2000). — Die Fabrik von Heyden setzt noch in einer „Gebrauchsanweisung“ hinzu, dass Itrol auch als Salbe (1:50—100) bei Wunden und Hautkrankheiten Verwendung finden kann, in Lösung auch zur Desinfection der Hände und Instrumente (1:4000—5000) und als Gurgelwasser, zu Umschlägen, Bädern u. s. w. (1:5—10000); die Lösungen sind am besten frisch herzustellen. Zu Gurgelwässern und Spülungen eignet sich auch Actol; man

verschreibe 1,0 : 50,0 und gebe 1 Theelöffel auf 1 Glas Wasser. Bei subcutaner Anwendung sollte Actol nicht unter 0,01 pro dosi et die gegeben werden.

(Vortrag auf dem 25. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin 28. V. 1896.)

- **Strohkohlenverbände** nach Dr. Kikusi haben sich im letzten japanisch-chinesischen Kriege sehr bewährt. Man lässt das Stroh langsam und ohne Luftzutritt verbrennen, kleine Quantitäten z. B. in einem eisernen Kessel, welcher nach dem Aufflammen gedeckt wird. Die geringe Aschenbeimengung lässt sich leicht von der abgekühlten und zerkleinerten Kohle trennen. Die Ausbeute beträgt ca. 30%. 50—100 gr der Kohle werden in kleine feine Leinenkissen genäht. Diese Strohkohlenkissen haben grosse Vortheile, welche beruhen 1. in ihrer eminenten Aufsaugungsfähigkeit, 2. in ihrer völligen, durch die Herstellungsweise garantirten Asepsis, 3. in ihrer grossen Schmiegsamkeit, 4. darin, dass das Material überall zur Hand und äusserst billig ist.

(La Tribune méd. 1896 No. 22. —  
Therap. Monatshefte 1896 No. 7.)

- Bei der **Sterilisation der Metallinstrumente** rät Dr. Josef Lévy (Budapest), um das Rosten, das für gewöhnlich bei dem üblichen Auskochen im Sterilisator, auch bei Sodazusatz, eintritt, sicher zu verhüten, einen Zusatz von  $\frac{1}{4}\%$  Natronlauge zu machen. Das Natriumhydroxyd muss aber rein sein, da, wenn es mit Schwefelnatrium verunreinigt ist, am Stahl schwarze Flecke sich bilden, und ausserdem muss man die Natriumhydroxyd-Stücke 1—2 Minuten früher als die Instrumente ins Wasser legen, damit sie aufgelöst werden und die Kohlensäure des Wassers vollständig gebunden wird, also die Trübung bereits verschwunden ist, sobald die Instrumente hineinkommen; die Trübung entsteht dadurch, dass die Natronlauge den im Wasser befindlichen doppelkohlensauren Kalk und die anderen doppelkohlensauren Salze ausscheidet. Wenn die Instrumente den Sterilisator verlassen, legt man sie am besten, damit sie nicht jetzt noch dem Rosten anheimfallen, in eine Lauge n-lösung (sterilisirtes Wasser mit Zusatz von

1,5—2<sup>0</sup>/<sub>00</sub> Natriumhydroxyd), wo sie selbst bei 4stündigem Aufenthalt noch makellos bleiben. Die Laugenlösung conservirt den Sterilisator auch selbst. Die Schneiden bleiben ganz unversehrt, wenn man sie während des Kochens durch Einlegen in sterile Gaze oder auf andere Weise vor dem Zusammenstoss mit anderen Instrumenten oder dem Drahtkorb hütet. Instrumente mit angenieteten (nicht angeleimten) Holz- und Horngriffen ertragen ein mehrmaliges Kochen in der  $\frac{1}{4}$ <sup>0</sup>/<sub>0</sub>igen Laugenlösung, aber nicht ein tagtägliches, wie solche mit Metallgriffen. Instrumente aus Aluminium werden unbrauchbar. Gewöhnliche Nagelbürsten werden sehr weich, Seide leicht zerreisslich, Drainröhren dagegen schadet die heisse Lauge nicht.

(Wiener klin. Rundschau 1896 No. 31.)

**Cholelithiasis.** Durch einen Zufall kam Dr. Th. Dunin (Warschau) zur Erkenntniss, dass **Jodkalium bei Ch.** sehr gute Dienste leisten kann, und er hat das Mittel nunmehr bei fast 100 Fällen als eines der wirksamsten Mittel bei Ch. schätzen gelernt. Die besten Resultate wurden erzielt bei Kranken, die keine sehr heftigen Anfälle, aber sehr oft sich wiederholende, in einander fliessende hatten, wo sie günstigen Falls alle 3—4 Tage auftraten. Oft fühlten die Pat. schon nach Verlauf einer Woche merkliche Erleichterung, die Schmerzen wurden schwächer und seltener, die Gallenblasengegend weniger druckempfindlich; nach 3—4 Wochen war die Gallenblase nicht mehr palpabel, der Kranke geheilt. In anderen Fällen liessen zwar die Schmerzen vollständig nach, die Gallenblase aber blieb noch vergrössert und enthielt Steine; allein auch mit diesem Resultat konnte man zufrieden sein, da der von seinen Schmerzen befreite Pat. Appetit, Ruhe, Schlaf wieder hatte, keine Narcotica mehr zu nehmen brauchte und eine Mineralwassercur beginnen konnte. Denn Autor giebt erst 4—5 Wochen lang Jodkali (2 Mal täglich à 0,3—0,6), und geht dann zu einer Karlsbader Cur über. In den Fällen, wo die Anfälle in langen Pausen auftreten, aber dafür um so heftiger sind, waren die Resultate nicht so eclatant.

(Therap. Wochenschrift 1896 No. 29.)

**Erythema.** Einen Fall von recidivirendem E. scarlatiniforme stellte Török vor. Der 28jährige Pat. bemerkte zuerst die Affection vor 12 Jahren und ist seitdem 8 Mal davon befallen worden. Jedes Mal tritt plötzlich und ohne jede eruirbare Ursache unter Frösteln und Fieber und unter mässigem Jucken eine diffuse Röthe über den ganzen Körper auf, worauf nach 2—3 Tagen Abschilferung der gerötheten Partheen erfolgt, nach ca. 14 Tagen pflegt die Attaque beendet zu sein. Jetzt besteht das Leiden seit 4 Tagen, wo es wie sonst ohne nachweisbare Veranlassung unter den üblichen Initialsymptomen auftrat, indem das E. zuerst um den Nabel herum und auf dem Gesicht sich zeigte, worauf es sich über den ganzen Körper verbreitete, in verschiedenen Regionen verschiedene Intensität aufweisend. Nach 24 Stunden begann auf mehreren Stellen eine feinkleilige Schuppung, welche sich im Verlaufe von 14 Tagen, bis zum Schluss der Attaque, über den ganzen Körper in mehr oder minderem Maasse verbreitete, von den Handtellern und Fusssohlen grosse, dicke Lamellen loslösend. Die Therapie bestand in Zinksalbe, Streupulver und lauwarmen Bädern.

(Ungarische dermatolog. und urolog. Gesellschaft in Budapest. 19./I. 1896. — Monatshefte für praktische Dermatologie 1896 Bd. XXIII No. 2.)

**Fremdkörper.** Ein letaler Ausgang in Folge Haemoptoë durch einen F. in den Luftwegen ist selten. Jetzt beschreibt einen solchen Fall Dr. L. Buberl (II. medic. Abtheilung des k. k. Krankenhauses Wieden in Wien). Ein 38jähriger Knecht, hereditär nicht belastet, früher gesund, wurde am 6./III. 1896 aufgenommen. Er gab an, seit etwa 6 Monaten mit Husten und reichlichem Auswurf erkrankt zu sein und Mitte Februar d. J. von einem Bluthustenanfall heimgesucht worden zu sein, der sich nach 8 Tagen, seitdem aber nicht mehr wiederholte. Doch verschlimmerte sich der Zustand des Pat. stetig, Fieber und Stechen auf der Brust stellten sich ein, endlich dauernde Abmagerung. Status praesens am 7./III: Etwas vermehrte, aber ruhige Athmung, wobei die rechte Thoraxhälfte etwas zurückbleibt. Percussion des Thorax ergiebt über der linken Lunge normale Verhältnisse; rechts vorn beginnt an der 4. Rippe eine Dämpfung, welche sich nach abwärts in die Leberdämpfung

fortsetzt. In der rechten Axillarlinie beginnt der obere Rand der Dämpfung im 5. Intercostalraum, rechts hinten, in der Höhe des Schulterblattwinkels. Nach links hin ist dieselbe von der Herzdämpfung nicht abzugrenzen. Die Auscultation ergiebt über der rechten Spitze vorne verschärftes Inspirium, nach abwärts abgeschwächtes Athmen, über den seitlichen unteren Parthieen der rechten Lunge schwach bronchiales Athmen mit mittel- und grossblasigen Rasselgeräuschen; rechts hinten unten abgeschwächtes Athmen. Ueber der beschriebenen Dämpfung Stimmfremitus abgeschwächt. Ueber der linken Lunge überall Vesiculärathmen mit etwas verlängertem Expirium. Herzdämpfung beginnt in der linken Parasternallinie an der 4. Rippe, reicht nach links nicht bis zur Mamillarlinie und geht nach rechts in die oben beschriebene Dämpfung über. Spitzenschlag nicht fühlbar; im Epigastrium diffuse, rhythmische Erschütterung sicht- und tastbar. Herztöne rein, an der normalen Stelle über der Herzspitze schwach, nach rechts hin deutlicher, am lautesten im 5. Intercostalraum neben dem rechten Sternalrand zu hören. Auswurf ziemlich reichlich, schleimig-eitrig, grünlich, sehr übelriechend; Tuberkelbacillen nicht zu finden. In den nächsten Tagen fiebert Pat. bis 38,5° C. Therapie: Inhalationen von Ol. Terebinth., Myrthol (2 Mal täglich 0,15), nach Bedarf Narcotica. Am 14./III. Pat. dauernd fieberfrei, Auswurf weniger fötid, Appetit und Kräftezustand besser, Pat. kann einen Theil des Tages ausser Bett zubringen. Am 5./IV., als Pat. eben vom Bett aufstehen will, stürzt er mit profuser Haemoptoë zusammen und stirbt binnen wenigen Minuten unter Zeichen der Erstickung. Die Obductionsdiagnose lautete: „Haemorrhagia in bronchum dextrum e decubitu parietis bronchi et perforatione rami dextri arteriae pulmonalis per corpus alienum bronchi huius. Bronchiectasiae pulmonis dextri cum bronchitide putrida. Synechia pulmonis dextri e pleuritide adhaesiva subsequente dislocatione pericardii. Emphysema pulmonis sinistri et atrophia. Anaemia universalis.“ Ursache der Erkrankung war also ein im Ramus inf. des rechten Bronchus festsitzender Fremdkörper, der durch Perforation in den rechten Ast der Arter. pulmonal. die tödtliche Blutung bedingt hatte. Es war ein Holzstück, darstellend eine 10 mm lange, halb-

kreisförmig ausgehöhlte Rinne, deren äusserer Durchmesser an dem einen Ende 11,5 mm, an dem anderen 10 mm betrug, während die Wand überall gleichmässig 2 mm dick erschien. Dieses Holzstück war im Bronchus unterhalb des zum Oberlappen abgehenden Astes so eingelagert, dass es mit seinem schmälern Ende gerade an der nächsten Theilung des Bronchus steckte und mit seiner Höhlung nach vorn gewendet war; während sein oberes Ende in der Lichtung des Bronchus ziemlich frei lag, war das untere festgeklemmt, insbesondere waren die beiden unteren Ecken in die Bronchialwand tief eingegraben. Allem Anschein nach handelte es sich um das konische Ende eines Pfeifenrohres. Höchst auffallend ist es, dass dasselbe unbemerkt in die Luftwege gelangen konnte und Pat. und Umgebung gar nicht wussten, wann und wie das geschehen war. Der Fall beweist wieder die Thatsache, dass selbst Dinge von verhältnissmässig bedeutender Grösse bis in die Bronchien vordringen können, ohne dass das betreffende Individuum davon Kenntniss hat. Dazu kommt, dass Pat. öfters sich betrank, sodass gelegentlich eines Rausches in Folge einer raschen Inspiration beim Husten, Niesen, Singultus oder nur beim Sprechen — Pat. war Stotterer — das Pfeifenstück, das er gerade im Mund hielt, aspirirt wurde und dass ihm in Folge seines Zustandes die unmittelbar folgenden Reizwirkungen nicht zum Bewusstsein kamen. Dass so ein Fremdkörper meist in den rechten Bronchus eindringt, dafür giebt Riegel als Gründe an die grössere Weite desselben, den stärkeren Inspirationszug der rechten Lunge, sowie den Umstand, dass die Stellung des Theilungswinkels der Bronchien zur Achse der Trachea etwas excentrisch nach links gerückt ist. Vom Sitze des Fremdkörpers ausgehend, entstanden hier, wie vielfach, eitrige Bronchitis, interstitielle Pneumonie und Bronchiektasieen. Das ganze Bild ähnelte dem der Phthisis. Die früheren Anfälle von Bluthusten waren jedenfalls durch Arrosion von Gefässchen der Bronchialschleimhaut durch die Kanten des Fremdkörpers hervorgerufen. Dass keine Bronchialstenose bestand, begreift sich aus der Lagerung des Fremdkörpers; die kleine Holzrinne stak der Art im Bronchus, dass durch ihre Lichtung die Luft ungehindert streichen konnte. Das mag auch



der Grund gewesen sein, weshalb trotz der heftigen Hustenstöße, bei welchen doch die Exspirationsluft fast der ganzen rechten Lunge den F. traf, die Expulsion desselben nicht gelang.

(Wiener medic. Wochenschrift 1896 No. 35.)

- v. Hippel (Heidelberg) lässt sich über **Netzhautdegeneration durch Eisensplitter** aus. Durch anatomische Untersuchungen wurde aufs Neue festgestellt, dass bei Anwesenheit eines Eisensplitters im hinteren Bulbusabschnitt das Auge durch totale Degeneration der nicht abgelösten Netzhaut erblinden kann. Um die Häufigkeit dieses Ereignisses annähernd festzustellen, wurden 45 Fälle aus der Litteratur gesammelt, in welchen der Splitter einige Zeit vom Auge gut vertragen wurde. Als Symptome der Netzhautdegeneration sind nach früherer Erfahrung anzusehen: 1. Herabsetzung der Sehschärfe, welche mit dem Verhalten der brechenden Medien und dem ophthalmoskopischen Befunde nicht in Einklang steht; 2. Concentrische Gesichtsfeldbeschränkung; 3. Hemeralopie; 4. Farbensinnstörung. Ueber die beiden letzten Punkte finden sich in jenen Fällen keine Angaben. Auf Grund der ersten beiden Symptome kann in 8 von den 45 Fällen mit grosser Wahrscheinlichkeit Degeneration der Netzhaut angenommen werden. Andere Fälle der Statistik beweisen aber, dass sie innerhalb längerer Zeit nicht einzutreten braucht. Die Grösse des Splitters scheint von keiner erheblichen Bedeutung zu sein, dagegen war er in allen Fällen, wo Degeneration anzunehmen ist, frei oder ganz unvollständig eingehüllt, in 15 Fällen, die gutes Sehvermögen behalten hatten, 9 Mal vollkommen eingekapselt, 5 Mal fehlten Angaben. Bei vollkommen aseptischen Splittern kommt es niemals zur Bildung einer derben, festen Bindegewebskapsel, sondern dieselbe findet sich nur bei stärkerer entzündlicher Reaction in Folge localer Infection. Es ist gelungen, als Frühsymptome der beginnenden Netzhautdegeneration die Hemeralopie festzustellen; ob ihr immer Verfall des Sehvermögens folgt, ist noch nicht zu entscheiden. — Hirschberg erwähnt, dass er Glaukom mit nachfolgender Erblindung noch 20 Jahre nach Eindringen des Fremdkörpers ins Auge beobachtet habe. Es stellte sich eine concentrische

Gesichtsfeldeinschränkung ein, die trotz Entfernung des F. weiter fortschritt. — Vossius glaubt, dass die Netzhautdegeneration früher eintritt, als eine Sehstörung. — Dor hat in 9 unter 15 Fällen Netzhautablösung mit Heurteloup und Glüheisen geheilt. Er betont, dass in dem Bezirke der früher abgelösten Netzhaut Hemeralopie besteht, die nur in ganz frischen Fällen wieder verschwinden kann, während sie in alten Fällen permanent bleibt.

(25. Congress der Ophthalmologen, Heidelberg, 5.—8. August 1896. — Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 36.)

— **Eine Haarnadel in der Urethra eines 14jährigen Knaben** konnte Schreiber (Berlin) sehr anschaulich durch Röntgen-Strahlen wiedergeben. Wahrscheinlich kam der F., der mit seinem convexen Theil eindrang, beim Masturbiren in die Urethra, bei der Erection plötzlich dem Knaben entgleitend.

(Dermatolog. Zeitschrift 1896 Bd. III Heft 3.)

**Haemorrhoiden.** Dr. H. Naegeli-Akerblom (Rüthi) hat durch äussere Application von Calomel neben Sorge für flüssigen Stuhlgang bisher alle H., selbst mit grossen Knoten, zur Heilung gebracht, sodass er die Operation nie nöthig hatte. Auf äussere Knoten streut er Calomel, innere behandelt er mit 10%iger Vaselinecalomelsalbe, die auch den Pruritus sehr günstig beeinflusst, und stets verschwanden die H. überraschend schnell.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 64.)

**Lupus.** Küttner (Tübingen) spricht über den L. der Finger und Zehen und berichtet über 11 Fälle aus der Bruns'schen Klinik, bei denen der L. an Fingern und Zehen zu secundären Veränderungen geführt hatte. Solche kann man in 2 Gruppen eintheilen, die lupösen Verstümmelungen (L. mutilans) und die lupösen Verkrüppelungen; bei ersteren greift der L. unaufhaltsam in die Tiefe, bei der zweiten bleibt er oberflächlich. Die erstere Gruppe ist besser bekannt und häufiger beobachtet. Die Verstümmelung kommt entweder so zu Stande, dass von der Peripherie her eine Phalanx nach der anderen verloren geht, oder so, dass aus der

Continuität einzelne Phalangen ausgestossen werden; schliesslich kann der L. auch dadurch zu Mutilation führen, dass er an einer Stelle eines Fingers ringförmig in die Tiefe greift und denselben nach Art einer Amputation durchtrennt. Weniger bekannt ist die zweite Form. Autor war in der Lage, 5 von seinen 7 hierher gehörenden Fällen anatomisch zu untersuchen: die Hautgrenzen werden nicht überschritten, also die Sehnen bleiben ebenfalls intact, aber an den Gelenken kommt es durch den Narbenzug der Haut zu Contracturen, Subluxationen und Luxationen, an den Gelenkflächen zu den gewöhnlichen Veränderungen immobilisirter Gelenke, aber auch zu bindegewebigen und knöchernen Ankylosen, und an den Knochen finden sich die verschiedenartigen Störungen des Knochenwachstums, am häufigsten Wachsthumshemmungen. Als Beispiel, welche Veränderungen der verkrüppelnde L. hervorzubringen vermag, führt Autor einen Fall an, bei dem vorhanden war eine vollständige volare Luxation im Hand- und im Carpometacarpalgelenk, Dorsalsubluxationen der Finger, Verkürzungen und Verbiegungen der Metacarpalknochen, knöcherne Ankylosen im Gebiete der Handwurzel, Osteoporose sämtlicher Knochen der Hand und des Vorderarmes.

(25. Congress der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie Mai 1896. — Beilage zum Centralblatt für Chirurgie 1896 No. 31.)

**Magen- und Darmkatarrhe.** Die Abhängigkeit gewisser chronischer Diarrhoen von mangelnder Secretion des Magensaftes konnte Dr. B. Oppler (Breslau) constatiren. Schon lange hatte es seine Aufmerksamkeit erregt, dass in einer Reihe chronischer Diarrhoen, namentlich bei Pat. mittleren Alters, bei fast völligem Mangel subjectiver Störungen und Beschwerden, sowie derjenigen ätiologischen Momente, die gemeinhin als die Ursachen des chronischen Durchfalls gelten, sich in der Anamnese mancherlei Thatsachen eruiren liessen, die als veranlassend für die chronische Gastritis angesehen werden. Bei einer genaueren Untersuchung des Mageninhalts fand da Autor gänzlichen Mangel der verdauenden Fähigkeit und alle Kennzeichen von vorgeschrittener chron. Gastritis! Die äussere Untersuchung ergab zunächst in mehreren Fällen ein auffallend schlechtes

Gebiss, meist mässige Druckempfindlichkeit des Abdomens, mitunter geringes Schwappen in der Magengegend, sonst nichts Auffälliges. Der Stuhlgang, von dünnbreiiger bis wässriger Consistenz und sehr üblem Geruche, liess zu meist schon makroskopisch unverdaute Nahrungsbestandtheile erkennen, zeigte auch manchmal Beimengung von fetzigem Schleim. Im Vordergrund der Beschwerden stand für den Pat. stets der Durchfall. Derselbe erfolgte in der Regel 3—5 Mal am Tage, manchmal am frühen Morgen schon rasch mehrmals hinter einander, mitunter im Anschluss an die Mahlzeiten. Vorher ging häufig Unbehagen im Leibe, Kollern und Gurgeln in den Därmen, während wirkliche Kolikschmerzen seltener waren. Saure und fette Speisen wurden besonders schlecht vertragen; selten geklagt wurde ferner über ein gewisses Gefühl von Auftreibung eine Zeit lang nach dem Essen, saures Aufstossen, leichte Uebelkeiten u. s. w. Die Entstehung und Entwicklung des Leidens erfolgte sehr langsam, sodass die Pat. gewöhnlich den Anfang nicht genau bestimmen konnten. Angeblich hatten diätetische Maassnahmen nie einen Erfolg gehabt und das Körpergewicht hatte stetig abgenommen, sodass die Pat. meist in sehr schlechtem Ernährungszustande sich befanden. Autor verordnete nunmehr eine Diät, welche seiner Diagnose entsprach, und letztere wurde durch die Erfolge durchaus bestätigt. Stets wurde mit einigen Tagen der strengsten Suppendiät begonnen, worauf zu einer im Wesentlichen aus Kohlehydraten bestehenden Kost übergegangen wurde; der Eiweissbedarf wurde, so gut als möglich, durch Leguminosenmehle, Aleuronat, weiche Eier und künstliche, albumosenhaltige Nährpräparate gedeckt. Den Haupttheil der Kost machten Suppen, Mehlspeisen (Nudeln, Klösse etc.), Gebäck, Purée von Cerealien (Reis, Gries, Graupen, Hafermehl, Tapioca), Kartoffeln, Hülsenfrüchte und mässige Mengen Butter aus; als Getränk wurde Thee, Cacao und Rothwein verwendet. Milch wurde fast immer schlecht vertragen. Waren die Durchfälle zum Stehen gekommen, so wurde vorsichtig zunächst Fisch, geschabtes Fleisch, Kalbsbries zugelegt und so langsam eine mehr gemischte Kost instituiert, in der aber immer die Kohlehydrate vorherrschten. Medicamentös wurde Salzsäure vor und nach den Mahlzeiten in grossen Dosen verabfolgt, am Anfang der Behandlung

mitunter Tannigen oder eine Mischung von Kalk und Wismuth, die sich beide als recht nützlich, aber nicht als unbedingt nothwendig erwiesen. Vortheilhaft war ferner der Gebrauch der Kochsalzwässer und milde hydiatische Proceduren. Was nun die Pathogenese anbelangt, so war stets das Primäre die Gastritis, der Mangel an Magensaftsecretion. Derselbe hätte aber nicht vermocht, die Leute krank zu machen, sie kann lange Zeit gut vertragen werden, die Hauptsache ist die motorische Magenfunction, d. h. das Intactsein derselben. Denn sie bewirkt, dass der Chymus bei Zeiten dem Darm zur Verdauung übergeben wird, der auch der an ihn herantretenden Aufgabe zumeist gewachsen ist, die ausfallende Magenverdauung zu ersetzen. In dieser Zeit haben also die Pat. von dem bestehenden Secretionsmangel keine Beschwerden, keine Ahnung. Schliesslich aber zeigt sich der Darm bei der fortwährenden übermässigen Inanspruchnahme, bei der Schwierigkeit, die schlecht gekauten und ganz unverdauten Speisen dauernd zu verarbeiten, dieser Aufgabe nicht mehr gewachsen, es stellen sich Diarrhöen ein, und jetzt wird nur an die Störung des Darms gedacht, nicht aber an das vorausgegangene Magenleiden, das erst durch die Untersuchung des Mageninhalts klargestellt wird. Und nun ergibt sich obige Therapie von selbst: Vermeidung aller grosse Mengen von HCl zu ihrer Verdauung benöthigender Nahrungsmittel, also der Albuminate, Bevorzugung der durch Speichel- und Darm- resp. Pankreassaft leicht verdaulichen, gleichzeitig mechanische Vorbereitung derselben durch Zerkleinern und Zerkochen, um dem Darm die Arbeit zu erleichtern, medicamentös grosse Dosen HCl, und am Anfang Mittel, die auf die gestörte Darmfunction wirken (Tannigen, Kalk, Wismuth) und die Magensecretion anregen (Kochsalzwässer).

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 32.)

— Chauvin (Lüttich) empfiehlt zur **Behandlung heftiger Gastro-duodenalkatarrhe**, auch gegen **Cholera**, eine Combination von Opium, Pepsin und Salzsäure:

Rp.

*Acid. mur. dilut.* 1,0  
*Pepsin. german.* 1,5  
*Tct. Opii croc.* 1,5  
*Aq. Ment. pip.* 120,0  
*Syr. Cort. aur.* 30,0  
 S. Stündl. 1 Kaffeelöffel.

Allmählig mit fortschreitender Besserung wird die einzunehmende Menge reducirt, bis auf 4 Kaffeelöffel täglich.

(Revue de méd. 1896 No. 7. — Wiener medic. Presse 1896 No. 33.)

— **Tannigen bei profusen Diarrhoëen** von 5 Kindern, die ungeeignet ernährt wurden, wandte Dr. Palma (Reichenberg) an und erzielte in 1—2 Tagen Heilung. Die kleineren Pat. erhielten 3 Mal täglich 0,1—0,2, Kinder von 5 resp. 7 Jahren 3 Mal täglich 0,5. Letztere Dosis erhielten auch 5 Erwachsene mit chron. Darmkatarrh, die auf diätetische und medicamentöse Therapie nicht reagirt hatten, und wurden nach 8 Tagen geheilt. Bei Phthisikern wurde kein Erfolg erzielt.

(Correspondenzbl. des Vereins deutscher Aerzte in Reichenberg, 15. Juni 1896.)

— **Somatose im Säuglingsalter und bei Verdauungsstörungen älterer Kinder** wurde, wie Dr. H. Wolf mittheilt, auf der Monti'schen Kinderabtheilung der Allgem. Poliklinik in Wien in 50 Fällen angewendet, darunter ausschliesslich bei 35 (15 Säuglingen mit Dyspepsie, 15 mit Atrophia ex Dyspepsia chronica, 5 älteren Kindern mit Verdauungsstörungen). Kindern unter 1 Jahr wurden bis zu 4 gr, älteren bis 8 gr pro die gegeben. In beinahe allen Fällen war darauf andauernde Körpergewichtszunahme zu constatiren, vorhandene dyspeptische Beschwerden, die Unruhe hörten auf, die Stühle nahmen normale Farbe und Consistenz an, die Anaemie schwand. Autor fasst seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Durch Zusatz von Somatose wird die Kuhmilch leichter verdaulich.
2. Werden durch Verabreichung der Somatose leichtere Dyspepsieen im Säuglingsalter günstig beeinflusst.
3. Die Somatosenmilch wird von den atrophischen Kindern gut vertragen.

4. Erzielt man durch Anwendung der Somatose bei Funktionsstörungen der Verdauungsorgane älterer Kinder gute Erfolge.

(Wiener allgem. medic. Ztg. 1896 No. 26—30.)

**Neuralgien.** Apolysin hat Dr. G. Greif (Serkowitz) sehr schätzen gelernt. Bei einem Pat., der 12 Jahre lang an linksseitiger Infraorbitalneuralgie litt und der schon neurektomirt werden sollte, wandte Autor als letzten Versuch das Mittel an. Am 7./VI. 1895 begann die Behandlung, Pat. erhielt um 4 Uhr, 5 Uhr, 7 Uhr je 1 gr, also 3 gr; vom 8./VI. bis 21./VI. incl. bekam er 6 Mal täglich von früh 6 Uhr an 3stündlich je 1 gr, also 84 gr, vom 22./VI. bis 28./VI. incl. 4 Mal täglich 3stündlich je 1 gr, also 28 gr, vom 29./VI. bis 10./VIII. 2 Mal täglich je 1 gr, also 86 gr, zusammen 201 gr. Eine merkliche Besserung verspürte Pat. schon am 4. Tage der Apolysinthherapie, indem die Intensität des Schmerzes nachliess. Vom 29./VI. an wurden die Anfälle erheblich seltener und verschwanden allmähig ganz. Pat. ist seit 7 Monaten recidivfrei. Andere Antineuralgica hätten, so lange angewandt, vielleicht auch zur Heilung geführt, aber man kann sie eben nicht so lange und in solchen Dosen geben; hier hatte Pat. nie Beschwerden, nie Widerwillen vor dem Mittel, der Intestinaltract blieb intact, im Urin fand sich nichts Abnormes. — Auch bei **Hemicrania spastica** und **angio-paralytica** bewährte sich Apolysin ausgezeichnet. Bei Eintritt der Prodromalerscheinungen gab Autor 1 gr; vielfach kam es dann gar nicht mehr zu einem richtigen Anfall. Sonst nach 1 Stunde ein 2. Gramm, event. nach 2 weiteren Stunden ein drittes Pulver. So 64 Fälle behandelt, stets mit Erfolg. Nur 8 Mal kam es vor, dass 3 gr nöthig waren. Wurde schon während der Aura das Mittel genommen, so genügten fast ausnahmslos 1—2 gr; wurde dagegen mit der Medication erst beim Anfall eingesetzt, so reichte nur 8 Mal 1 Pulver zur Beseitigung der Schmerzen aus, in den übrigen (48) waren 2 gr erforderlich, resp. 3 gr. Oft übte Apolysin auch eine gewisse narkotische Wirkung aus. Die anfallsfreie Zeit ferner vergrösserte sich bei der Therapie erfreulich, auch genügten oft, wenn bei den ersten Anfällen noch 3 gr nöthig waren, bei späteren 2—1 gr. — Auch bei einer **Influenza-Epidemie** (55 Fälle) griff Autor zum Apolysin

und war überrascht von dessen Wirksamkeit; die Schmerzen wurden bedeutend verringert, die Temperatur beträchtlich herabgedrückt. Verordnet wurde das Mittel, wie bei Hemicranie. Die Schmerzen verringerten sich nach 1 gr bei 24 Fällen, nach 2 gr bei 26, nach 3 gr bei 5; sie schwanden vollständig nach 10 gr bei 45, nach 20 gr bei 10. Die Temperatur ging zurück bis um 1° C. bei 12, bis 2° bei 40, bis 3° bei 3.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 33.)

- Die schon früher vielfach bei hartnäckigen N. mit Erfolg angewandten **Einspritzungen von Osmiumsäure** hat Dr. E. Frank (Berlin) bei einer Reihe von Fällen mit sehr günstigen Resultaten applicirt. In der Regel wurde 0,01 der Säure injicirt, manchmal aber die Dosis auf 0,04 gesteigert, ohne unangenehme Folgen. Beispiel: 29jährige Pat. mit langjähriger Gesichtsneuralgie rechts; 1892 war bei ihr die Evulsion des N. infraorbit. vorgenommen worden, die Schmerzen im Bereich des N. supraorbital. dauerten aber unvermindert fort, Pat. war in ihrem Allgemeinbefinden dadurch sehr heruntergekommen und ihre Kopfhaare waren zum grossen Theil ausgegangen. 2 Injectionen von 0,0075 und 0,01 Osmiumsäure führten, in einem Intervall von 11 Tagen ausgeführt, völlige Heilung herbei, das Körpergewicht hob sich um ca. 40 Pfund, das Kopfhaar wuchs allmähig wieder. Bei N. centralen Ursprungs (Tabes, Lues) wurden Besserungen erzielt. Autor bediente sich folgender Formel:

**Rp.**

*Acid. osmic. 0,1*

*Aq. dest. 6,0*

*Glycerin 4,0.*

M. D. S. ad vitr. nigr. cum epist. vitr. claus.

Die Nadel der Pravazspritze wird senkrecht auf den Nerven, resp. die empfindlichste Stelle aufgesetzt und tief bis auf den Knochen, resp. das Muskelgewebe eingestochen. Um unangenehme, schwer zu tilgende Flecke auf Haut und Wäsche zu vermeiden, umhüllt Autor die Ansatzstelle der Canüle mit Watte. Manchmal schmerzt die Injection ziemlich heftig, bisweilen fast gar nicht.

(Fortschritte der Medicin 1896 No. 16.)



— Gegen **Intercostalneuralgien** wird empfohlen:

**Rp.**

*Chloralhydrat.*

*Camphor.*

*Menthol. aa 5,0.*

M. D. S. Aufzupinseln, jedes Mal, so oft die Schmerzen auftreten.

(Revue int. de méd. et chir. 1896 No. 15. —  
Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1896 No. 17.)

**Otitis.** Dr. J. Danziger (Beuthen O/S.) erinnert daran, dass **einseitige chronische O.** ungemein häufig, namentlich bei Kindern, von anomalen Zuständen der Nase und des Nasenrachenraumes bedingt wird, vor Allem adenoiden Vegetationen, aber auch hypertrophischen Tonsillen, hypertrophischen Nasenmuskeln u. s. w. Indem er diese Affectionen beseitigte, gelang es ihm wiederholt, die O. ohne weitere Therapie zur Heilung zu bringen. Man solle daher nie bei O. die Untersuchung der Nase und des Rachens vernachlässigen und event. sofort hier therapeutisch eingreifen!

(Therap. Monatshefte 1896 No. 6.)

**Rhinitis.** Dr. M. Ertler rühmt die **Wirksamkeit des Ichthyol** bei **Ozaena**, die seit 5 Jahren im k. k. Allgem. Krankenhause in Wien erprobt wird. Die Behandlungsweise daselbst ist folgende: Zunächst werden täglich die Borken, überhaupt jedes flüssige und trockene Secret durch gründliche Ausspülungen mit warmem Wasser (mittelst gewöhnlicher Wundspritze, Spritzenansatz mit einem 4—5 cm langen, weichen Kautschukröhrchen überzogen und horizontal in den unteren Nasengang eingeführt, Einspritzung unter mässigem Druck, Pat. dabei mit etwas nach vorn geneigtem Kopf und offenem Munde dasitzend) gründlich entfernt, worauf durch jede Nasenhöhle 2—3 grosse Spritzen einer 2—5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>igen wässerigen Ichthyollösung durchgespritzt werden. Zum Schlusse werden die kranken Stellen, in der Regel aber die ganze Nase und auch das Cavum pharyngonasale mit Wattebäuschchen, die an der Spitze einer Sonde oder eines einfachen Drahtes angebracht und mit 25—30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>iger Ichthyollösung durchtränkt sind, sorgfältig ausgepinselt. In jenen Fällen, wo der Pat. die Ausspülungen zu Hause selbst

vorzunehmen genöthigt war, wurde er angewiesen, eine 2—3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>ige Lösung 2 Mal täglich durch ein Nasenschiffchen durchzugießen. In allen Fällen günstiger Erfolg! Schon nach wenigen Tagen Fötör verringert, nach und nach verschwindet er ganz; die Borkenbildung nimmt von Tag zu Tag ab, das Gefühl der Trockenheit, die Kopfschmerzen etc. ebenso, und nach 4—5 wöchentlichen Behandlungen sieht man kein eingetrocknetes Secret mehr, die Mucosa erscheint frisch, feucht, glatt. Ist die Heilung so weit vorgeschritten, so wird die Behandlung nur jeden 2. Tag, allmählig noch seltener vorgenommen, aber auch nach vollständiger Heilung thut man gut, ab und zu das Verfahren anzuwenden, das auch bei den verschiedensten Rachen- und Kehlkopfkatarrhen, besonders aber bei Pharyngitis sicca erfolgreich zur Anwendung gelangte. Am meisten aber erfreut ist Autor über die Wirkung bei Ozaena: „Unter allen uns bekannten, gegen Ozaena gebräuchlichen Mitteln kennen wir kein einziges, welches den penetranten Geruch aus der Nase so erfolgreich und anhaltend mindert und endlich auch beseitigt, wie das Ichthyol. Sicherlich ist aber bis jetzt kein Mittel bekannt, welches das quälende Gefühl der Trockenheit so erfolgreich zu bannen vermöchte, wie das von uns hier besprochene Medicament.“

(Wiener medic. Presse 1896 No. 31.)

**Syphilis.** Unter welchen Bedingungen dürfen Syphilitische heirathen? Diese für die Praxis so überaus wichtige Frage erörtert Prof. E. Lesser (Bern). Man darf jedenfalls keinen absolut pessimistischen Standpunkt einnehmen und sagen, ein Syphilitischer dürfe überhaupt nicht heirathen, da man immer wieder Ehen beobachtet, bei denen der eine Theil früher syphilitisch war und weder selbst später durch die Folgen der S. geschädigt wird, noch dieselbe auf Frau und Kinder überträgt. Der Umstand aber, dass diese beiden Eventualitäten eintreten können und oft genug eintreten, muss aber auch vor allzu grossem Optimismus schützen. Die Gefahr des Auftretens schwerer tertiärer Erscheinungen ist eine sehr ernste, da nach unseren heutigen Kenntnissen in keinem Fall mit Sicherheit vorausgesagt werden kann, ob der Pat. nicht 10, 20, ja 30 Jahre nach der Infection noch irgend eine schwere

gummöse Erkrankung bekommen werde und bekanntlich die S. auch einen prädisponirenden Einfluss auf die Entwicklung anderer schwerer Erkrankungen, so der Tabes, Dementia paralytica und gewiss noch mancher anderer Erkrankungen innerer Organe ausübt. Aber die Erfahrung lehrt wiederum, dass diese schweren Folgen nur in einer relativ geringen Anzahl von Fällen auftreten, dass bei weitem die Mehrzahl der mit S. Inficirten, nachdem sie in den ersten Jahren eine Reihe von Erscheinungen durchgemacht haben, von der Krankheit befreit sind und nie wieder durch sie geschädigt werden, und ferner sehen wir, dass bei weitem am häufigsten diejenigen Syphilitischen von solchen schweren Erscheinungen heimgesucht werden, welche früher nicht genügend behandelt worden sind. Hiermit ist uns ein ausserordentlich wichtiger Anhaltspunkt in der prognostischen Beurtheilung des einzelnen Falles gegeben, indem wir um so sicherer annehmen können, dass diese späteren Folgen ausbleiben werden, je sorgfältiger der Pat. früher behandelt worden ist. Ist letzteres der Fall gewesen, so dürfen wir also schon mit einiger Sicherheit den Eheconsens ertheilen. Hat aber ein Pat. schon schwere tertiäre Erkrankungen, z. B. des Gehirns durchgemacht, so darf er keinesfalls heirathen, entweder wegen schon bestehender irreparabler Defecte oder wegen der Gefahr des Recidivirens des Krankheitsprocesses in dem einmal ergriffenen Organ. Was nun die Uebertragung der S. auf den anderen Ehegatten und die Kinder anbelangt, so ist eine solche im Allgemeinen an die secundäre Periode gebunden; in der tertiären Periode ist die S. weder ansteckend, noch durch Vererbung übertragbar. In letzterem Punkte unterscheiden sich freilich beide Geschlechter: während beim Manne die Ansteckungs- und Vererbungsfähigkeit zu gleicher Zeit erlischt, überdauert beim Weibe die Vererbungsfähigkeit die Ansteckungsfähigkeit oft noch um lange Zeit. Dies erklärt sich aus dem verschiedenen Verhalten der Keimzellen: die Eizellen sind schon in früher Jugend fertig ausgebildet; wird nun eine Frau mit S. inficirt, so können Krankheitskeime in die Eizelle eindringen und dort liegen bleiben, bis nach längerer Zeit, nach 10 und selbst mehr Jahren, diese Eizelle befruchtet wird und nun auch der in ihr schlummernde

Syphiliskeim zur Entwicklung gelangt. Ganz anders beim Manne: Zur Zeit der secundären Periode dringen zwar die Syphiliskeime auch in die Spermazellen ein, aber wenn dieser Mann nach 10 Jahren eine Frau schwängert, so geschieht dies durch eine Spermazelle, welche mit jenen durch Syphiliskeime inficirten nur durch eine unendlich lange Reihe von Generationen zusammenhängt; also hier erlischt auch die Vererbungsfähigkeit zugleich mit der secundären Periode. Einer syphilitisch inficirten Frau wird daher viel weniger leicht die Erlaubniss zur Ehe ertheilt werden können, weil die Möglichkeit einer Vererbung eigentlich während der ganzen Zeit der Conceptionsfähigkeit besteht. Die directe Ansteckungsfähigkeit nun erlischt erfahrungsgemäss durchschnittlich etwa 3 Jahre nach der Infection. Freilich verhalten sich die Fälle hier recht verschieden: so sind sichere Fälle bekannt, wo ein Mann mit florider secundärer S. im 1. oder 2. Jahr nach der Infection heirathet, die Frau nicht inficirt und gesunde Kinder zeugt, und auf der anderen Seite kommen Fälle vor, in denen 5 und 6 Jahre nach der Infection doch noch Uebertragung auf die Frau stattfindet. Aber beides sind Ausnahmen. Also als absolutes Minimum, wo der Heirathconsens gegeben wird, sollen 3 Jahre gelten, die seit der Infection verflossen sind, wenn irgend möglich, ist aber ein längerer Zeitraum, mindestens 5—6 Jahre, zu verlangen. Unter Umständen, wenn z. B. eine S. im 3. und 4. Jahre noch häufige Recidive secundärer Natur zeigt, muss natürlich der Termin noch weiter hinausgeschoben werden, eine stattgehabte energische Behandlung andererseits kann den Termin nach oben verschieben lassen. Besonders bei Frauen sehen wir aufs Deutlichste, wie sehr durch eine energische Quecksilberbehandlung der Vererbungsfähigkeit entgegengewirkt wird, und wir dürfen daraus schliessen, dass bei energischer Behandlung auch die Uebertragbarkeit früher erlischt, als ohne eine solche.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 8.)

- **Uebertragung der S. durch ein Rasirmesser** erlebte Catrin.  
Ein 17jähriger junger Mann acquirirte S. 1894 im September. Im Juli 1895 bediente sich der Vater des Rasirmessers des Pat., schnitt sich am Kinn und

bekam an dieser Stelle einen harten Schanker mit sehr schmerzhafter Schwellung der Unterkieferdrüsen, später Roseola, März d. J. beiderseitige Iritis. Der Verlauf der S. bei dem bis dahin ganz gesunden, 71jährigen Manne ist ein besonders schwerer.

(Pester medic.-chirurg. Presse 1896 No. 34.)

- **Der Durchbruch der Weisheitszähne im Zusammenhang mit alter S.** bringt oft schwere Complicationen, besonders erhebliche Eiterungen zu Stande, wenn derselbe später, zwischen 20. und 30. Jahre erfolgt. Zahnarzt P. Ritter (Berlin) erlebte einen solchen Fall, und zwar handelte es sich hier sogar um den Durchbruch des oberen und unteren Weisheitszahnes zugleich, in deren Bereich eitrig-e Entzündung auftrat. Extractionen und chirurgische Eingriffe brachten nur Besserung, keine Heilung. Letztere wurde erst erzielt, als dem 1890 inficirten Pat. Jodkali gegeben und auch extern Jodpräparate angewandt wurden.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 72.)

- **Die Nützlichkeit des Jodkali auch bei mancher secundären S.** beweist ein von Barbe mitgetheiltes Fall: Ein 63jähriger Mann inficirte sich im December 1894 und bekam dann secundäre Erscheinungen. Am 6./IV. d. J. zeigte er confluirende Papeln auf beiden Tonsillen, die trotz wiederholter Lapisätzung und einer internen Sublimatbehandlung nach 1 Monat keine Besserung zeigten, auch einer 3monatlichen Injectionscur (Hydrarg. benz.) nicht wichen. Als dann Jodkali gegeben wurde (2 gr pro die) erfolgte in wenigen Tagen Heilung.

(III. internat. Congress für Dermatologie u. Syph. London, 4.—8./VIII. 1896. — Therap. Wochenschrift 1896 No. 35.)

- **Einen Fall von Myositis gummosa circumscripta** publicirt Dr. M. Eger aus Prof. B. Baginsky's Poliklinik (Berlin), und zwar ist dies ein reiner Fall, nicht, wie die meisten bisher veröffentlichten mit anderen Affectionen combinirt, und daher ein klares Bild von dem Leiden liefernd. Eine 35jährige ledige Näherin inficirte sich vor 16 Jahren und machte damals eine Schmiercur durch. Seitdem ist sie nie krank gewesen und hat nie Erscheinungen

von S. gehabt. Vor 6 Wochen bemerkte Pat. an beiden Seiten des Halses, in Kehlkopfhöhe symmetrisch gelegen, 2 harte, weder spontan, noch auf Druck schmerzhaft, etwa taubeneigrosse Geschwülste, welche die Bewegungen des Kopfes in keiner Weise beeinträchtigten und sich ganz unbemerkt entwickelt hatten. Beide Tumoren sollen sich seitdem nicht verändert haben. Status praesens: An beiden Seiten des Halses, entsprechend den Musculi sternocleidomastoid., in Kehlkopfhöhe symmetrisch gelegen, 2 reichlich taubeneigrosse, harte, circumscripte Geschwülste, deren seitliche Grenzen mit dem betreffenden Muskelrand zusammenfallen; beide sammt dem Muskel leicht verschieblich, bei Contraction des Muskels Beweglichkeit geringer, Abgrenzung schwieriger. Von der rechten Hälfte der Schildknorpelplatte, ohne Zusammenhang mit dieser, und in der linken Fossa supraclavicularis je ein etwa kirschkerngross, circumscripter, harter Tumor von leichter Beweglichkeit. Schmerzen weder spontan, noch auf Druck. Haut an allen 4 Stellen normal, leicht verschieblich. Function der Musculi sternocleidomastoid. ungestört, elektrische Reactionen normal. Sonst am Körper nichts Bemerkenswerthes, keine Residuen von S., keine Drüsenschwellungen. Unter Behandlung mit Jodkali gingen die Geschwülste rasch zurück, und bei der Entlassung nach 4 Wochen fand sich an deren Stelle eine nicht gut umgrenzbare Härte im Muskel, rechts in der Ausdehnung von ca. 1 cm, links noch kleiner, während die kleineren Tumoren ganz verschwunden waren. — Autor hat die hierher gehörige Litteratur gesichtet und nur 7 einwandfreie Fälle von dieser Affection gefunden, die übrigen aber als nicht rein ausgeschaltet. Bei diesen reinen Fällen fand er einige Male die Symmetrie, wie sie oben bestand, vor, ebenso meist die Schmerzlosigkeit und das Fehlen von Functionstörungen; dass letztere bei grösserem Wachsthum der Tumoren eintreten können, ebenso wie Beschwerden in Folge Compression auf die Nerven, ist theoretisch durchaus richtig, doch glaubt Autor, dass vorkommende Contracturen nur ein zufälliges Zusammentreffen darstellen, indem beide Affectionen auf dieselbe Ursache zurückzuführen sind, aber unabhängig von einander bestehen.

Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 35.)

**Tumoren.** Die Heilung eines Falles von Rundzellensarkom des weichen Gaumens unter Arsenbehandlung erlebte Dr. R. Bolz. Es wurde eine 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>ige wässrige Lösung von Natr. arsenic. subcutan injicirt, indem von 0,01—0,02 des Arsenpräparats pro die allmählig gestiegen wurde. Nach anfänglichem Ausbleiben der Wirkung und Bildung einer neuen Metastase über dem rechten Augenzahn trat bald auffällige Besserung ein. Zuerst nach 11 Injectionen reinigten sich die Geschwürsflächen der rechten Gaumenhälfte, der derb prominirende Grund sank ein und die Ränder legten sich an, die erwähnte Metastase ging zurück. Dann folgten im Heilungsprocesse die linke Gaumenhälfte und endlich die Tonsillen. Ein Stückchen, aus der heilenden Tonsille excidirt, liess mikroskopisch sehr schön erkennen, wie sich dem Rückgange der durch Rundzellen dargestellten Geschwulstmasse entsprechend das Epithel vom Rande her vorschob. Auch das Allgemeinbefinden wurde durch das Arsen sehr günstig beeinflusst; nach Verbrauch von 0,845 Natr. arsenic. innerhalb 6 Wochen Gewichtszunahme 9,5 kg. Die Heilung kam unter Verlust des rechten Gaumens und unter grosser Narbenbildung zu Stande.

(Festschrift zur Feier des 80. Stiftungsfestes des Aerztl. Vereins zu Hamburg. — Therap. Monatshefte 1896 No. 7.)

— Ein Fall von Carcinoma oesophagi, unter dem Bilde einer Myelitis transversalis verlaufend, wurde von Dr. J. Lütkemüller (II. medic. Abtheilung des k. k. Krankenhauses Wieden in Wien) beobachtet. Ein 46jähriger, am 24./II. 1894 aufgenommener Mann, früher gesund, klagte seit etwa 14 Tagen über plötzlich aufgetretene Schwäche der beiden Arme und lästiges Kriebeln und Ameisenlaufen in allen Fingern. In den Beinen waren diese Beschwerden nur in sehr geringem Grade vorhanden. Ausserdem zeitweise Schmerzen im rechten Arme. Seit 8 Tagen starker Husten. Status praesens: Mittelkräftiger, mässig genährter Pat. mit Temp. 36,7<sup>0</sup> und Puls 84; über den Lungen vesiculäres Athmen mit sehr zahlreichen, feuchten und trockenen Rasselgeräuschen; Sputum reichlich, zähe, schleimig-eitrig; Pupillen ungleich, links bedeutend grösser, als rechts, prompt reagirend; bedeutende Druckempfindlichkeit der Anfangstheile der letzten Cervical- und obersten

Dorsalnerven, sowie des Plexus brachialis; mässige Schwellung ohne Druckempfindlichkeit der Cervicaldrüsen, besonders rechts; bedeutende Herabsetzung der motorischen Kraft der beiden oberen Extremitäten, rechts noch stärker, als links: Strecker des Handgelenkes und der Finger rechts vollständig gelähmt; Herabsetzung der Sensibilität an der Vorderfläche des Thorax; lebhafte Parästhesieen in den Fingern beider Hände; Steigerung der Sehnenreflexe an den oberen und unteren Extremitäten. Weiterer Verlauf: Die motorische Schwäche am 28./II. grösser. Am 9./III. besteht rechts vollständige, links fast vollständige Lähmung des Armes; auch Rumpfmusculatur stark geschädigt, da Pat. sich im Bette nicht einmal zu bewegen vermag; Sensibilität an den Armen stark herabgesetzt, an der Vorderfläche des Brustkorbes vollständige Anaesthesia; auch an den unteren Extremitäten Motilität und Sensibilität bedeutend herabgesetzt, an der Innenfläche der Ober- und Unterschenkel anästhetische Bezirke nachweisbar; Reflexe allenthalben, besonders aber an den Beinen hochgradig gesteigert, sodass leise Berührung derselben schon lebhafte klonische Zuckungen hervorruft. 11./III. Zustand bedeutend verschlimmert; Pat. vollständig aphonisch, kann nicht schlucken, indem die Speisen regurgitirt werden, Harn und Stuhl gehen ins Bett. Am 12./III. im Collaps Exitus. Die Sectionsdiagnose lautete: „Carcinoma oesophagi medullare cum metastasibus glandularum lymphaticarum clavicularem lateris utriusque. Infiltratio columnae vertebralis carcinomatosa in regione vertebrae VII. colli et vertebrae I. dorsalis. Compressio medullae spinalis ex infiltrationem carcinomatosa textus cellulosi canalium vertebralis. Metastases hepatis et pulmonum.“

(Wiener medic. Presse 1896 No. 34.)

- 2 Fälle von Pigmentsarkom der Haut beschreibt Dr. V. Steiner (Israel's Abtheilung des jüd. Krankenhauses in Berlin). Der 1. Pat., ein 50jähriger Mann, der nie krank gewesen sein will, bekam vor 5 Jahren im Winter Reissen im rechten Grossehnenballen, wobei der Fuss anschwell. Die Anschwellung verschwand nach einigen Monaten vollständig, um sehr bald wieder zu erscheinen. Den 1. Tumor bemerkte Pat. vor 3 Jahren, in der Gegend des inneren Knöchels des rechten Fusses. Allmählig traten an den



Knöcheln beider Beine kleine warzenartige Geschwülste auf, und ausserdem kamen an den Füssen, besonders den Zehen und über den Fussgelenken kleine Flecke zum Vorschein, die beim Gehen schmerzten. Seit einem Jahre sind die auftretenden kleinen Tumoren bläschenartig und verbreiteten sich über den grössten Theil des rechten Unterschenkels; dabei confluirten die einzelnen, sodass grössere Geschwülste entstanden, die Haut fing an zu nassen, die Schwellung des Beines wurde immer beträchtlicher. Seit 3 Monaten bemerkte Pat. auch am linken Unterschenkel blaue Knoten, deren Auftreten mit erheblicher Schwellung des erkrankten Gliedes einherging. Auch an dem Daumenballen der linken Hand wuchsen mehrere blaurothe Tumoren hervor, ferner traten dieselben in letzter Zeit auch an den Ohrmuscheln auf. Pat. ist nicht besonders abgemagert. Er klagt über heftige Schmerzen im rechten Bein, sowie über die äusserst stinkende Absonderung desselben. Status praesens: Innere Organe normal. Urinuntersuchung: Rosenbach'sche Reaction positiv, sonst kein Befund. Blutuntersuchung: Haemoglobingehalt auf 33% des normalen gesunken, im Cubikmillimeter 3440000 rothe und 20000 weisse Blutkörperchen. Pat. auffallend blass, Haut mit zahlreichen angeborenen Pigmentmälern und mehreren *Mollusca pendula* bedeckt. Linker Unterschenkel mässig ödematös, desgleichen der Fussrücken; die Oedeme gehen bis zur Tuberositas tibiae. Am medialen Theil der Planta pedis eine Anzahl unregelmässig geformter, weinhefefarbiger Flecke von Kleinlinsengrösse bis Markstückgrösse, auf Fingerdruck nur sehr wenig abblassend. Die grösseren Flecke zeigen ein etwas blasserer Centrum und Knötchenbildung an der Peripherie; die Knötchen dunkler gefärbt, als der Rest. Die ganze Efflorescenz etwas über dem Niveau prominent, unempfindlich. Am Nagelfalz der grossen Zehe ein gut erbsengrosser, theilweise mit Hornschicht bedeckter, fast gestielter Knoten von blaurother Farbe, compressibel und empfindlich. Gleiche Efflorescenzen, wie an der Planta pedis, zum Theil von Epidermisschuppen bedeckt und überall ihre Entstehung aus kleineren Knoten erkennen lassend, an der Aussenseite des Unterschenkels bis zur Mitte und an der Medianseite vom inneren Knöchel ab fast ebenso hoch. Der stärkst ausgebildetste dieser Tumoren liegt medianwärts von der Achillessehne und lässt im Gegensatz zu den anderen cavernöse Eindrückbarkeit

und Schwellbarkeit constatiren; er ist gleichfalls weinhefe-farbig und diffus ohne erkennbare Knötchenbildung. An manchen dieser Efflorescenzen scheint eine centrale narben-artige Rückbildung und Ablassung zu erfolgen, während in der Umgebung eine skleromartige Härte der Haut persistirt. Unterhalb des Malleolus extern. in der Umgebung einer glatten Warze eine etwa markstückgrosse, unregelmässig contourirte Parthie, welche sich ohne Pigmentation über das Niveau erhebt. Im ganzen Bereich der eben beschriebenen unteren Hälfte des Unterschenkels fühlt sich die Haut brettartig, sklerotisch an, nicht faltbar, gegen die Unterlage nicht verschieblich und leicht ödematös eindrückbar. Inguinaldrüsen links bis zu Taubeneigrösse angeschwollen, aber weich und verschieblich. Rechter Fuss und Unterschenkel von bedeutend grösserem Volumen, als links; besonders Zehen klumpig und elephantiasisch. Der Fuss bis etwa zum Sprunggelenk macht überhaupt einen elephantiasisartigen Eindruck, einerseits durch die Volumzunahme im Ganzen, dann durch die überreiche Entwicklung der Haut, welche durch tiefe Querwülste getrennte Falten über dem Sprunggelenk und der dorsalen Gegend der Metatarsophalangealgelenke trägt, endlich durch die ichthyosisartige Beschaffenheit der Epidermis, welche an manchen Stellen horn- und haarartige, papilläre Verlängerungen zeigt. Abweichend aber von dem gewöhnlichen Bilde der Elephantiasis ist die Entwicklung zahlreicher kleiner, kugelig, sowie plattgedrückter und plateauartiger Erhebungen mit einander verschmelzender Prominenz der Haut, welche, den Hautfalten folgend, den Eindruck excessiv hypertrophischer Papillen machen. Die Hauptanhäufung dieser Gebilde findet sich über den Metatarsophalangealgelenken und der Gegend des Sprunggelenks. Der grössere Theil derselben ist von einer etwas verdünnten Epidermis überzogen, welche die darunter liegenden Gebilde leicht bläulich durchschimmern lässt. Fast alle geben dem Fingerdruck nach und füllen sich bei Nachlassen desselben sofort wieder. Verstreute einzelne und gruppirte Prominenz liegen auch dem Fussrücken auf, aber selbst die nicht so spezifisch veränderten Hautparthieen des Fussrückens zeigen deutlich eine Hypertrophie der Papillen. Die untere Hälfte des Unterschenkels wird eingenommen von einem circulären Aggregat von Geschwülsten von Linsen- bis Kleinapfelgrösse. Diese den Unterschenkel fast in

## Tumoren.

seinem ganzen Umfange umgreifende, aus Knötchen zusammengesetzte Geschwulstmasse ist zum guten Theil von Epidermis entblösst, macht mitunter einen telangiektatischen Eindruck und schiebt sich in Gestalt von zungenartigen Fortsätzen nach oben weiter vor. Disseminirt in der Umgebung der Geschwülste finden sich die jüngsten Herde, welche vollkommen analog den am Fusse beschriebenen sind. Ebenso ist der Uebergang der am Fuss beschriebenen Geschwülste zu den Geschwulstmassen des Unterschenkels ein continuirlicher, sodass zweifellos identische Bildungen vorliegen. Am oberen Drittel des Unterschenkels an seiner lateralen Seite eine grosse Anzahl flacher, blau-weinhefarbener, papillärer Prominenzen, welche ihrerseits wieder völlig identisch sind mit den an der Fusssohle beschriebenen Efflorescenzen. Inguinaldrüsen rechts viel weniger vergrössert, als links. Auf dem rechten Thenar 5 telangiektatische Warzen, eine oberflächlich exulcerirt. In den letzten Tagen sind neue kleine T. im oberen Drittel des rechten Unterschenkels aufgetreten. Auch an den Ohren blaue Flecke, wie oben beschrieben, umgeben von einer infiltrirten, derben Hautzone. Der 2. Pat., 72 Jahre alt, bemerkte vor 5 Jahren am rechten Fuss über dem Grosszehenballen eine bohngrosse Geschwulst, zuerst nicht schmerzhaft. Seit  $3\frac{1}{2}$  Jahren zeigten sich multiple Flecke zuerst am rechten Fuss an den Zehen, dann am linken Fuss, worauf centripetalwärts beide Unterschenkel ergriffen wurden, dann auch Hände und Ohren. Die Unterschenkel schwellen beträchtlich an, an den Fusssohlen bildeten sich blasige, compressible Geschwülste von Apfelsinengrösse, welche schon wiederholt geplatzt sind und eine grosse Menge farbloser, seröser Flüssigkeit austreten liessen. Die Haut über diesen Lymphsäcken zeigt starke Verhornung. Werden diese Cysten comprimirt, so füllen sie sich beim Nachlassen des Druckes rasch wieder an. Die blaurothen Flecke an den Unterschenkeln, Händen und Ohren dieses Pat., sowie das bretharte Sklerom beider Beine zeigt die Identität der beiden Krankheitsbilder, so sehr auch ihr Aussehen im Uebrigen von einander abweicht. Der 2. Pat. repräsentirt entschieden mehr die Folgen der früher vorhandenen Hauttumoren in Form von Kreislaufs- und Ernährungsstörungen der Haut, während bei dem 1. Pat. die Proliferation der T. in den Vordergrund tritt und eine gewaltige

Progrediens erkennen lässt. Der 2. Pat. zeigt circumscripte Sklerodermieen an beiden Beinen mit centraler seichter Depression und deutlicher Pigmentirung; zweifellos sind das Reste der kleinen blauen Knoten. Diese Rückbildungsfähigkeit sammt dem beschränkten Wachsthum muss den Sarkomcharakter in Frage stellen. Prof. Israel denkt auch mehr an chronische Infectionskrankheit, ebenso Mikulicz. Kaposi hält noch an dem Begriff Sarkom fest, giebt aber zu, dass die T. histologisch den pseudoleukämischen nahestehen; er bezeichnet neuerdings die Affection als „hämorrhagisches Sarkom“. Es ist ein verhältnissmässig gutartiger Process; das Allgemeinbefinden beider Pat. hat nicht gelitten! Mikroskopisch erkennt man an einem kleinen, eben mit blossem Auge extirpirten T., der dem 1. Pat. extirpirt wurde, Folgendes: Kleinzellige Infiltrationen in der Umgebung der Gefässe, einhergehend mit Gefässneubildung und Hämorrhagieen ins benachbarte Gewebe. Der Process spielt sich hauptsächlich in den untersten Schichten der Cutis ab, jedoch ist die perivascularäre Zellinfiltration durch die skleromartig verdickte Cutis bis in die Papillen zu verfolgen. An den Stellen, an welchen die Blutungen in das Gewebe stattgefunden haben, sieht man grössere und kleinere Schollen von Blutpigment. Die Gefässwandungen werden von den Infiltrationszellen durchwuchert, welche Thatsache das Zustandekommen der Hämorrhagieen erklärt. Ferner folgen diese Infiltrationen offenbar auch den Lymphgefässen; es ist wahrscheinlich, dass die grossen Lymphcavernome an den Füssen des 2. Pat. nicht reine Kreislaufstörungen darstellen, sondern durch Dilatation und Neubildung von Lymphgefässen, einhergehend mit Lymphorrhagieen in das umgebende Gewebe entstanden, zu erklären sind.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 33.)

- **Ueber die Anwendung des Emmerich-Scholl'schen Krebsserums (und des Formols) bei inoperablen Augengeschwülsten** liess sich Nieden (Bochum) aus. Er hat 2 Fälle so behandelt, beide ohne jeden Erfolg; es machte sogar den Eindruck, als ob die T. nach den Injectionen des Krebsserums besonders üppig wucherten. Im 1. Falle handelte es sich um das Recidiv eines Melanosarkoms bei einem erwachsenen Manne. Das Auge

war vor einem Jahre entfernt worden, und die Geschulstmassen füllten jetzt die ganze Orbita aus. Es wurde Anfangs 1 dg des Serums, dann 2 dg eingespritzt. Schon nach der 4. Injection zeigte sich ein rascheres Wachstum als zuvor. Nach 14 Tagen wurde Pat. mit Verschlimmerung entlassen. Der 2. Fall betraf ein Kind mit Glioma retinae, das schon den Opticus ergriffen hatte. Auge und Sehnerv wurden operativ entfernt. Nach 6 Wochen begann ein Recidiv, das bald die ganze Augenhöhle ausfüllte. Eine Operation erschien aussichtslos. Autor injicirte nun innerhalb 4 Wochen 14 Mal das Krebsserum, Anfangs in die Peripherie, dann in die Tumormassen selbst. Nach der 10. Injection zeigte sich das Wachstum stürmischer als zuvor, die Oberfläche der Geschwulst verjauchte und verbreitete einen schrecklichen Geruch. Hier erwiesen sich Umschläge mit 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>iger Formollösung als ausserordentlich günstig: an der Oberfläche trat eine Gangrän ein, und das Wachstum ging eclatant zurück. Autor glaubt, dass mit der Formollösung unter Umständen das Leben solcher Pat. längere Zeit erhalten werden kann.

(25. ophthalmolog. Congress in Heidelberg, 5.—8. August 1896. — Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 36.)

- Einen Fall von *Molluscum contagiosum* an den Augenlidern sah Dr. Salzer (München). Er ist besonders deshalb sehr interessant, weil bei demselben der zuerst von Bollinger vermuthete ätiologische Zusammenhang der Erkrankung mit einer bei Hühnern und Tauben vorkommenden bösartigen Infectiouskrankheit, dem Epithelioma contagiosum oder sogen. „Geflügelpocken“, wenn auch nicht absolut sicher gestellt, so doch im höchsten Grade durch die Anamnese wahrscheinlich gemacht wird. Bollinger hat bekanntlich ausgesprochen, dass die beim Geflügel wie beim Menschen constant vorkommenden Molluscumkörperchen Gregarinen seien, welche sich durch Theilung und Abschnürung vermehren. Ueberimpfungen von Huhn oder Taube auf den Menschen scheinen noch nicht gemacht zu sein, dagegen haben verschiedene Untersucher frisches Material vom Menschen auf ihre eigene Haut übertragen, und einige haben dabei nach einer Latenzzeit von mehreren Monaten positive Resultate erzielt. Auch hat ja Jürgens auf dem

letzten Chirurgencongress die Mittheilung gemacht, dass er sich unfreiwillig am Daumen mit Material von Epithelioma contagiosum des Huhns inficirt habe und dass daselbst eine Geschwulst entstanden sei, welche dieselben Gregarinen, wie das Epitheliom des Huhns enthielt. Was nun den Fall von Salzer anbelangt, so handelt es sich um ein 33jähriges Fräulein, das seit etwa 2 Jahren das Auftreten weisser Knötchen an den Augenlidern bemerkt, von denen das älteste in der letzten Zeit schneller gewachsen sein soll. Man bemerkt am linken inneren Augenwinkel am unteren Lidrand dieses älteste, also 2jährige Gebilde, ein wachsweisses, sich derb anfühlendes Knötchen von der Grösse einer kleinen Erbse. In seiner directen Nachbarschaft, die Gegend des Thränensackes einnehmend, etwa 6—7 dicht zusammenliegende, stecknadelkopfgrosse Knötchen von derselben Beschaffenheit, in den oberflächlichsten Hautschichten eingelagert. Ganz ähnlich am rechten Auge, nur dass hier kein Knötchen Stecknadelkopfgrosse überschreitet. Aus dem angeritzten grössten Knötchen entleerten sich nur Spuren von körniger Masse; daher Abtragung mit der Scheere. Die anderen liessen sich nach Spaltung der dünnen, sie bedeckenden Epithelschicht wie aus einer Kapsel aus der Haut herauschälen. Die anatomische Untersuchung ergab zahlreiche Molluscumkörperchen. Auf Befragen gab Pat. nun an, dass im Jahre 1893/94 eine im nämlichen Hause wohnende Frau ein ganz gleiches Knötchen an der Wange gehabt habe. Diese Frau liess sich jetzt ebenfalls untersuchen: es fanden sich einige Flecken von Xanthelasma an den Lidrändern, aber kein Molluscum. Auf letzteres passt aber die Beschreibung des vor 2 Jahren beobachteten Tumors sehr gut; derselbe war schmerzlos, ziemlich weich, weiss, wuchs sehr langsam bis Erbsengrösse, brach dann schmerzlos auf und entleerte einen weisslichen Brei, worauf er sich spurlos zurückbildete. Vom Sommer 1893 ab wurden in dem von beiden Pat. bewohnten Hause Tauben gehalten, mit welchen Beide häufig in Berührung kamen. Unter diesen Tauben brach bald eine verheerende Seuche aus, an welcher die meisten der Thiere starben. Die 1. Pat., welche die Tauben manchmal fütterte, bemerkte an ihnen Abmagerung, stellenweisen Verlust der

Federn, sowie kammartige Bildungen auf dem Schnabelrücken. Da die Neubildung bei den Thieren am häufigsten am Schnabel auftritt, ist beim Füttern eine gute Gelegenheit zur Infection des Menschen gegeben, der sich dann von seinem Finger die Affection auf sein Auge überträgt.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 36.)

- Ueber einen Fall von **multipler eruptiver Angiombildung im Gesicht** berichtet K. Ullmann (Wien). Die 40jährige, früher stets gesunde Frau zeigte bei ihrem 1. Besuche 1892 etwa 4—5 hanfkorn- bis kleinerbsengrosse, halbkuglige, blauschwarze Hervorragungen, und zwar an der Wange über dem Jochbein, auf der Stirn und an der Grenze zwischen Haut und Schleimhaut der Oberlippe je eine noch kleinere derartige Neubildung. Ausserdem fanden sich im Bereiche des Gesichts, Halses und Nackens mehrere erbsen- bis bohngrosse, verschieden gestaltete, theils warzige, theils auch pigmentirte und mit Haaren besetzte Muttermäler. Pat. gab an, dass die T. erst kürzlich aufgetreten und rasch gewachsen seien, dabei nie schmerzten. Im Laufe der nächsten 2 Jahre vermehrten sich die T. ausserordentlich stark: an der linken Gesichtshälfte, die vorzugsweise befallen war, konnte man allein an 50 Efflorescenzen zählen, von denen die grösste, erbsengrosse, mitten auf der Wange sass, die kleinsten und jüngsten wie dunkelrothe bis blaue erweiterte Gefässer aussahen. Im Uebrigen herrschte die grösste Verschiedenheit bezüglich Form, Grösse, Prominenz, Farbe und Consistenz der T. Fast alle fühlten sich aber derbelastet an, wie wenn sie mit einer zähen Flüssigkeit prall gefüllte Blasen wären. Die Excision eines grösseren Tumors ergab, dass eine maligne Neubildung keinesfalls vorlag. Es wurden nun einige grössere T. mit dem spitzen Brenner verkohlt und dabei vorsichtig stets etwas von der gesunden Umgebung mitgenommen; bei den kleinen, wie mittleren Knoten zeigte sich jedes Mal ein Tropfen dunkelrothen, jedoch flüssigen Blutes. Wie die histologische Untersuchung lehrte, handelte es sich um multiple, schubweise aufgetretene, zunächst rein cutane, fissurale, cavernöse Angiome, die wegen ihres geringgradigen, weder nach der Fläche, noch nach

der Tiefe über eine gewisse Grösse zunehmenden Wachstums als „gutartige“ zu bezeichnen waren. Ganz ungewöhnlich war das acute, eruptionsartige Auftreten und der Stillstand in der Entwicklung der einzelnen Knoten bei einer gewissen Grösse. Die Frage, ob eine primäre Neubildung an Gefässen vorlag oder Ektasie mit consecutiver Hyperplasie der Wand, war nicht zu entscheiden, da es nicht gelang, einen Zusammenhang der T. mit dem normalen Gefässnetz der Haut nachzuweisen.

(Archiv f. Dermatologie u. Syph. 1896, Bd. 25, Heft 2.)

- Glaucher empfiehlt warm die **Behandlung des Hautepithelioms mit dem Thermokauter oder Galvanokauter** als das einzig zweckmässige Verfahren. Zwischen den Kauterisationen benützt er eine Salbe von Kal. chloric. (1:6 bis 1:3). Bei den Haut- und oberflächlichen Epitheliomen bewirkt diese Behandlung vollständige Heilung, auch bei Schleimhaut-Epitheliomen ist sie von Nutzen, hingegen ist die Wirkung bei tieferen Epitheliomen nur eine palliative.

(III. internat. Congress f. Dermatologie u. Syph., London, 4.—8./VIII. 1896. — Therap. Wochenschrift 1896 No. 35.)

- Die **Veranlassung zur Entstehung einer Hautwarze** konnte Schoal (Esslengten) bei einem Unfall an sich selbst ganz genau eruiren. Beim Hantiren mit einer Glasröhre zersprang diese in zahllose Splitter, wobei Autor an der Beugeseite eines Fingers einen kleinen Schmerz verspürte. Da aber eine Verletzung nicht zu sehen war, beachtete er die Sache nicht, wengleich die Stelle auf Druck immer etwas empfindlich blieb. In den nächsten 8 Tagen nun bildete sich an dieser Stelle eine regelrechte Warze aus, die, abgeschnitten, immer wieder recidivirte, bis sie mit Aetzkali geätzt wurde. Da war nach 2 Tagen die Druckempfindlichkeit geschwunden. Der Aetzschorf wurde entfernt, aber dabei stiess man auf einen harten Gegenstand, der sich als 2 mit unbewaffnetem Auge kaum wahrnehmbare Glassplitter erwies; dieselben hatten also die Papillen im Corium mechanisch gereizt, und dieser Reiz führte zu einer Schwellung derselben und zu vermehrter Bildung von Epidermis. Von da ab blieben Recidive aus.

(Archiv f. Dermatologie u. Syph. 1896, Bd. 25, Heft 2.)



**Typhus abdominalis.** Einen Fall von Darmperforation nach aussen bei T. mit spontaner Heilung, einen Fall, der sich nicht nur durch diesen unerwartet günstigen Verlauf, sondern schon seiner Seltenheit wegen auszeichnet, publicirt Carl S. Hägler-Passavant (Basel). Eine 35jährige Arbeiterin wird am 19./VIII. 1893 mit einem typischen T. ins Spital gebracht, 3 Wochen nach Eintritt der ersten Krankheitserscheinungen. Pat. war 1886 von Hegar laparotomirt worden und behielt davon in der Bauchmitte eine kindskopfgrosse Hernie mit dünnen Hautdecken zurück, die aber durch Pelotten zurückgehalten wurde und keinerlei Beschwerden verursachte; keine Verwachsung der Bauchdecken mit dem Bauchinhalt, Reposition des letzteren leicht möglich. Im Verlaufe des T. zeigte sich Anfangs eine Besserung insofern, als das Fieber in den ersten 2 Tagen herunterging und sich zwischen 38° und 39° hielt; am 4. Tage stieg es aber wieder über 39° und hielt sich einige Tage in dieser Höhe. Am 6. Tage nach der Spitalaufnahme (25./VIII.) Schmerzen in der Bauchhernie, Tympanites, Leberdämpfung verschwunden, an der Kuppe der Hernie Epidermis an einer fünffrankenstückgrossen Stelle bläulich verfärbt. Am 26./VIII. Epidermis in dieser Ausdehnung blasenförmig abgehoben; am Abend öffnete sich die Blase an einer stecknadelkopfgrossen Stelle, wo sich nun übelriechende Gase und wenig trübe, fäculent riechende Flüssigkeit entleerte. Bakteriologische Untersuchung der letzteren ergibt darin: Typhusbacillen; ebensolche in den per vias naturales abgehenden Stühlen nachweisbar. Die Kothfistel vergrösserte sich in wenig Tagen bis zu 6 cm Länge (querverlaufend) und 2 cm Breite; die Fistelränder des Darmes überall mit der dünnen Hautdecke verschmolzen, das stark geröthete, zum Theil ulcerirte Darminnere trat offen zu Tage. Fast der ganze Darminhalt entleerte sich aus dieser Oeffnung; Stuhlgang sonst nur alle 2 Tage sehr spärlich. Die Temperatur ging mit Eröffnung der Darmfistel zur subfebrilen Höhe herunter, während der Puls immer noch sehr frequent und weich blieb. Am 5./X. bildete sich unterhalb der breiten Fistel eine weitere kleine, am 10./X. zwei weitere in der Umgebung der schon bestehenden. Die Pat. war jetzt sehr schwach, erschreckend abgemagert, hatte Decubitus,

subfebrile Temperaturen; in ihrem von ihr selbst als hoffnungslos erkannten Zustand wünschte sie nach Haus transportirt zu werden, was ihr sehr ungerne gewährt wurde (am 11./XI.). Seitdem nahm die Affection einen erstaunlichen Verlauf. Am 13./XII. war Pat. fast vollständig geheilt; seit Anfang Dec. liessen die Fisteln keinen Koth mehr passiren und secernirten nur wenig trübseröse, geruchlose Flüssigkeit, die früher zum Skelett abgemagerte Frau sah gutgenährt aus, die Fisteln schlossen sich und die Hernie sah so ziemlich wie früher aus. Der Fall zeigt, wie vorsichtig man in der Prognosenstellung sein muss. Der pathologische Vorgang selbst ist einfach folgender gewesen: eine im Bauchsack gelegene, von Typhusgeschwüren ergriffene Darmstelle ging durch den entzündlichen Reiz Verklebungen mit den dünnen Bauchdecken ein; die herabgesetzte Ernährung dieser Stelle und vielleicht auch Traumen (Druck der Bettdecke) bewirkten eine Perforation, und zwar an verschiedenen Stellen derselben Darmschlinge.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1896 No 17.)

--- Bei **Behandlung des T.** berücksichtigt Prof. Dr. N. Maldarescu (Bukarest) 3 Punkte: die Darmstörungen, das Fieber und den Kräfteverfall. Was nun die Darmstörungen anbelangt, so pflegt Autor zunächst zur Entleerung des Darmtractus Magnesium- oder Natriumsulfat zu geben, die hier sehr zweckmässig sind. Besteht im weiteren Verlaufe des T. Obstipatio, so wird neben diesen noch folgendes Recept angewandt:

**Rp.**

*Magnes. salicyl.*  
*Beta-Naphthol. aa 2,5.*

M. f. p. Divid. in part. No. 5.  
S. 2stündl. 1 Pulver.

Von diesen Pulvern lässt Autor alle 4 Tage 5 Stück täglich nehmen. Ist Diarrhoë vorhanden, so wird ebenfalls Magnes. sulfur. gebraucht, daneben aber:

**Rp.**

*Bismuth. salicyl. 6,0*  
*Beta-Naphthol. 2,5.*

M. f. p. Div. in dos. No. 8.  
S. 2stündl. 1 Pulver.

Diese Pulver werden regelmässig gegeben, bis der Durchfall sistirt. Gleichzeitig erhält der Kranke reichlich Wasser oder wässrige Getränke, aber stets ohne Syrupe, endlich früh und Abends Klysmen mit kaltem, sterilisirtem Wasser und Priessnitz'sche Umschläge um den Leib, die 2 Mal täglich gewechselt werden. Gegen das Fieber wendet Autor seit 4 Jahren mit bestem Erfolg Antifebrin an, welches die Pat. während des ganzen Verlaufes des T. in fast vollständiger Apyrexie erhält. Die höchste gebrauchte Dosis beträgt 1 gr pro die, auf 4 Pulver vertheilt, die 3—4 stündlich verabreicht wurden, für gewöhnlich genügen aber 3 Pulver à 0,25, zwischen den genannten Darmantiseptics gegeben. Gleichzeitig werden auch 3—4 Mal täglich Waschungen vorgenommen (nur parthieenweise, um zu starke Abkühlung zu vermeiden) mit:

**Rp.**

*Acet. aromatic. 100,0*

*Camphor.*

*Acid. carbol. liq. aa 1,0.*

Sie haben neben der temperaturherabsetzenden auch eine desinficirende Wirkung. Die Depression der Kräfte wird bekämpft am besten durch Chinin in refracta dosi; Autor lässt des Morgens 0,25—0,3 nehmen. Die Nahrung der Pat. besteht während der Dauer der Erkrankung in Milch und Bouillon, Weisswein mit Wasser gemengt; erst gegen Ende der 3. Woche wird in die Milch etwas Tapioca eingekocht, das einzige peptogene Amylaceum. Bei grosser Prostration noch häufige Inhalationen von Sauerstoff.

(Therap. Wochenschrift 1896 No. 36.)



## Vermischtes.

---

- **Eine Combination von Stethoskop, Hammer und Reflector**, construirt von Citron, war von uns erwähnt worden (V, 476), wobei angegeben worden war, das Instrument sei bei Reimann in Berlin zu haben. Das war ein Irrthum; das betreffende Instrument ist vielmehr von Nicolai in Berlin (Neue Schönhauser Str. 10) für M. 10 zu beziehen.

Die Redaction.

- **Einen Fall allgemeiner Infection mit Oedema malignum in Folge von Blutegelbissen** beschreibt Dr. Pacinotti: Bei einem Pat., dem 4 Tage nach einer doppelseitigen Bruchoperation wegen pleuritischer Schmerzen 4 Blutegel auf der linken Thoraxseite applicirt wurden, entstand bald in der Umgebung der Bisswunden und der linksseitigen Operationswunde, auf welche etwas Blut aus der ersteren herabgetropft war, ein entzündliches Oedem, das zur theilweisen Gangrän der betroffenen Parthieen führte. Am 13. Tage nach der Operation ging der Pat. unter den Erscheinungen einer schweren Allgemeininfektion zu Grunde. Die Untersuchung ergab, dass es sich um den Bacillus des malignen Oedems handelte, und dass dieser von den Blutegeln herrührte, bewiesen Thierversuche, welche ergaben, dass in den Blutegeln jener Bacillus sich eingenistet hatte. Da Autor nun ferner in der Mundhöhle von 35 Blutegeln, die er bakteriologisch untersuchte, 2 Mal den Tetanusbacillus in vollvirulentem Zustande fand, warnt er eindringlich davor, Blutegel in der Nähe von Wunden zu appliciren.

(Gaz. degli Osped. — Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1896 No. 15.)

— Die **Phonendoskopie**, d. h. die Untersuchung mit dem von Bianchi und Bazzi (Florenz) erfundenen Instrument, dem „Phonendoskop“, das bei der Auscultation der Organe die wahrnehmbaren Töne in sehr beträchtlicher Weise verstärkt zur Perception bringen soll, hat Dr. J. Schwalbe (Berlin) auf ihre Verwerthbarkeit in der Praxis geprüft. Das Instrument (angefertigt von Wallach Nachfolger, Cassel) hat den Umfang und die Form einer grossen Taschenuhr, wiegt 230 gr und kostet 20 M. „Es setzt sich aus 2 Hauptbestandtheilen zusammen: Der Schalltrommel = Resonator und den schalleitenden Gummischläuchen. Die Schalltrommel ist wiederum aus 3 Componenten gebildet, a) der eigentlichen Schallkapsel, b) einer abnehmbaren Scheibe und c) einem in die letztere einschraubbaren Stäbchen mit knopfförmigem Ende. Die eigentliche Schallkapsel besteht in ihrer Rück- und Seitenwand aus Metall. Ihre Vorderwand wird durch eine aus Ebonit gefertigte Scheibe dargestellt, die in einem Metallfalz befestigt ist. Das Centrum dieser Scheibe wird durch eine im Inneren der Kapsel angebrachte kleine Spirale etwas nach aussen ausgebaucht. Die hintere Wand der Schallkapsel ist nahe dem Centrum von zwei schrägen, 5 mm im Durchmesser haltenden, convergenten Canälen durchbohrt, deren innere Oeffnungen zur Hälfte von der erwähnten Spirale bedeckt werden. Auf die vordere Wand der Kapsel kann b) die zweite, dickere, ebenfalls aus Ebonit gefertigte Scheibe aufgesetzt und in dieser Vereinigung mit der Schallkapsel durch 2 an der letzteren angebrachte kleine Stifte erhalten werden. Diese Scheibe weist im Centrum eine mit Schraubengewinde versehene centrale Bohrung auf, in welche c) das obengenannte solide Metallstäbchen eingeschraubt werden kann. In den beiden erwähnten Canälen der hinteren Kapselwand endlich werden die beiden Gummischläuche mittelst kleiner Metallhülsen befestigt. Statt der einfachen Metallröhrchen kann man auch ein- oder mehrfach gegabelte verwenden und damit das Instrument gleichzeitig für eine grössere Zahl von Auscultanten verwerthbar machen. An den oberen Enden der Gummischläuche sind kleine, central durchbohrte Hartgummioliven angebracht.“ Zum Gebrauch nun legt man die mit den Gummischläuchen armirte Kapsel auf den zu behorchenden Körpertheil und steckt die Oliven der

Schläuche in die Ohren. Am empfindlichsten reagirt der Apparat, wenn man nach Entfernung der Scheibe *b* die innere Scheibe auf den Körpertheil direct auflegt und beide Hörschläuche benützt, am wenigsten empfindlich ist er bei Anwendung beider Scheiben und nur eines Schlauches. Bei Auscultation engbegrenzter Gebiete benützt man das aufgeschraubte Stäbchen. Die praktische Verwendbarkeit des Phonendoskops soll nach den Angaben der Erfinder hauptsächlich darin liegen, dass es die normalen und pathologischen Töne und Geräusche des Organismus in verstärkter Weise vernehmen lässt und deshalb auch solche akustische Phänomene zur Wahrnehmung bringt, die bei den gewöhnlichen Hilfsmitteln der Auscultation verborgen bleiben. Auf diese Weise vermittelt das Instrument die Athemgeräusche, die Töne und Geräusche des Blutkreislaufs, der Verdauungsorgane, des Ohrs etc. im gesunden und kranken Körper, ferner die Muskel-, Gelenk- und Knochengerausche (bei Fracturen etc.), die Geräusche der graviden Gebärmutter und die fötalen Herztöne, endlich die Geräusche der Capillarcirculation („Dermatophonie“). Dabei betont Bianchi, dass die Verwendung von 2 Instrumenten eine vergleichende Auscultation ermöglicht; indem man auf die beiden correspondirenden Stellen je ein Phonendoskop auflegt und je einen Schlauch der beiden Instrumente ins Ohr steckt, vollzieht sich die Tonübertragung von den beiden Untersuchungspunkten zugleich, und indem man abwechselnd durch momentanen Verschluss des Gummischlauchs die Tonperception von der einen oder anderen Richtung her unterbricht, kann man eine unmittelbare Vergleichung der akustischen Phänomene erreichen. Schwalbe äussert sich nun auf Grund der eigenen Versuche, wie folgt: „Das Phonendoskop ist handlicher, als das gewöhnliche Stethoskop; es gestattet dem Arzte, die Auscultation des Pat. in grösserem Abstand von demselben vorzunehmen, die Stellung des Arztes (speciell die Kopfhaltung) ist eine angenehmere bei der Phonendoskopie, man kann sich der Haltung des Pat. besser adoptiren, was ganz besonders bei den lebhaften Bewegungen der Kinder von Vortheil ist. Mittelt des Stäbchens kann man auch an Stellen auscultiren, die dem Ohr oder Stethoskop schwer oder gar nicht zugänglich sind. Die akustischen Phänomene werden in

unvergleichlich intensiverer Weise als durch das Stethoskop vermittelt; das ist ein Vorthail, der — bei manchen undeutlichen Geräuschen — unter gewöhnlichen Verhältnissen bedeutungsvoll ist, der aber ferner für schwerhörige Aerzte das Instrument unschätzbar machen dürfte. Bei der Auscultation mit aufgelegter Scheibe fallen die Nebengeräusche, die durch Druck des Stethoskops hervorgerufen werden, fort; das macht sich namentlich bei der Untersuchung des Herzens (speciell des kindlichen) oft angenehm geltend. Der Klangcharakter der akustischen Phänomene wird durch das Phonendoskop nicht verändert. Schliesslich möchte ich es für den klinischen Unterricht als grossen Vorthail bezeichnen, dass mehrere Untersucher zu gleicher Zeit dieselbe Organstelle untersuchen können. Meiner Meinung genügen diese Eigenschaften des Phonendoskops, um ihm einen dauernden Platz im Instrumentarium des Arztes zu sichern.“

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 31.)

- Ueber eine neue Methode, Arzneisubstanzen im Nasenrachenraum zu vertheilen, schreibt Prof. O. Liebreich (Berlin). Die Nasendouche gehört zu den nicht ungefährlichen Operationen, auch sind dazu relativ grosse Flüssigkeitsmengen und in Folge dessen grössere Mengen von Arzneisubstanz erforderlich. Autor bediente sich deshalb einer Methode, welcher folgendes einfache physikalische Princip zu Grunde liegt: Das von einer beweglichen Wand umgebene Vestibulum der Nase mit dem knöchernen Theil muss wie ein Kautschukballon mit einer festen Canüle verbunden wirken, wenn der Eingang der Nase nur an dem vorderen Theil zugeedrückt wird. Autor verfährt deshalb so, dass er einen zusammengedrückten Baumwollentampon von der Grösse, dass er etwa das Vestibulum ausfüllt, mit Flüssigkeit tränkt (ein solcher Tampon nimmt bequem 30—40 Tropfen =  $1\frac{1}{2}$  bis 2 ccm Flüssigkeit auf) und in das Vestibulum hineinbringt, sodass er nicht aus der Nase hervorragt; nun drückt man vorsichtig, während der Patient den Mund öffnet, mit Zeigefinger und Daumen zunächst den Rand des Vestibulum zu, sich bestrebend, den Druck von vorn nach hinten durch leichte Wendung des Daumens und Zeigefingers zu bewerkstelligen. So wird die Flüssigkeit in den

ganzen Nasenrachenraum gespritzt (man kann sich darin mit physiol. Kochsalzlösung üben). Autor benützte 1—2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>ige Eucainlösungen und sah sehr günstigen Einfluss auf die geschwollene Nasenschleimhaut und Reizzustände des Rachens; so konnte er denselben bei sich selbst in Bezug auf die Beschwerden eines Rachenkatarrhs constatiren. Mit 1 ccm Flüssigkeit kann man bis an die Pharynxwand und weiter gelangen, und ist es durch keine andere Methode möglich, mit so geringen Flüssigkeitsmengen ein so ausgedehntes Gebiet zu bespülen.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 8.)

- **Alkohol als Mittel gegen die so schmerzhaften Aetzungen mit Carbolsäure** empfiehlt Dr. Fraser. Er kam auf diese therapeutische Maassnahme durch folgenden Fall. Eine Frau hatte 30 gr Carbolsäure in Whisky getrunken. Der Autor fand sie besinnungslos, die Extremitäten zeigten convulsivische Zuckungen, die Pupillen waren ad maximum erweitert, auffallender Weise zeigten Mund, Lippe und Zunge der Pat. aber nicht die geringste Spur von Verbrennung. Durch Ausspülungen des Magens, die so lange fortgesetzt wurden, bis die Spülflüssigkeit keinen Carbolgeruch mehr hatte, kam die Frau zu sich und genas vollständig. Auch der durch Verätzung auf der Haut entstehende weisse Fleck nun hört, wie die Versuche Fraser's lehrten, auf zu schmerzen und verschwindet, wenn man ihn mit Alkohol benetzt und dann mit einem mit Alkohol durchtränkten Wattebausch bedeckt.

(Journ. des Pract. 12, 1896. — Therap. Monatshefte 1896 No. 7.)

- **2 Kugeln im Gehirn, mittelst Röntgenstrahlen** aufgefunden wurden, wie Eulenburg mittheilt, von Prof. Buka. Eulenburg theilt die Krankengeschichten mit. Der erste Pat., ein 18jähriger Mann, brachte sich durch unvorsichtiges Manipuliren mit einem Revolver einen Schuss bei; das etwa 7 mm lange Geschoss war in der rechten Schläfe, etwa 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm über und 2 cm vor der Anheftung der Ohrmuschel eingedrungen. Die Anfangs sehr profuse Blutung stand bald; bis zum folgenden Morgen bestand volle Bewusstlosigkeit, in der Nacht häufig Erbrechen, in



den darauf folgenden Tagen bis zum 9. noch andauernd schwerer Zustand von Hirnreizung. Am 3. Tage wurde Pat. gegen den Rath des Arztes in seine Wohnung geschafft, wobei ausserdem der Kopf niedriger gelagert wurde, als die Füsse. Von dieser Zeit ab zunächst complete homonyme (linksseitige) Hemianopsie, sodann Lähmung der ganzen linken Körperhälfte, einschliesslich der linken Gesichts- und Zungenhälfte. Vorübergehend auch Blasenlähmung, am Auge soll gleichfalls „Lähmung“ bestanden haben. Die Hemianopsie verschwand vom 10. Tage ab, und auch die Lähmung wurde allmählig rückgängig, zuerst an Gesicht und Zunge, dann auch am Arm, während sie am Bein in nur etwas vermindertem Umfange persistirte. Gegen Mitte der 4. Woche konnte Pat. wieder aufstehen, schleppte aber das linke Bein nach, konnte das Knie nicht flectiren, den Fuss nicht mit der Spitze aufsetzen. Bei der ersten vom Autor vorgenommenen Untersuchung, am Ende der 7. Woche nach der Verletzung, folgender Status: Mundparthie des linken Facialis noch ein wenig schwächer, Zunge mit der Spitze noch ein wenig nach links abweichend. Linker Arm noch deutlich schwächer, als der rechte, die linke Hand kälter; Dynamometer rechts 45, links 22 kg. Gang noch mit unsicherem und steifem linken Bein, das im Knie so gut wie gar nicht flectirt wird und mit der Ferse zuerst den Boden berührt; Stand auf dem linken Bein und Zehenstand des letzteren unmöglich. Alle Einzelbewegungen des linken Unterschenkels und Fusses noch gar nicht oder nur in minimaler Weise ausführbar, am allerschlechtesten die Flexion der Zehen und Plantarflexion des Fusses. Auch Flexion im Kniegelenk sehr gering; von den übrigen Oberschenkelmuskeln wirken Extensoren und Adductoren noch ziemlich schwach, die Bewegungen im Hüftgelenk dagegen fast ohne Störung. Musculatur schlaff; der linke Fuss und Unterschenkel erheblich kälter, als der rechte, Hautsensibilität (besonders Schmerzgefühl, electrocutane Sensibilität) bis zum Oberschenkel herauf entschieden beeinträchtigt. Kniereflex links gesteigert. Mässige Herabsetzung der faradischen und galvanischen Muskelreizbarkeit, besonders an der Wadenmusculatur. Im Laufe der nächsten Wochen nun stetig fortschreitende Besserung der Lähmungserscheinungen am linken Bein unverkennbar, im sonstigen Befinden keine Veränderung. Pat. giebt noch an, von Zeit

zu Zeit Schmerzen in der Hinterkopfgegend, sowie ein leichtes Gefühl von Benommenheit im Kopf zu empfinden. Nach diesem Krankheitsverlauf musste angenommen werden, dass die Kugel von der rechten Schläfe aus eindringend die Schädelbasis durchbohrt hatte und in den vorderen Theil der mittleren Schädelgrube, an die rechte Seite der Sella turcica gelangt war. Die Kugel muss daselbst zunächst den rechten Tractus opticus getroffen und durch Streifung desselben die vorübergehende Hemianopsie bewirkt haben, sodann muss sie, etwas nach hinten abgleitend oder sich verschiebend, mit dem rechten Hirnschenkelfuss und vielleicht mit dem angrenzenden Theil des vorderen Brückenrandes in Berührung gekommen sein und von hier aus die Hemiplegie herbeigeführt haben. Die anfängliche Blasenlähmung, die Herabsetzung der Sensibilität und der Temperatur auf der gelähmten Seite, die geringe Herabsetzung der elektromusculären Contractilität sind mit dieser Annahme durchaus vereinbar. Gegenwärtig kann nur noch eine räumlich geringe, auf einen Theil der centralen Bahnen des linken Beins sich beschränkende Läsion des Hirnschenkelfusses bestehen. Die Richtigkeit dieser localdiagnostischen Erwägungen wurden nun durch die Röntgenaufnahme durchaus bestätigt und der Sitz der Kugel genau bestimmt. — Der Fall 2 betrifft den gegenwärtig 33jährigen Conditor N. N., der am 3./X. 1886 unter eigenthümlichen Umständen auf einer Polizeiwache einen Selbstmordversuch machte, indem er einen Revolver gegen den unteren hinteren Theil der rechten Temporalgegend abfeuerte; die Eingangsöffnung der etwa 6—8 mm Caliber habenden Patrone lag in der Frontalebene des Kiefergelenks, ungefähr im Niveau der Ansatzstelle der Ohrmuschel; der Verletzte, der augenblicklich bewusstlos umsank, wurde nach dem Polizeilazareth gebracht; Anfangs soll starke Blutung bestanden und eine allmählig reponirte Verdrängung des rechten Bulbus, sowie Hirndrucksymptome, heftige Kopfschmerzen etc. aufgetreten sein, die unter Eisbehandlung zurückgingen. Nach 10 Tagen wurde Pat. entlassen, ohne dass ihm über Verbleib der Kugel etwas eröffnet wurde. Pat. kümmerte sich auch nicht weiter darum, da er in den folgenden

4 Jahren beschwerdefrei war. Erst im Sommer 1890 wieder äusserst heftige Kopfschmerzanfälle, die namentlich über die rechte Stirnschläfengegend ausstrahlten. Pat. wurde, als diese Anfälle  $1\frac{1}{2}$  Monate andauerten, des sicheren Glaubens, die Kugel stecke noch im Kopf, und liess sich am 31./VII. ins Krankenhaus aufnehmen. Heftige Kopfschmerzen und Zittern wurden constatirt, es kam dann zu hochgradigen Erregungs- und Zornausbrüchen; objectiv fand sich nichts. Als am 8./VIII. wieder ein unmotivirter Zornausbruch erfolgte, kam Pat. ins Irrenhaus, und nun wurde er über  $4\frac{1}{2}$  Jahre in Irrenanstalten festgehalten, obwohl er jetzt ziemlich ruhig war. Erst nach Ausstellung eines Reverses, dass er nicht mehr glaube, eine Kugel sei in seinem Kopfe, wurde er entlassen, aber er fand keine Arbeit, nicht allein wegen seiner Antecedentien, sondern auch, weil er in der Backstubenluft wieder leicht Kopfschmerzen bekam. Autor untersuchte ihn jetzt, konnte aber nichts entdecken, was für die Anwesenheit der Kugel gesprochen hätte. Pat. glaubte aber immer noch fest, eine solche sei vorhanden, und nun nahm Prof. Buka eine Röntgenphotographie vor. Dieselbe gab dem Pat. Recht, sein Schädel wies deutlich die Kugel auf, die in der mittleren Schädelhöhle unmittelbar hinter der Durchtrittsstelle des Augennerven steckte!

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 33.)

## Bücherschau.

---

**Klinische Diagnostik innerer Krankheiten.** Von Prof. R. v. Jacksch. Wien u. Leipzig 1896, Verlag von Urban & Schwarzenberg. 4. Auflage. 2 Bände. 570 S. Preis: M. 16.—.

Die 4. Auflage des Jacksch'schen Werkes, das nicht nur in der deutschen fachwissenschaftlichen Litteratur einen ganz hervorragenden Platz einnimmt, sondern auch in die meisten fremden Sprachen übertragen worden ist, ist erschienen, gewidmet dem Lehrer des Verfassers, Prof. Nothnagel. Der Autor ist wie immer darauf bedacht gewesen, in allen Abschnitten seines Werkes — dieselben sind überschrieben: 1. Das Blut. 2. Das Mundhöhlensecret. 3. Das Nasensecret. 4. Der Auswurf. 5. Der Magensaft, Darmsaft und erbrochene Massen. 6. Die Faeces. 7. Untersuchung des Harns. 8. Untersuchung der Exsudate, Transsudate und Cystenflüssigkeiten. 9. Untersuchung der Secrete der Geschlechtsorgane. 10. Bakteriologische Untersuchungsmethoden — sämtlichen für die Praxis wichtigen Neuerungen Rechnung zu tragen und die Ergebnisse der modernsten Forschungen wissenschaftlich zu verwerthen. Er ertheilt über jede Frage, die bei den betreffenden Gegenständen in Betracht kommt, genaue und klare Auskunft, sodass Jeder in dem Buche findet, was er braucht. 150 prächtige, zum Theil mehrfarbige Abbildungen tragen zum Verständnisse wesentlich bei, die ganze Ausstattung ist eine splendide, auch sei rühmend hervorgehoben, dass sehr eingehende Verzeichnisse sich am Ende des Werkes finden, sodass das Nachschlagen leicht und rasch erfolgen kann.

**Psychiatrie.** Ein Lehrbuch für Studirende und Aerzte von Prof. Dr. E. Kraepelin. Leipzig 1896, Verlag von Joh. Ambr. Barth. 825 S. Preis: broch. M. 18.—, gebd. M. 19.—.

Die 5. Auflage! Das sagt genug in unserer auch in medicinisch-literarischer Beziehung schnelllebigen Welt. Wer das Werk gelesen, wundert sich nicht über diesen bedeutenden Erfolg desselben, der findet es selbstverständlich, dass das gediegene und werthvolle Buch solch warme Anerkennung und weite Verbreitung gefunden hat. Die überaus rationelle Eintheilung des Stoffes, die übersichtliche Anordnung der besprochenen Details, die präzise und klare Diction, die stete Berücksichtigung der praktischen Gesichtspunkte, die reiche Erfahrung, die aus Allem spricht, was der Autor dem Leser bietet, alle diese Vorzüge zeigt das Kraepelin'sche Werk in reichstem Maasse. Der Autor sagt im Vorwort: „In dem Entwicklungsgange des vorliegenden Buches bedeutet die jetzige Bearbeitung den letzten, entscheidenden Schritt von der symptomatischen zur klinischen Betrachtungsweise des Irreseins. Diese Wandlung des Standpunktes, deren Nothwendigkeit nur das praktische Bedürfniss immer nachdrücklicher vor Augen geführt hat, zeigt sich vor Allem in der Abgrenzung und Gruppierung der Krankheitsbilder. Ueberall hat hier die Bedeutung der äusseren Krankheitszeichen hinter den Gesichtspunkten zurücktreten müssen, die sich aus den Entstehungsbedingungen, aus Verlauf und Ausgang der einzelnen Störungen ergeben haben. Alle reinen „Zustandsbilder“ sind damit aus der Formenlehre verschwunden. In zahlreichen Punkten weichen die hier vertretenen Anschauungen von den herrschenden Lehren sehr erheblich ab. Ohne Zweifel werden sie auch von einer endgültigen Gestaltung noch recht weit entfernt sein. Was uns aber die Ueberlegenheit des hier befolgten klinischen Verfahrens über die herkömmliche Diagnostik unzweifelhaft dargethan hat, das ist die Sicherheit, mit welcher wir auf Grund unserer Krankheitsbegriffe den zukünftigen Gang der Dinge vorauszusagen im Stande sind, das ist ferner die Leichtigkeit, mit welcher der Lernende sich bei dieser Führung auf dem schwierigen Gebiete der Psychiatrie zurechtfindet.“ Mit Recht bezeichnet also der Verfasser auf dem Titelblatte die 5. Auflage als „vollständig umgearbeitete“. Die beigegebenen 10 Lichtdrucktafeln, 13 Curven und 13 Schriftproben erleichtern weiterhin das Verständniss für gewisse Dinge und erhöhen den Werth des Werkes, das zweifellos sich zu den zahlreichen alten Freunden viele neue erwerben wird.

*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.*

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**№. 3.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesammten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*December*

*VI. Jahrgang*

*1896*

---

**D**ie früher erschienenen fünf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Anaemie, Chlorose.** Dr. M. David (Berlin) hat 6 Fälle von Chlorose mit Eurythrol behandelt. Letzteres (s. Excerpta v. J., S. 532) wurde in Tabletten (à 1 gr) oder als flüssiger Extract (chem. Fabrik in Grünau) angewandt. Sämmtliche 6 Fälle hatten bisher jeder Therapie gespottet und waren Wochen, ja Monate lang erfolglos anders behandelt worden. Bei 4 Fällen wurde ein sehr befriedigender Erfolg erzielt, bei 2 Fällen blieb auch diese Behandlung ohne Erfolg.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 69.)

— Eine experimentelle Vergleichung der Arsen- und Eisentherapie bei Chlorosis wurde in der III. medic. Abtheilung der Rudolfsstiftung in Wien (Dr. J. Mader) angestellt, indem von 2 zu gleicher Zeit und mit

ziemlich demselben Status aufgenommenen chlorotischen Mädchen das eine Blaud'sche Pillen, das andere Guberquelle und Roncegno erhielt. Die erste Pat. hatte binnen 15 Tagen 20% Haemoglobin mehr, die zweite zeigte absolut keine Veränderung. Aehnliche Resultate mit Blaud'schen Pillen wurden auch bei allen früheren Fällen erzielt, ähnliche Misserfolge bei Behandlung mit Sol. arsen. Fowleri. Es beweist dies, dass Arsen keinen nachweisbaren Einfluss auf die Blutbildung hat und dass es verkehrt ist, bei Chlorose Arsenwässer anzuwenden, statt der erprobten, sicheren Eisenpräparate.

(Wiener medic. Presse 1896 No. 35.)

**Anaesthese, Narkose.** Die **Morphium-Aethernarkose** empfiehlt warm Prof. Riedel (Jena). Treffend sagt er: „Unter den prakt. Aerzten ist die Aethernarkose überhaupt noch nicht populär, weil die Sache noch zu jung ist; sie verdient aber in hohem Maasse populär zu werden, weil sie es dem einzelnen resp. allein stehenden Arzte möglich macht, gleichzeitig in ungefährlicher Weise zu narkotisieren und zu operieren. Zum Chloroformiren gehören meiner Ansicht nach immer 2 Aerzte; Chloroform ist unberechenbar, es tödtet bekanntlich zuweilen, nachdem wenige Tropfen auf die Maske geträufelt sind, wenn Idiosynkrasie gegen Chloroform besteht. Oft genug chloroformiren ja die Aerzte allein; meistens sind es solche, die geringe Erfahrungen haben, sonst würden sie es nicht thun; ältere Aerzte werden immer einen Collegen zuziehen, damit eben zwei die Verantwortung tragen, nicht einer. Zweien kann ebenso gut ein Unglück passiren, als einem, das ist ganz richtig; die Familie des Verunglückten wird sich aber eher beruhigen, wenn 2 Aerzte betheilig sind, der Staatsanwalt desgleichen. Zum Chloroformiren sind also 2 Aerzte nöthig, zum Aetherisieren nicht unbedingt, weil der acute Herztod beim Aether kaum vorkommt.“ Ja, der Herztod nicht nur, sondern auch das plötzliche Aussetzen der Athmung fehlen beim Aether, der Operateur kann unbekümmert um die Narkose weiter arbeiten. Aber Aether hat Nachkrankheiten zur Folge. Ein relativ grosses Contingent der Narkotisirten leidet an Bronchitis, einzelne bekommen secundär Pneumonien; besonders ältere und geschwächte Leute neigen zu

Bronchitiden, deren Ausgang unberechenbar ist. Stets wird darauf hingewiesen, dass Individuen mit schon bestehender Bronchitis resp. Emphysem nicht ätherisirt werden dürfen; man muss noch einen Schritt weiter gehen und alle diejenigen ausschliessen, die wiederholt an Bronchitiden gelitten haben und in Folge dessen zur Erkrankung der betreffenden Schleimhäute neigen. Individuen mit gut compensirten Herzfehlern ertragen Aether ganz gut; hat sich aber secundär bei denselben Bronchitis entwickelt, so sitzt man zwischen Scylla und Charybdis. Mit Rücksicht auf das Herz gäbe man gern Aether, vermiede das „Herzgift“ Chloroform; die Furcht vor der Bronchitis zwingt aber doch zur Anwendung des letzteren. Zum Glücke wird ja Chloroform auch von Herzkranken meistens gut ertragen; Autor hat zahlreiche Herzkranke chloroformiren müssen und nie einen derselben verloren; die 9 Todesfälle, die er im Anschluss an ca. 13000 Chloroformnarkosen erlebt hat, ereigneten sich sämmtlich bei Individuen, deren Herz makroskopisch nicht verändert war, es waren meist geschwächte Individuen oder Potatoren mit leidlich gutem Herzen. Um nun die Gefahr, die den Kranken unzweifelhaft durch die Bronchitis erwächst, nach Kräften zu mindern, ist es unbedingt nöthig, die Empfindlichkeit der Bronchialschleimhaut herabzusetzen, damit keine übermässige Secretion entsteht; gleichzeitig muss die Menge des zu verbrauchenden reizenden Stoffes vermindert werden. Ersteres erreicht man nun am besten durch eine subcutane Morphiuminjection  $\frac{1}{2}$  Stunde vor Beginn der Narkose. Autor hat diese Injectionen im Laufe der Zeit immer mehr ausgedehnt; jeder halbwegs entwickelte Patient — das Alter als solches entscheidet nicht, doch kann man das 14. Lebensjahr wohl als die unterste Grenze annehmen — bekommt Morphium. Für jüngere Individuen (13 bis 18 Jahre) genügt 0,005, ältere bekommen 0,01. Wer im Verdachte des Abusus spirituosorum steht, bekommt im Alter von 15—18 Jahren 0,01, später 0,015—0,02; ein Potator strenuus muss unbedingt 0,02—0,03 erhalten, auch stets  $\frac{1}{2}$  Stunde ante op., weil erst dann die volle Wirkung des Morphiums eintritt. Pat. soll taumelnd auf den Operationstisch kommen, sein Sensorium soll benommen, seine Schleimhäute vollständig abgestumpft sein, dann schläft er alsbald ein, wenn ihm das Narcoticum



vorsichtig dargereicht wird. Diese Vorsicht besteht nun darin, dass nur 3—4 gr auf die Rosette an der Innenseite der Juillard'schen Maske gegossen werden, und dass dann die Maske nicht auf das Gesicht gelegt, sondern seitlich von demselben gehalten wird, gut handbreit von der Nase entfernt; auch im Morphintraume muss Pat. sich langsam an den stechenden Geruch des Aethers gewöhnen, er darf absolut keinen Hustenreiz bekommen. Langsam nähert man die Maske seinem Gesicht und legt sie auf dasselbe. Jetzt ist besondere Vorsicht nöthig, um den Pat. nicht aus der erzielten Ruhe aufzurütteln: die Maske hat einen Ueberzug von geöltem Papier, vis-à-vis der Rosette ist eine grosse X-Lücke in demselben; man giesst immer einen Tropfen Aether nach dem anderen durch jene Lücke auf die Rosette, ohne jemals die Maske zu lüften. Bald beweisen die tiefen Athemzüge, dass Pat. schläft; man träufelt vorläufig weiter, da er bloss schläft, noch aber durch Anrufen etc. geweckt werden kann. Nach wenigen Minuten ist er vollständig unempfindlich, sodass die Reinigung des Operationsfeldes beginnen kann; bis dahin sind im Mittel 7 Minuten vergangen. Auch weiterhin lässt sich ne Narkose durch oft wiederholte kleine Dosen Aether diicht durchführen; man lüftet gelegentlich die Maske, nur um über das Aussehen des Pat. zu orientiren, sonst bleibt sie ruhig liegen. Dauert die Operation sehr lange (2—4 Stunden), so lässt allmählig die Wirkung des Morphiums nach; man darf aber keine neue Injection machen. Die meisten Eingriffe dauern aber bloss bis 1 Stunde; so lange wirkt das Morphin und der Aetherverbrauch bleibt ein geringer. Autor hat so wenigstens 200 Bauchschnitte während der letzten 3 Jahre gemacht und ist ausserordentlich zufrieden gewesen. Da ahorphium mitwirkt, ist der Pat. nach Beendigung des Verbandes und Ueberführung ins Bett genau zu controliren, weil gar zu leicht die Zunge nach hinten sinkt. Zungenzange und Kieferklemme müssen sofort mit auf die Tragbahre gelegt werden, eine zuverlässige Person bleibt am Kopfende des Bettes sitzen, bis Pat. erwacht, was wegen des Morphiums sehr lange dauert; oft schläft er Stunden lang ganz ruhig, man kann ihn da in Frieden lassen, das ist das Beste. Bis zum nächsten Morgen erhält er nur Eisstückchen, die er aber nur im Munde zergehen lassen darf und dann ausspucken muss. Kinder erhalten kein

**Morphium.** An kleine kann man sich leicht mit seitlich gehaltener Maske anschleichen; man redet ihnen freundlich zu, dabei schlafen sie langsam ein, ohne dass sie überhaupt etwas vom Aether merken. Bei grösseren Kindern geht es selten ohne Kampf ab; die Bronchien von Kindern sind aber wenig empfindlich; Autor hat bisher nie Bronchitis bei denselben gesehen, wird aber trotzdem versuchen, auch ältere Kinder auf die Narkose vorzubereiten, wozu ein gutes Glas schweren Weines  $\frac{1}{2}$  Stunde vor Beginn derselben wohl ausreichend sein dürfte. Autor operirt an allen Theilen des Körpers, selbst im Gesicht und am Kopfe, in Aethernarkose; man kann recht gut mit der gewöhnlichen Chloroformmaske ätherisiren, wenn man eine Rosette in derselben befestigt. Gaumen- und Rachenoperationen werden dagegen immer Chloroform erfordern, weil letzteres schneller wirkt, als Aether, sodass man besser in Pausen narkotisiren kann, was doch oft unvermeidlich ist. Verloren hat Autor im directen Anschluss an die Aethernarkose nur einen mit Emphysem behafteten Pat. Eine Pat. bekam nach Entfernung einer alten grossen Struma sofort tödtliche Pneumonie. Autor war geneigt, dieselbe auf die Aethernarkose zu schieben, benützte darauf stets Chloroform zu Strumektomieen, erlebte aber jüngst dabei dasselbe Ereigniss. Man soll vernachlässigte Strumen eben ohne Narcoticum extirpiren; nur der Hautschnitt schmerzt, die Exstirpation sonst nicht. Im Uebrigen aber wäre der Aether, stände nicht die Bronchitis hinter ihm, ein ideales Narcoticum; jedenfalls ist er gegenwärtig das beste Narcoticum, mit dem wir zufrieden sein können, zumal wenn ihm der grösste Theil seiner gefährlichen Eigenschaften genommen wird, wie es durch obiges Verfahren geschieht. Der Wunsch nach einem besseren Narcoticum bleibt natürlich bestehen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 39.)

- Die **Chloroformnarkose bei Potatoren** ist oft mit grossen Schwierigkeiten verknüpft; meist hat man grosse Mengen Chloroform nöthig, ehe man zu einer einigermaassen genügenden Narkose gelangt. Nun machte Dr. Heilmann (Melle) dabei einmal folgende Beobachtung: Nachdem bereits 30 gr Chloroform verbraucht waren, ohne dass Ruhe eintrat, hielt Autor weitere Gaben für

bedenklich und setzte deshalb die Narkose mit Aether fort, da der Puls schwer war und intermittirte; nach wenigen Athemzügen trat Beruhigung ein, die Narkose verlief äusserst günstig und das nachherige Befinden liess nichts zu wünschen übrig. Während der Narkose war die Amputation des Oberarms ausgeführt worden. Seit dieser Zeit hat Autor vielfach in dieser Weise narkotisirt (es wurden auch geringere Mengen von Chloroform vorausgeschickt) und mit dem gleichen Erfolge.

(„Die Praxis“ 1896 No. 19.)

— „Zur Chloroformwirkung“ betitelt sich folgende Mittheilung von Dr. W. Streng (Frankfurt a. M.). Ein 39jähriger Pat. sollte einer Laparotomie unterworfen werden wegen chronischer Beschwerden, die durch eine Bauchhernie bedingt waren; letztere war nach einer früheren Laparotomie entstanden. Streng sollte chloroformiren. Pat. war von guter Constitution und hatte die letzte Chloroformnarkose während der Laparotomie vorzüglich überstanden. Abusus alcohol. bestand nicht. An Herz und Gefässen keine pathologischen Veränderungen; nur an der Temporalis beginnende Schlängelung und Rigidität, Radialis normal. Früh  $\frac{1}{2}$  10 Beginn der Narkose. Frische Flasche Chloroform Anschütz, tropfenweise applicirt. Puls (vor der Operation 78) kräftig, regelmässig, wurde bald 66. Nach ca. 10 Minuten Pat. so betäubt, dass mit der Operation begonnen wurde. Die Haut wurde gespalten, einige Gefässe unterbunden und stumpf vorgegangen bis zum Peritoneum, das von den Verwachsungen gelöst und gespalten wurde, sodass die Darmschlingen sich aus der Wunde vorwölbt. Kurz vor dem Zufall, der nun eintrat, hatte der Pat. deutlichen Cornealreflex gezeigt, sodass Autor noch 5—7 Tropfen Chloroform aufträufelte; dann legte er die Maske weg, und nun folgten noch einige tiefe, regelmässige Athemzüge. Da meldete die den Radialpuls überwachende Schwester, derselbe sei schlecht geworden. Autor fühlte nach und fand ihn verlangsamt und ausserordentlich klein, nach wenigen Secunden hörte er ganz auf und war nicht mehr fühlbar (eine beschleunigte Frequenz war nicht vorhergegangen). Während dieses Stillstandes war die Athmung ruhig und gleichmässig tief, die Pupillen

waren eng, das Aussehen des Pat. gut, sodass die Operateure weiter operiren wollten. Autor auscultirte unterdessen das Herz und hörte keine Herztöne, klopfte darauf mehrmals auf die Herzgegend, ohne dass Aenderung eintrat. Jetzt fing die Athmung an unregelmässig und langsamer zu werden, das Gesicht wurde fahl und erschreckend blass, die Lippen livid, die Pupillen weit; die Athmung stockte ganz. Künstliche Athmung brachte nach einiger Zeit die Athmung und die Herzaction wieder in Gang, doch blieb der Puls klein und frequent. Pat. hatte bis zu dem Zwischenfall, der  $\frac{3}{4}$  Stunde nach Beginn der Narkose sich ereignete, 17 gr Chloroform erhalten, später noch 38 gr. Pat. starb einige Zeit post oper., Herz und Lungen erwiesen sich bei der Section als gesund. Der Fall aber beweist:

1. Dass eine acute Herzschwäche und Herzlähmung, die zu vollkommenem Stillstand des Herzens führt, eintreten kann, ohne dass eine grössere Frequenz des Pulses vorausgeht und die Herzschwäche anzeigt;
2. dass eine Herzlähmung mit Stillstand eintreten kann, ehe die Athmung beeinflusst wird, ja dass diese noch einige Zeit lang ruhig, kräftig und gleichmässig weiter gehen kann;
3. dass schon nach verhältnissmässig kleinen Gaben von Chloroform (17 gr in  $\frac{3}{4}$  Stunde) schwerer Collaps eintreten kann;
4. dass man während der Narkose sowohl Athmung als Puls gleichmässig beobachten, und wenn nur eins davon Störungen zeigt, sofort therapeutisch eingreifen soll.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1896 No. 18.)

— Die **Schleich'sche Infiltrationsanaesthetie** fand, wie Dr. G. Gottstein mittheilt, in den letzten 5 Monaten bei 118 Operationen in der kgl. chirurgischen Klinik und Poliklinik, sowie in der Privatklinik von Prof. Mikulicz, Verwendung. Der Hauptantheil an diesen Operationen fällt auf die Exstirpation von Tumoren. Für die Methode eignen sich besonders solche Geschwülste, die eine bestimmte Grösse nicht überschreiten, oder, sind dieselben gross, solche, die sich mit Leichtigkeit durch ihre Kapsel aus dem übrigen Gewebe herausschälen lassen. Es wurden

52 Tumoren an 49 Pat. entfernt, zum grossen Theil kleine, die über Hühnereigrösse nicht hinausgingen (14 Atheromata, 8 Verrucae, 2 Dermoidcysten, 1 Cystitis colli cong., 1 Bartholin'sche Cyste, 1 Cavernoma reg. submaxill., 1 Angioma reg. frontis, 3 Lipome der Glutaeal-, Popliteal- und Deltoidregion, 1 Fibrolipoma dorsi manus, 1 Fibroadenoma pendulum cubiti, 1 Adenoma mammae, sowie 15 Carcinome, und zwar 2 Carcin. mammae, 1 Carcin. plantae pedis, 1 Carcin. reg. calcanei, 1 Carcin. reg. parotidae, 1 Carcin. oculi recidivum, 2 Carcin. nasi, 4 Carcin. labii inf., 1 Bauchdeckensarkom, 1 Epulis, 1 Lymphoma tbc. colli). Grosse Geschwülste von Kindskopfgrösse waren darunter 2 Lipome, die sich ausserordentlich leicht heraus-schälen liessen. Dann Fälle mit Entzündungserscheinungen: 2 Panaritien, 2 Furunkel, 1 Carbunkel, 1 Mastitis, 1 Periostitis alveolaris, 1 Abscessus reg. axillar., 1 Abscessus perinephriticus, 1 Abscessus auriculae, 1 Ecrasement bei Strumitis, 2 Bursitis praepatellaris, 1 Fistula reg. inguinal., 1 Fistula humeri bei Osteomyelitis, 2 Fistula ani incompl., 1 Caries costae, 2 Spina ventosa, 3 Sequestrotomieen, 7 Ungues incarnat., 2 Dentis carios. Einige andere Operationen, wie Excision einer Dupuytren'schen Contractur, Sehnennaht, Resectio phalang. digit., Operation von Aures deviantes, Condylomata acum. ani, sowie Entfernung von 3 Fremdkörpern. Grössere Operationen: 8 Mal Resectio vas. deferent. bei Prostatahypertrophie, 2 Mal Ligatur der Vena saphena nach Trendelenburg, 1 Thorakotomie bei Empyema pleurae, 2 Probelaaparotomieen, 2 Hernia incarcerata, 10 Gastrostomieen. Die letztgenannten Operationen, ohne Narkose ausgeführt, sind für den Kliniker von grösster Bedeutung, z. B. die Gastrostomieen, da es sich um Pat. handelt, die in der Ernährung sehr heruntergekommen sind, sodass eine Narkose bedenklich erscheinen muss, nicht allein wegen der unmittelbaren Gefahren, sondern auch der Folgezustände halber; die nicht narkotisirten Pat. stehen direct vom Operationstisch auf und können meist auch bald herumgehen, sodass die Gefahr einer hypostatischen Pneumonie geringer ist. Wer je zwei gastrostomirte Pat., den einen narkotisirten, den anderen unter Infiltrationsanaesthesia operirten, nach der Operation sieht, wird leicht den Unterschied erkennen. Es werden hier wohl auf Grund der Schleich'schen Methode

die Indicationen erheblich erweitert werden können. Ausserordentlich werthvoll ist das Verfahren auch für incarcerirte Hernien. Die beiden obigen Fälle betrafen einen sehr vorgeschrittenen Fall von Arteriosklerose und eine 76jährige Frau. Eine Darmresection war beide Male nicht nothwendig, aber sie hätte auch dabei ausgeführt werden können, da Schnitte am Peritoneum und Intestinum fast schmerzlos sind und höchstens Zerren an den Darmschlingen und starker Druck auf dieselben manchmal Schmerzen machen. Benützt wurden zur Infiltrationsanaesthesia die von Schleich empfohlenen Spritzen, aber auch gewöhnliche. Die Dauer der Anaesthesirung betrug 30 Minuten, manchmal noch mehr. Die Combination mit Esmarch'scher Blutleere ist in ausgezeichneter Weise mit der Methode zu verbinden. Von Nachwirkungen sind nur 2 Mal Intoxicationserscheinungen vorgekommen, 1 Mal ein Ohnmachtsanfall mit Cyanose und Dyspnoë und 1 Mal ein heftiger Hustenkrampfanfall; die Menge der injicirten Flüssigkeit überstieg in keinem Falle 50 ccm — es wurde stets Lösung II benützt — erreichte also nicht im Entferntesten die Maximaldosis des Cocains, es muss sich also um Idiosynkrasie gegen Cocain gehandelt haben. Es wurden stets genau die Schleich'schen Vorschriften befolgt, nur eine kleine Modification nahm Mikulicz vor in Anbetracht des Umstandes, dass die vielen Stichöffnungen event. Infection begünstigen können. Aus diesem Grunde wurde der Versuch gemacht, in Fällen, wo man von einem Centrum aus infiltriren kann — dies ist ja bei entzündlichen Geweben unmöglich, da man stets in gesunder Haut mit der Infiltration beginnen muss — von einer Einstichstelle das gesammte Operationsgebiet zu imbibiren. Es kann von einer einzigen Stichstelle aus in der That nicht allein die Subcutis, sondern auch die Cutis selbst in weitem Umfange infiltrirt werden, und die Infiltration ist dabei ebenso schmerzlos, wie sonst. Was überhaupt die Erfolge bei den 118 Operationen anlangt, so misslang die Methode nur in den ersten 2 Fällen, 13 Mal gelang sie einigermaassen, die übrigen Male aber vollkommen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 41.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Dr. Kronacher  
(München) hat seinen transportablen Sterilisationsapparat

für **Verbandstoffe und Instrumente** mehrfach modificirt, um ihn noch brauchbarer zu gestalten. Während z. B. bisher Verbandstoffe und Instrumente getrennt sterilisirt wurden, ist der Apparat (zu beziehen von C. Stiefenhofer, München, Karlsplatz 5) jetzt dermaassen gestaltet, dass beides zugleich geschehen kann. Während früher die Verbandstoffe nur am Ort der Operation sterilisirt werden konnten, oder andern Falls für einen event. Transport eigene Büchsen nöthig waren, ist der Verbandkasten jetzt dermaassen eingerichtet, dass er nach der Sterilisirungszeit abgeschlossen und als Verbandbüchse benützt werden kann. Auch andere Verbesserungen fehlen nicht.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 38.)

- Dr. Paul Rosenberg (Berlin) macht eine vorläufige Mittheilung über **Wirkungen des Formaldehyds in bisher nicht bekannten Lösungen**. Der Grund, warum das Formaldehyd bisher nur geringe praktische Bedeutung erlangt hat, ist nach ihm in der Unzweckmässigkeit zu suchen erstens der bisher gebrauchten Flüssigkeit, des Formalins, zweitens der Methode, wie man das Formaldehyd aus dem Holzgeist zur Abspaltung brachte. Formalin ist eine 40%ige wässrige Formaldehydlösung. Autor operirte nun mit Dr. Oppermann's „Holzin“, einer 60%igen alkoholischen, und zwar methy lkoholischen Lösung, die einen eminenten Vortheil bietet. Lässt man das Formalin verdunsten, so verflüchtigt sich das darin enthaltene Formaldehyd nur zum Theil, zum anderen Theil erhält man einen durch Polymerisation entstandenen Rückstand, das Paraformaldehyd, welches zur Verdunstung absolut werthlos ist. Dem gegenüber verdunstet das Holzin der Art, dass keine Spur eines Rückstandes zu finden ist und der gesammte Formaldehydgehalt der Flüssigkeit in Wirkung tritt. Und ferner die Methode. Man konnte selbstverständlich zur Verdunstung wirksamer Formaldehydmengen nicht das wässrige Formalin nehmen, sondern benützte einfachen Holzgeist (Methylalkohol), weil dieser sich, über glühendes Platin geführt, in Formaldehyd und Wasser spaltet. Aber erstens braucht man hierbei sehr erhebliche Quantitäten Methylalkohol, und zweitens entwickelt sich unter allen Umständen hierbei Kohlenoxyd, wozu noch kommt, dass das auf diese Weise entwickelte Formaldehydgas so ausserordentlich reizend auf die

Schleimhäute wirkt, dass man, das berücksichtigend in Verbindung mit der Kohlenoxydentwicklung, diese Dämpfe für den Menschen geradezu als gefährlich bezeichnen muss. Ganz anders bei der vom Autor angewandten Methode, bei der zunächst nicht reiner Holzgeist, sondern mit 60% Formaldehydgas gesättigter verwendet wird. Es kommen hier viel geringere Mengen Flüssigkeit in Betracht, sodass man nur überhaupt mit Flüssigkeitsmengen von 5—10 bis höchstens 15 ccm in gewöhnlichen Wohnräumen zu arbeiten braucht. Ferner die Art der Verdunstung. Es wird ein kleiner, sehr einfacher Apparat benützt, dessen Grundprincipien darin bestehen, dass die auf einen Asbesteller gegossene Flüssigkeit mittelst eines lange glimmenden Glühkörpers zur allmäligen Verdunstung gebracht wird. Hierbei geht absolut nichts von der Flüssigkeit verloren, und es ist dabei jede Möglichkeit einer Kohlenoxydbildung beseitigt. Um jedoch den Effect vollständig zu machen, war noch die Beseitigung der reizbaren Eigenschaft des Formaldehydgases nothwendig. Das war leicht zu erreichen durch Zusatz geringer Mengen Menthol, welches in jedem Verhältniss über 1:1 sehr leicht löslich in Methylalkohol ist. Durch diesen Zusatz wird aber auch ein direct günstiger Einfluss auf die Respirationsorgane ausgeübt, und hat sich auch diese mentholisirte Lösung, genannt „Holzinol“, in der Keuchhustentherapie sehr bewährt. Wir können mit diesem Mittel den Keuchhusten in jedem Stadium ausserordentlich günstig beeinflussen. Autor hat in einer Anzahl von Fällen, wo Kinder in einem mit Keuchhusten verseuchten Hause zu husten begannen und schon die Schwellung der Augenlider als erste erkennbare Symptome vorhanden war, in wenigen Tagen Beseitigung des Hustens erlebt, selbst bei Kindern, deren Geschwister, mit denen sie im selben Zimmer schliefen, schon im hohen Stadium den Keuchhusten hatten. In diesen weiteren Stadien ist die Beeinflussung der Art, dass die Kinder von 18—20 nächtlichen Anfällen auf 4—5—3—2 Anfälle kamen und letztere auch an Heftigkeit bedeutend nachliessen. Jener kleine Apparat wird mit 5—10 ccm des Holzinol (je nach Grösse des Zimmers) mitten ins Zimmer gesetzt, Thür und Fenster geschlossen, das ist Alles. Wichtiger noch ist die Anwendung des Holzins und Holzinols zu groben



Desinfectionszwecken. Zunächst in Dampfform, wo eine Luftreinigung und Desinfection von Räumen und Gegenständen erzielt wird, wie sie vollkommener nicht gedacht werden kann; man kann direct von „Sterilisation“ sprechen. Ebenso kann man Nahrungsmittel jeder Art sicher sterilisiren, da Formaldehyddämpfe thierisches Gewebe, selbst Leder zu durchdringen im Stande sind. Der Werth einer solchen Sterilisation von Nahrungsmitteln ist aber erst ein praktischer geworden dadurch, dass Autor mittelst eines sofort zur Erhärtung gebrachten Gelatineüberzuges dem sterilisirten Nahrungsmittel, z. B. Fleisch, einen absolut luftdichten Abschluss zu geben in der Lage ist: ein weiterer Vorzug des Holzins dem Formalin gegenüber. Dazu kommt, dass die Gelatine den etwa noch am Fleische haftenden Formaldehydgeruch oder -Geschmack sofort beseitigt, weil Gelatine mit Formaldehyd eine durchaus geschmacklose Verbindung eingeht. Und nun die Verwendbarkeit der Lösung. Da Autor durch exacte Culturversuche nachgewiesen hat, dass Formaldehyd schon in Lösung von 1:100000 entwicklungshemmend auf pathogene Organismen wirkt und pathogene Keime in Lösung von 1:75000 tödtet, so bietet Holzin in einer Lösung von 2 Esslöffeln auf 10 Liter Wasser (also 3<sup>o</sup>/<sub>100</sub>) eine Flüssigkeit, mit der man durch einfaches Aufwischen der Fussböden in Kranken- und Schulzimmern in leichtester Weise dieselben sterilisiren kann, wobei übrigens jedes Ungeziefer zugleich ganz sicher beseitigt wird.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 39.)

- Mit **Silber und Itrol**, wie Crédé empfahl (Excerpta VI, 56), hat Dr. J. Gildemeister (Scharbentz) so eclatante Erfolge erzielt, dass er jetzt schon eine Publication für geboten hält. Ein Ulcus cruris, das trotz Krankenhausbehandlung, trotz Salicyl-, Carbol- und Sublimatverbänden, trotz Jodoform und Thioform immer wieder in einen jauchigen Zustand überging und den Pat. arbeitsunfähig machte, bot schon am nächsten Tage ein ganz anderes Bild. Nach Auflegen einer einfachen Seicht der mit metallischem Silber imprägnirten Gaze war das den ganzen Unterschenkel überziehende nässende Ekzem zum grösseren Theile trocken, die mit Itrol bepuderte, etwa eigrosse Wunde secernirte weniger

und stank nicht mehr. Nur die mit Wundflüssigkeit durchtränkte Watte über der Wunde wurde am 2. und 3. Tage mit den daran hängenden schmierigen Gewebsetzen entfernt und gewechselt, der übrige Verband blieb ruhig liegen, und schon am 4. Tage zeigte sich eine fast reine Wundfläche mit nur vereinzelt Inseln grünen Eiters, das Ekzem war abgetrocknet. Eine so rasche Verwandlung einer jauchigen Wundfläche hat Autor noch nie gesehen! Ein Forstbeamter wurde von einem Rehbock ins Bein gestossen. Trotz Carbol- und Sublimatumschlägen behielten die Stichöffnungen 14 Tage hindurch einen schmierigen Charakter. 2 Tage nach Auflegen der Silbergaze war die Wunde rein und nur noch die Oeffnungen weisslich belegt; nach Aufstäuben von Itrol verschwand auch dieser Belag und die Wunde heilte tadellos. Ein Pat. brachte sich mit einem Taschenmesser eine 2 cm lange Wunde neben dem Ligament. patellae bei. Auflegen von Silbergaze. Am nächsten Tage Verband stark durchfeuchtet; also Eröffnung der Gelenkkapsel wahrscheinlich. Bepudern der Wunde mit Itrol, Auflegen von Silbergaze. Nach 5 Tagen reactionslose Heilung. Ehe Autor Itrol kannte, hatte er bei Lösung einer adhärennten Placenta vollständig Zeit, sich vorher gründlich zu desinficiren, nachher den Uterus auszuspülen und nach Möglichkeit aseptisch weiter zu behandeln; trotzdem Venenentzündung in beiden Beinen. Jüngst ähnlicher Fall: Autor wurde unterwegs angerufen, fand eine wachsbleiche, fast pulslose Frau. Da grösste Eile erforderlich, nur Abspülen der Hand und des Armes in Itrollösung, sonst keine Desinfection; nach Entfernung der Placenta Einlegen von Silbergaze mit etwas Itrol in den Cervicalcanal. Reactionsloser Verlauf.

(Der prakt. Arzt 1896 No. 9.)

— **Praktische Erfahrungen mit Airol** publicirt Dr. S. Rosenfeld (Wien). Er rühmt es als vollkommenes Ersatzmittel für Jodoform\*). Er wandte es bei frischen

\*) Auch Dr. Hahn (Pyritz) hat Airol bei allen Fällen, wo er sonst Jodoform verwandte, als schätzenswerthes Ersatzmittel desselben kennen gelernt und sagt am Schlusse einer längeren Abhandlung (Der ärztliche Praktiker 1896 No. 13): „Die sonstigen neueren Ersatzmittel des Jodoforms, wie Europhen, Aristol etc.,

Wunden an, indem er es mit Pinsel oder Watte aufpuderte und dann Bruuns'sche Watte darüberlegte, anfangs alle 3 Tage, später seltener. Die Wunden heilten stets reactionslos. Manchmal, besonders bei längerem Liegenlassen des 1. Verbandes (mehr als 2 waren selten nöthig) war starke Granulationsbildung zu bemerken, doch hinderte das nie den raschen Wundverlauf. Auch bei eiternden Wunden und allerlei geschwürigen Processen bewährte sich das Aiol bestens, ebenso erzielte Autor damit bei Ulcus molle schöne Resultate.

(Wiener medic. Blätter 1896 No. 31.)

### **Arthritis urica. Einiges über Augenerkrankungen bei**

A. erzählte Wagenmann (Jena). Zunächst wies er darauf hin, dass auch bei uns in Deutschland die Beziehungen der Gicht zu Augenaffectionen unsere vollste Aufmerksamkeit beanspruchen dürfen. Er hat eine Reihe von gichtischen Augenleiden beobachtet, Scleritis, Iridocyclitis mit Ablagerungen zwischen Aderhaut und Retina, Knoten in der Sclera, auch einen Fall von Episcleritis periodica fugax. Die Veränderungen durch Gicht können eben darin bestehen, dass serös-plastische Entzündungen ohne oder mit klinisch sichtbaren Harnsäureablagerungen sich bilden. Ferner aber kann die Gicht indirect Augenaffectionen veranlassen, vor Allem durch gewisse Gefässveränderungen, besonders im Sinne frühzeitiger Atheromatose. Hierher gehören Beobachtungen von schweren recidivirenden Glaskörperleiden, die schliesslich zu Cataract, Ablatio retinae, Retinitis haemorrhagica führten, ferner von gewissen Hornhauterkrankungen mit sklerosirendem Charakter. Auch zwischen Glaukom und A. lassen sich in einzelnen Fällen Beziehungen nachweisen. — In der Discussion bestätigt Nieden die Angaben des Vortragenden; besonders seien recidivirende Glaskörpertrübungen charakteristisch

haben sich durchweg keine allgemeine Verwendung sichern können, zum Theil werden sie nur in manchen Specialfächern verwendet, zum Theil haben sie auch üble Nebenwirkungen. Ich glaube, dass das Aiol in kurzer Zeit sie alle überholen und dass es neben seiner Muttersubstanz, dem Dermatol eine herrschende Stellung unter den Wundheilmitteln behaupten wird. Schliesslich ist es ein nicht zu unterschätzender Vorzug des Aiol, dass es verhältnissmässig billig ist.“

für Gicht. Pflüger sah recidivirende Glaskörpertrübungen, Episcleritis fugax und Glaukom, Hirschberg bei einem Engländer krystallinische Niederschläge in der Gegend des Macula lutea, ausserdem schwere recidivirende Iritis, Horstmann bandförmige Hornhauttrübung in sonst gesunden Augen, was stets den Gedanken an A. nahe legen müsse.

(25. ophthalmolog. Congress in Heidelberg, 5.—8. August 1896. — Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 36.)

— **Ein Punkt in der Diagnose zwischen chronisch rheumatischen Affectionen und chronischer A.** wird von Ernest S. Reynolds hervorgehoben. Die chronischen Gelenkaffectionen bei chronischem Rheumatismus und A. sind auf den ersten Blick so gleich, dass eine differentielle Diagnose oft Schwierigkeiten verursacht. Bei chronischem Rheumatismus findet man aber in der Regel, dass die Hand- und Fingergelenke beiderseits symmetrisch afficirt sind, dass die Erkrankung beiderseits gleichgradig ist und dass die durch sie verursachten Deformitäten gleich und symmetrisch sind. Sehr selten sind zwar die symmetrischen Gelenke afficirt, die Deformitäten aber ungleich. Bei den chronischen Handaffectionen der A. findet man ein ganz anderes Verhalten. Sind nur einzelne Gelenke ergriffen, so sind sie ganz unsymmetrisch und die Ausdehnung der Affection ist ungleich, sowie auch die Deformitäten. Sind alle Gelenke beider Hände erkrankt, wie es gelegentlich vorkommt, so ist die Grösse der Affection sehr ungleich und die Grösse der Deformitäten ganz verschieden. Dies ist die Regel bei der A., Ausnahmen hat Autor nie beobachtet.

(Brit. med. Journ. 15./II. 1896. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 73.)

**Diabetes mellitus.** Die Beziehungen zwischen D. und Lebercirrhose erörtert Dr. Pusinelli (Dresden) im Anschluss an einen selbst beobachteten, sehr interessanten Fall. Derselbe betrifft einen jetzt 48jährigen Herrn, der nie inficirt gewesen und stets mässig gelebt hat, dessen Vater aber wahrscheinlich an D. in hohem Alter litt. Pat. selbst, vorher immer gesund, erkrankte 1887 an leichtem Icterus, der aber bald verging, aber eine

Leberschwellung zurückliess, die sich dann immer mehr ausbildete. 1 Jahr später fand sich Zucker im Urin, der permanent in den nächsten Jahren nachweisbar blieb. 6 Jahre nach dem ersten Icterus nun erscheint wieder ein solcher, der aber nie eine intensiv gelbe, sondern mehr eine graugelbe und fahle Farbe zeigt, gleichzeitig stellt sich bedeutender Ascites ein und es ist eine sehr starke Vergrösserung der Milz zu constatiren. Während des Ascites verschwindet der seit Jahren nie fehlende Zucker im Harn, um sich wieder einzustellen, nachdem der Ascites verschwunden ist. Allmählig verschwindet der Icterus, doch Leber und Milz bleiben bis heutigen Tags, also 2 Jahre nach der schweren Erkrankung, fast unverändert vergrössert; nur in geringem Grade findet sich Schrumpfung der Leber. Dies Krankheitsbild passt nicht auf die gewöhnliche Lännesche Lebercirrhose; bei dieser werden so hohe Grade von Lebervergrösserung im 1. Stadium wohl kaum beobachtet, auch fehlt bei ihr meist der Icterus, dagegen sind gewöhnlich schwere Erscheinungen des Magendarmcanals vorhanden und sie führt, wenn erst einmal schwerere Erscheinungen, wie starker Ascites, auftreten, meist nach wenigen Monaten zum Exitus, während hier Jahre lang nach der schweren Erkrankung noch Euphorie besteht, auch die Schrumpfung der Leber noch sehr wenig ausgeprägt erscheint. Auch zu anderen Formen von Lebererkrankung passt das Bild gar nicht, sodass Autor eine besondere Form, eine „Leberhypertrophie mit Diabetes“ anzunehmen geneigt ist, die charakterisirt ist durch sehr bedeutende Vergrösserung der Leber und Milz, zu der häufig periodisch auftretender Icterus, bedeutender Ascites, starkes Mitbefallensein der Niere, wie es hier der Fall war, hinzutreten, während Magen und Darm frei bleiben, der Verlauf der Affection sehr langsam ist und Neigung zum Stillstand und zu Besserung besteht, ähnlich wie es beim D. allein oft vorkommt. Sehr bemerkenswerth ist das Verhalten der Zuckerausscheidung während des Ascites: Während seit 1888 andauernd hochgradiger D. mit 2—5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Zucker neben häufiger Albuminurie bestand, verlor sich während der Zeit, in welcher der hochgradige Ascites das Krankheitsbild beherrschte, der Zucker vollständig und

auch Eiweiss fehlte. Der Ascites war colossal, auch dabei hochgradiges Oedem der unteren Extremitäten vorhanden. Am 6./V. 1893 erste Punction, Entleerung von 10 Litern einer weingelben, stark eiweisshaltigen Flüssigkeit; wegen zunehmender Athemnoth in Folge des Ascites nach 10 Tagen 2. Punction, abermals 10 Liter; 8 Tage später 3. Punction mit 8 Litern, 11 Tage später 4. Punction nothwendig. Nach dieser letzten Punction, die mit einem stärkeren Troicart vorgenommen worden war, sickerte 8 Tage lang aus dem Stichcanal ziemlich beträchtlich Flüssigkeit ab, sodass es zu einer neuen Ansammlung im Abdomen nicht mehr kam. 14 Tage nach dieser Punction fand sich wieder Zucker im Harn, derselbe blieb permanent und stieg allmählig auf 5—6% an. Wie ist das Verschwinden des Zuckers zu erklären, trotzdem eine Aenderung der Diät nicht stattfand und frühere strenge Diätcuren immer erfolglos gewesen waren? Eigentlich hätte man erwarten sollen, dass die Zuckerausscheidung während des Ascites und der dabei vorhandenen Leberschwellung hätte vermehrt sein müssen; denn war schon die während des vorhergehenden Stadiums erkrankte Leber nicht mehr im Stande, den ihr mit dem Blute zugeführten Zucker in Glykogen umzuwandeln, so hätte der Zuckergehalt des Urins erst recht steigen müssen bei der noch hinzugekommenen Behinderung des Pfortaderkreislaufs. Vielleicht haben durch die Stauung in der Leber die hierdurch ins Blut gedrängte und in demselben circulirende Galle, sowie andere Producte der Leber eine die abnorme Zuckerproduction im Blute beschränkende resp. reducirende Wirkung ausgeübt, sodass also das mit Stoffwechselproducten der Leber geladene Blut gewissermaassen die Function derselben übernahm. Auf die Heilung des Ascites hat vielleicht einigen Einfluss die letzte Punction mit dem grossen Troicart ausgeübt; durch das nachherige Aussickern der Flüssigkeit wurde eine anhaltende Entspannung im Unterleibe bewirkt und somit auch eine Spannungsveränderung im Gefässsystem dieser Höhle, sodass, wenn überhaupt die Möglichkeit einer Aenderung der Kreislaufverhältnisse vorlag, eine Beeinflussung auf diese Weise wohl zu Stande kommen konnte. Immerhin war dies Moment nicht genügend und müssen noch andere günstige Bedingungen für eine so

günstige Umstimmung der Circulation im Pfortadergebiete vorgelegen haben. Autor findet diese darin, dass er dem Pat. grosse Dosen von Tartar. depurat. gegeben hatte, die schon Sasaki bei Lebercirrhose so bewährt fand. Pat. erhielt von Anfang seiner schweren Erkrankung an 3 Mal tägl. 10—15 gr Cremor tartari als Schüttelmixtur, ausserdem, wenn Stuhlgang nicht genügend erfolgte, noch Carlsbader Salz (1 Mal Calomel, das aber sehr schlecht vertragen wurde); das Mittel wurde sehr gut vertragen und hat vielleicht bei der Besserung eine Rolle gespielt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 33.)

— Schmidt-Rimpler spricht über **maculare Sehnervenatrophie bei D.** Er fand Sehnervenaffection unter dem Bilde der Neuritis retrobulbaris bei D. sehr häufig, unter 140 Fällen 34 Mal. Dass dies nicht allgemein bekannt ist, liegt daran, dass oft nicht genau auf D. untersucht wird und dass der Zucker auch längere Zeit im Harn fehlen kann. Die Prognose ist nicht schlecht; mit Besserung des D. hebt sich das Sehvermögen. Autor giebt dabei nie sehr strenge antidiabetische Diät, verbietet aber das Tabakrauchen. — Discussion: Leber bestätigt die Häufigkeit der retrobulbären Neuritis bei D., doch fand er sie ausschliesslich bei Männern, sodass an eine Combination mit Tabaks- und Alkoholintoxication (auch ohne Abusus) zu denken ist. Uthoff hält die Prognose für schlechter, als bei der Nicotin- und Alkoholamblyopie, da er bisweilen früher und schneller centrale Skotome auftreten sah.

(25. Congress der Ophthalmologen, Heidelberg, 5.—8. August 1896. — Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 40.)

**Ekzem.** Ueber Behandlung des E. am Ohre lässt sich Prof. Dr. Bürkner (Göttingen) aus: Für die leichteren Fälle von acutem, pustulösem E. genügen oft Streupulver, welche die äussere Luft abschliessen. Doch die üblichen Pulver mit Amylum oder Lycopodium wenig empfehlenswerth, weil sie mit dem Inhalt der platzen- den Bläschen eine schmierige Masse bilden, welche der Haut fest anhaftet. Besser fein pulverisirte Magnes. usta, welche oft überraschend schnell wirkt; ein weiterer

Zusatz meist nicht erforderlich, nur bei hartnäckigen Fällen bisweilen erwünscht, z. B.

**Rp.**

*Zink. oxyd.* 5,0  
*Alum.* 10,0  
*Magn. ust.* 85,0.  
 S. Streupulver.

Bei schmerzhafter Infiltration der Haut Umschläge mit Sublimat, Bleiwasser oder Liq. Alum. acet. (1:5) wohlthwendig; doch im Allgemeinen Flüssigkeiten wenig zweckmässig. Für impetiginöses E. ebenfalls Streupulver gut, jedoch nur bei krustenfreier Haut; sonst am besten Borsäuresalbenverband; alle erkrankten Theile mit 10 %igem Borvaselin (aber Vaseline flav.) zu bedecken, darauf Mullläppchen, darüber Gummipapier, endlich fixirende Gazebinde legen und den Verband 24—48 Stunden liegen lassen. Nur selten ist dies ungenügend. In diesen Fällen zweckmässig Salicylpaste aufstreichen:

**Rp.**

*Acid. salicyl.* 2,0  
*Zink. oxyd.*  
*Vaselin. flav. aa* 25,0.  $\frac{1}{2}$   
 M. f. past.

oder nach Ablösung der vorher mit Thymolöl (2%) gelockerten Krusten ein Streupulver auftragen. Jedenfalls stets dabei Verband! Bepinselungen mit Lapislösung nicht empfehlenswerth, wohl aber Lapis in Substanz bei tiefen Rhagaden. Bei squamösem E. Borvaselin oder Tanninvaselin gut, zuweilen wirkt auch die Salicylpaste, manchmal auch Salicylseifenpflaster zufriedenstellend (stets Verband!):

**Rp.**

*Acid. salicyl.* 1,0  
*Emplast. sapon.* 10,0.

Bei chronischem squamösem E. greife man zu Theer. Intern kann man Leberthran, Jodeisensyrup, Arsen geben; Autor erzielte auch wiederholt günstige Resultate mit:



Rp.

*Jodoform. 0,01**Ferr. lactic. 0,1**D. t. dos. ad caps. amyl. No. 20.*

s. 1—3 Mal tägl. 1 Stück.

(„Die Praxis“ 1896 No. 16.)

— Bei jenem **E. der Kinder an Hinterbacken und Oberschenkeln**, das auf Berührung der Haut mit Urin und Faeces zurückzuführen ist und oft der üblichen Therapie trotz, erzielte Dr. Dünge (Neuwied) raschen Erfolg durch eine einfache Therapie. Er badet zunächst das Kind (27—28° R.) und trocknet vorsichtig ab (die afficirten Stellen mit Watte tupfen!), darauf applicirt er ein indifferentes Streupulver und bedeckt mit Guttaperchapapier. Letzteres ist das Wichtigste; das Guttaperchapapier haftet der Haut sehr innig an und hält die schädlichen Verunreinigungen ab. Gewöhnlich schon Tags darauf ist das nässende E. in ein trockenes umgewandelt, das sehr schnell abheilt.

(Centralblatt f. Kinderheilkunde 1896 No. 6.)

— Mit einer ihm von Prof. Claus privatim zur Verfügung gestellten **Loretinseife** hat Medic.-Rath Dr. Würth (Freiburg i. B.) einen im Vergleich zu früher angewandten Mitteln eclatanten Erfolg erzielt bei einer Dame, die schon seit Jahren an einem sehr störenden **E. der Hände in Folge Erfrierens** litt.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 40.)

**Fracturen und Luxationen.** Ueber Behandlung der **typischen Radiusfractur** hielten Vorträge E. Braatz (Königsberg) und Storp (Königsberg). Braatz hält die fertigen Schienen aus Holz, Blech etc. nicht für zweckmässig, weil sie zu stereotyp sind, entweder nur für Volarflexion oder mit Ulnarflexion oder mit diesen beiden Stellungen gleichzeitig. Diese schematischen Schienen passen immer nur ungefähr, man muss Polsterungen und allerlei Compressen zu Hülfe nehmen, die sich aber verschieben und nur durch Bindenumwicklung, die den Arm circular comprimirt, in ihrer Lage erhalten werden können. Von dem Grundsatz ausgehend, dass ein Verband den gebrochenen Radius, wie der redressirende Händedruck bei der Redression, von der volaren und

dorsalen Seite zugleich angreifen soll, hat Autor seine Spiralschiene empfohlen, die aus Beely'schem Gips-hanfmaterial gemacht war. Jetzt hat er ein besseres Material als Grundlage für Gypsschienen gefunden, einen sackleinwandähnlichen Stoff, wie ihn Tapezierer beim Möbelpolstern als Zwischenfutter gebrauchen (zu erhalten bei Lachmannski, Königsberg), der in 3facher Lage so breit zugeschnitten wird, dass er eben um die Handwurzel herumreicht. Nach oben reicht die Schienenkapsel bis etwa 3 Finger breit von der Ellenbogenbeuge entfernt, nach unten bis zu den Metatarso-Phalangealgelenken. Das Zeug wird entsprechend der Länge des Handrückens von der Radialseite bis zur Hälfte quer eingeschnitten. Dieses Zeugstück wird in Gypsbrei (Gyps und Wasser zu gleichen Theilen) getaucht, gründlich mit diesem durchtränkt und dann auf den gebrochenen Arm gelegt, nachdem selbstverständlich die Bruchenden auf das Genaueste reponirt worden sind. Der Verband umzieht also den ganzen Arm, reicht aber nicht vollständig herum, sondern die beiden Ränder des Verbandes lassen in der Gegend der Ulnar-seite einen Spalt übrig, sodass man den Verband durch einfaches Auseinanderbiegen der Ränder leicht entfernen und dann wieder anlegen kann. Der Verband wird ohne jede Polsterung direct auf die gut eingefettete Haut gelegt. Während des Erhärtens des Gypses hält man den Arm mitsammt dem Verbande in einer Redressionshaltung, wie man die Knochen auch vorher schon in Ordnung gebracht hat. Die Hand stellt Autor in leichte Volarflexion, dagegen nur dann auch etwas in Ulnarflexion, wenn die Ulna sicher nicht betheiligt ist, weil dann die Ulnarstellung geradezu schädlich ist. Ja manchmal muss sogar in voller Supinationsstellung geschient werden, wenn keine Synostosen mit der Ulna oder schwere Gebrauchshinderung der Hand die Folge sein soll; man legt hier den Verband zuerst wie geschildert an, dann legt man eine Gypshalbschiene an die Aussenseite des Oberarms und verbindet beide Theile mit einem dritten Zeuggypsstreifen am Ellenbogen. Bei der Nachbehandlung legt Autor viel mehr Gewicht darauf, dass die Finger bewegt werden, als auf frühe Massage. Nach 10—12 Tagen wird die Schiene abgehoben und die Bruchstelle nachgesehen. Gewöhnlich soll die Schiene erst nach  $2\frac{1}{2}$  Wochen entfernt werden und öfters auch noch etwas länger liegen bleiben; denn bei

der Radiusfractur sieht man gelegentlich in gut controlirten Fällen, dass die Knochenenden nach dem frühen Abnehmen des Verbandes selbst noch mehrere Tage ganz correct liegen, sich dann aber, da die Bruchstelle noch nicht hart geworden, wieder eine Verlagerung der Knochen in typischer Richtung bemerkbar macht. Die Finger sollen gleich nach dem Anlegen des Verbandes bewegt werden, nach den ersten Tagen recht fleissig. Bei älteren Personen, wo schon durch das Ruhighalten der Hand eine grössere Neigung zu Starrheit vorhanden ist, bedient sich Autor mit Vortheil des Thilo'schen Apparates für Fingerübungen mit Gewichtchen. — Storp legt das Hauptgewicht nicht auf die Knochenverletzung selbst, sondern auf die hierbei fast immer bestehenden Nebenverletzungen. Der Knochen heilt fast ausnahmslos und ohne Dislocation, wenn er nur in Narkose gehörig reponirt ist, dagegen bedingen die Nebenverletzungen vielfach ganz erhebliche Functionsstörungen der Hand. Die fast in  $\frac{2}{3}$  der Fälle vorhandenen Nebenverletzungen bestehen in Blutergüssen im Handgelenk, bedingt durch Längsbruch resp. Fissur des unteren Knochenfragmentes, Zerreißen und Durchbohrungen der Handgelenkscapsel und der dorsalen, seltener volaren Sehnenscheiden, ferner Abbruch des Proc. styloid. ulnae, Zerreißen der Cartilago triquetra etc. Werden in allen diesen Fällen Handgelenk und Finger allzulange durch Verbände fixirt, so kommt es, besonders bei älteren Leuten, zu Verwachsungen in den Gelenken und Sehnenscheiden und damit zu dauernder Steifigkeit und Functionsbeeinträchtigung der Hand und Finger. Man lässt daher heut zu Tage stets die Finger frei vom Verband und beginnt frühzeitig mit Massage und Fingerbewegungen. Petersen empfahl sogar vor 2 Jahren, den Arm einfach in eine Mitella zu legen in der Weise, dass die Hand frei über den Rand der Mitella herabhängt, mit welcher Methode er glänzende Resultate erzielte. Wie sich Autor überzeugte, führt dieselbe in der That bei intelligenten Pat. und dauernder Controle auffallend rasch zur Heilung und Wiederherstellung der Function, im Allgemeinen ist sie aber für die Praxis zu unsicher. Die Hand muss vom Handgelenk abwärts in ulnovolarer Flexion über den Rand der Mitella herabhängen; die dadurch bedingte venöse

Stauung und Schwellung der Hand ist den Pat. oft unangenehm und ja in der ersten Zeit häufig schmerzhaft, sodass die Hand hier und da in die Mitella hereingezogen und so der Effect vereitelt wird. Deshalb modificirte Autor die Methode in der Weise, dass er nach vollständigem Redressement des Knochens (event. Narkose!) und nachdem nicht nur jede Dislocation ausgeglichen, sondern auch die Hand in extreme ulnovolare Flexion gestellt ist, an Stelle der Mitella einen ca. 10 cm breiten Heftpflasterstreifen auf Segeltuch mehrfach um den Arm bis an den Proc. styloid. heran umlegt und durch einen zweiten darüber gelegten Streifen eine Falte fixirt, welche durchlocht wird, und durch welche ein Tuch oder eine Binde gezogen und in ihr der Arm am Nacken suspendirt wird. Die Vorthelle dieses Verbandes gegenüber der Mitella sind: 1. Eine gewisse Fixation und Compression der Bruchstelle bei völliger Bewegungsfreiheit im Handgelenk. 2. Wird die Hand dauernd in gleicher Weise an der gleichen Stelle unterstützt herabhängen. 3. Steht es ganz im Belieben des Arztes, ob er die Hand mehr in ulnarer oder volarer Flexionsstellung fixiren will, und das ist wichtig. In manchen Fällen lässt sich die dorsale Verschiebung leicht ausgleichen, wogegen die radiale Verschiebung Neigung zeigt, sich nach der Reposition wieder herzustellen. In solchen Fällen würde man dann den Aufhängepunkt ganz auf die radiale Seite verlegen und die Hand ganz in ulnarer Abduction herabhängen lassen. Als Nachtheile könnte man dagegen aufstellen, dass 1. die Stellung des Armes nicht jederzeit genau controlirt werden kann, und 2. Massagebehandlung ohne jedesmalige Abnahme des Verbandes nicht möglich ist. Beides ist aber nicht stichhaltig. Wenn gehörig redressirt und der Verband rite angelegt ist, bleibt die Stellung des Knochens völlig unverändert, Massage ist aber in den ersten 10 bis 14 Tagen nicht nothwendig und, weil recht schmerzhaft, unnütze Quälerei, zumal Hand- und Fingergelenke frei sind und ausgiebig bewegt werden können. Will man nach 10 Tagen massiren, was recht gut ist, so nimmt man den Verband ab und giebt jetzt nur die Mitella, da nunmehr Verschiebung der Fragmente nicht mehr zu befürchten ist. Auch da ist Massage aber nicht durchaus erforderlich, da sich auch ohne sie bald vollkommene

Heilung einstellt. Von 108 typischen Radiusbrüchen wurden mit winzigen Ausnahmen (wahrscheinlich Interposition der Kapsel resp. Weichtheile, wo die Schienenbehandlung beibehalten werden soll) ideale Heilung erzielt, obwohl nur bei 30 Fällen Nebenverletzungen fehlten. Die Dauer der Behandlung betrug im Durchschnitt 3 Wochen, bei jugendlichen Individuen und uncomplicirten Fällen 14—18 Tage. Nach 10 Tagen wurde in der Regel der Verband abgenommen, der Arm für 6—8 Tage in eine Mitella gelagert und die Pat. dann aufgefordert, die Hand viel zu bewegen und zu leichter Arbeit zu benützen; in schweren Fällen erfolgte noch leichte Massage.

(25. Congress der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, Mai 1896. — Beilage zum Centralblatt für Chirurgie 1896 No. 31.)

- Einen Verband für Kinder der ersten Jahre mit Oberschenkelfracturen giebt Dr. Haun (Gladenbach) an. Der Gypsverband ist hier zu schwer und doch sehr bald durchweicht, Streckverband meist unmöglich, da das Kind dabei schwer rein zu halten und zu ernähren ist, bei Schienenverbänden ist ständige ärztliche Aufsicht erforderlich, die z. B. auf dem Lande meist fehlt. Der combinirte Leim- und Schienenverband des Autors ist frei von diesen Mängeln und besitzt zudem noch den Vortheil, dass der Arzt dazu kein Material bei sich zu tragen braucht, sondern die dazu nöthigen Dinge, alte Leinwand, Tischlerleim und einige 10—12 mm breite und 1—1 $\frac{1}{2}$  mm dicke, alte eiserne Fassreifen überall findet. Ein dünner, mit der Hand leicht biegsamer Fassreifen lässt sich unschwer der Configuration des Leibsumfanges zwischen Darmbeinschaufelrand und Rippenbogenrand anpassen. Durch die beiden Enden schlägt man je ein Loch, um den Reifen später schliessen zu können. An den Reifen wird nun eine Schiene von demselben Material genietet für die Vorderseite des Beins, nachdem dieselbe erst genau den Formen desselben adaptirt ist. Dann wird, ebenfalls von dünnem Fassreifen, eine Schiene für die Rückseite des Beins zurechtgebogen und an dem um den Leib zu legenden Reifen ebenfalls festgenietet, sodass sie, über das Gesäss verlaufend, in der Mitte der Rückseite des Beins herabzieht. Nachdem dies vorbereitet, wird zunächst der Leimverband (ca. 4 cm breite und 30 bis

50 cm lange Streifen alter, gröbster Leinwand, sowie dickgekochter Tischlerleim) in dünner Schicht angelegt, und zwar vom (gepolsterten) Rippenbogenrand bis (einschliesslich) zum Fuss. Das Gesäss wird bis handbreit vom Anus frei gelassen, sodass der über das Gesäss verlaufende Theil der Hinter-Beinschiene an dieser Stelle keine Unterlage von Leimverband bekommt. Dafür wird die Aussenseite des Leimverbandes und besonders die Parthie über der Schenkelbeuge verstärkt. Alsdann wird die Schiene um Bein und Leib angelegt. Der Reifen wird straff um den Leib angezogen und mit durch die in den Enden befindlichen Oeffnungen gezogenem Draht befestigt. Die Vorder- und Hinter-Beinschienen müssen natürlich ihre entsprechende Lage auf der Mitte der Vorderseite resp. Hinterseite des Beins eingenommen haben. Nun werden diese Schienen mit der 2. Leimverbandschicht fixirt. Ist der Verband angelegt, so muss das Bein in richtiger Lage und Extension so lange fixirt bleiben, bis der Leimverband hart geworden, was in ca. 24 Stunden der Fall ist. Die Extension erfolgt mit Gewichten, die etwa doppelt so schwer, als sonst genommen werden, da ja auch der Verband mit extendirt wird. Die Unterlage des Kindes muss während der Dauer der Extension häufig gewechselt werden, weil sonst der nasse Verband nicht erhärtet. Nach 24 Stunden also wird die Extension weggelassen, das Kind kann herumgetragen werden. Fleissiges Reinhalten ist natürlich auch jetzt geboten, da sonst Theile des Verbandes aufweichen; ein geringes Aufweichen schadet aber nichts, da die Eisentheile genügend für Erhaltung der Fixation sorgen. Sind Knöchel und Ferse etc. gut gepolstert, so kann der Verband während der ganzen Heilungsdauer liegen bleiben. Bei über 6 Jahre alten Kindern hatte Autor noch keine Gelegenheit, den Verband anzuwenden, zweifellos ist derselbe aber auch für ältere Kinder und Erwachsene brauchbar.

(Zeitschrift für prakt. Aerzte 1896 No. 16.)

— **Zur Frage der Torsionsfracturen des Oberschenkels** liefert Stabsarzt Dr. Tilmann (Berlin, chirurg. Klinik der Charité) einen Beitrag. Er hat in den letzten Jahren 5 Fälle von solchen Fracturen beobachtet, die ein besonderes Interesse dadurch beanspruchten, dass die Aetio-

logie in allen Fällen eine vollkommen identische war. Bei den bisher beobachteten Fällen hatten diese Fracturen meist des Muskelzuges mit bedurft: sie entstanden z. B. beim Versuch, einen Fusstritt auszuthelen, während der Fuss sein Ziel verfehlte, ferner beim Kegelschieben in dem Augenblick, in welchem der Spieler sich auf das vordere Bein stützte und letzteres dabei zugleich durch die Schwere des Oberkörpers eine Drehung erlitt, endlich bei Arbeitern, die ihren Körper plötzlich drehten, um herabstürzenden Gegenständen auszuweichen. Um eine richtige Abdrehung handelt es sich aber bei den Torsionsbrüchen, die dadurch entstehen, dass ein Verunglückter mit den Beinen zwischen die Speichen eines Rades geräth, sowie beim Versuch, veraltete Hüftluxationen einzurenken. Aehnlich war auch die Ursache bei obigen 5 Fällen, welche 3 Männer im Alter von 19, 37 und 48, sowie 2 Frauen im Alter von 27 und 36 Jahren betrafen. 4 von ihnen gaben an, sie hätten versucht — 3 im Sitzen, 1 im Stehen — sich die Schuhe von den Füßen zu ziehen; zu dem Zweck zogen sie mit den Händen den Fuss zu sich empor und versuchten nun durch Zug am Haken den Schuh zu entfernen, plötzlich fühlten sie einen lauten Krach, das Bein fiel schlaff zur Erde und sie bemerkten, dass der Oberschenkel gebrochen sei, der fünfte, ein 37 Jahre alter Kaufmann, hatte in einen Nagel getreten und wollte sich die Wunde an der Fusssohle betrachten; da dieselbe am äusseren Fussrand sass, musste er den Fuss sehr stark drehen und starke Gewalt anwenden. Auch er fühlte plötzlich einen heftigen Schmerz und gleich darauf ein lautes Knacken im Oberschenkel. Die Bruchstelle lag 1 Mal im unteren, 2 Mal an der Grenze des mittleren und unteren Drittels, je 1 Mal im mittleren und im oberen Drittel. Der Kranke von 48 Jahren starb, die übrigen wurden nach 5, 7, 8, 10 Wochen geheilt entlassen. Sehr wichtig ist die Frage: ist das Trauma ausreichend, um eine Torsionsfractur des Oberschenkels zu erzielen, oder handelt es sich um sogen. Spontanfractur, d. h. muss man annehmen, dass Veränderungen im Knochen vorliegen, die seine Festigkeit herabsetzten. Die Untersuchung der 5 Pat. ergab, dass 2 mit Tabes behaftet waren. Aber die Uebrigen? Man konnte von Tabes nichts bei ihnen finden, auch die übrigen ätiologischen

Momente (Echinokokken, Knochencysten, Carcinome und Sarkome, Osteomyelitis, Osteoporose) lagen anscheinend nicht vor. Autor machte nunmehr an 90 Leichen Versuche, welche ergaben, dass es bei normal ernährten, kräftigen Knochen nicht möglich ist, durch Rotation des Oberschenkelknochens mittelst Hebelung des Unterschenkels eine Torsionsfractur hervorzurufen, dass hierzu vielmehr eine Verminderung der Festigkeit des Knochens vorhanden sein muss. Und nunmehr nahm Autor noch einmal eine Untersuchung jener 3 Pat. vor und fand jetzt bei sämtlichen charakteristische Zeichen von Tabes, die also in der Zeit nach der Fractur (5, 8,  $3\frac{1}{2}$  Jahre) sich eingestellt haben mussten, sodass die Annahme berechtigt ist, dass hier die trophischen Störungen am Knochensystem das erste Symptom der sich entwickelnden Tabes waren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 35.)

- Die unblutige Methode bei Behandlung der *Luxatio coxae congenita* hat Prof. Dr. Jul. Wolff (Berlin) seit Anfang Juni d. J. bei 16 Pat. angewandt, und zwar bei 9 Pat. mit einseitiger und 7 Pat. mit doppelseitiger angeborener Hüftgelenksverrenkung; also im Ganzen hat er 23 Mal die unblutige Einrenkung versucht. 21 Mal gelang dieselbe, und zwar 16 Mal beim ersten, 5 Mal erst beim wiederholten Versuch. Das uns für das Verfahren offen stehende Feld ist ein weit grösseres, als es Lorenz Anfangs bestimmte. Wolff's 21 Fälle von vollkommen gelungener Einrenkung betreffen 1 Mal ein Mädchen von  $11\frac{3}{4}$ , 1 Mal ein Mädchen von 9 und 1 Mal ein solches von nahezu 8 Jahren, die Methode ist also bis in ein ziemlich hohes Alter hinein noch anwendbar. Dabei hat Autor zugleich feststellen können, dass die grösseren Schwierigkeiten der Einrenkung und Retention keineswegs in erster Reihe in Altersverschiedenheiten der Pat. bestehen; vielmehr hat sich z. B. die Einrenkung und Retention bei einem  $11\frac{3}{4}$  Jahre alten Mädchen viel leichter bewerkstelligen lassen, als bei viel jüngeren Kindern. — Uebrigens haben von Prof. Buka hergestellte Röntgenbilder des normalen Beckens mit Hüftgelenken, als auch solcher mit angeborener Hüftverrenkung vor und nach der Operation



gezeigt, dass man die Verhältnisse sehr genau erkennen kann, sodass Aussicht vorhanden ist, die Resultate der Operation ganz genau zu prüfen und zu bestimmen, welche Operation bei dieser Affection als die beste zu bezeichnen ist.

(68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, September 1896. —  
(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 40.)

**Gonorrhöe.** Die Behandlung der G. mit Argonin wurde, wie Dr. A. Gutheil mittheilt, in Joseph's Poliklinik (Berlin) bei 70 Fällen vorgenommen. Benützt wurden 1—2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>ige Lösungen. Von diesen 70 Fällen greift Autor 15 heraus, bei welchen genauere Erhebungen angestellt werden konnten. Das Resultat war folgendes:

|         | Dauer des Ausflusses<br>vor Beginn der Behandlung | Nach wieviel Tagen<br>Fehlen der Gonokokken | Nach wieviel Tagen<br>geheilt |
|---------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|
| Fall 1. | 6 Wochen                                          | 4                                           | 46                            |
| " 2.    | 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Jahr                | 10                                          | 40                            |
| " 3.    | 3 Tage                                            | 3                                           | 5                             |
| " 4.    | 8 Tage                                            | 5                                           | 15                            |
| " 5.    | 12 Tage                                           | 27                                          | 43                            |
| " 6.    | 8 Tage                                            | 16                                          | 20                            |
| " 7.    | 5 Monate                                          | 2                                           | 2                             |
| " 8.    | 2 Wochen                                          | 14                                          | 21                            |
| " 9.    | 3 Tage                                            | 8                                           | 8                             |
| " 10.   | 3 Tage                                            | 8                                           | 13                            |
| " 11.   | 16 Wochen                                         | 5                                           | 5                             |
| " 12.   | 6 Wochen                                          | 9                                           | 37                            |
| " 13.   | 18 Wochen                                         | 5                                           | 5                             |
| " 14.   | 1 Tag                                             | 5                                           | 10                            |
| " 15.   | 7 Monate                                          | 6                                           | 17                            |

Also die Gonokokken waren im Mittel nach 8—9 Tagen verschwunden, geheilt aber, d. h. in demjenigen Zustand, in welchem weder im ersten, noch im zweiten Urin Fäden oder Trübungen vorhanden waren und die Pat. Morgens weder einen Tropfen, noch eine Verklebung der Harnröhre bemerkten, waren die Fälle erst im Durchschnitt nach 21 Tagen, nachdem Adstringentien, namentlich Ichthyol angewandt waren. Die Behandlungsweise selbst fand nach den üblichen Principien statt: bei vorderer G. mittelst Spritze, bei hinterer mittelst

besonderer Instrumente (Ultzmann, Guyon). Oefter wurde bemerkt, dass, selbst wenn die Gonokokken nach kurzer Zeit unter Argoningebrauch verschwunden waren, doch nicht etwa die G. auf die vordere Harnröhre beschränkt blieb, sondern trotzdem sich auf die hintere fortpflanzte. Während aber im Allgemeinen die Gonokokken, wenn sie einmal verschwunden waren, niemals bis zur Heilung wiederkehrten, bildete 1 Fall davon eine Ausnahme. Das Argonin erwies sich als reizlos, nur in einem von den 70 Fällen machten die Injectionen Brennen und Urindrang. Das Argonin erwies sich nach alledem als ein sehr empfehlenswerthes Präparat, das schnell, dauernd und reizlos die Gonokokken beseitigte. Das bedeutet einen wesentlichen Fortschritt in der Therapie der G., weil nur dadurch Complicationen verhütet werden; und in der That kam nur 1 Mal unter den 70 Fällen Epididymitis vor.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 35.)

— Dr. O. Werler (Berlin) hat das **citronensaure Silber** oder „**Itrol**“ (Heyden in Radebeul) in zahlreichen Fällen von acuter und chronischer G. angewandt und war mit dem Erfolg sehr zufrieden. Er applicirte das Mittel mittelst einfacher Injectionen oder in Form von Durchspülungen und Auswaschungen nach Diday's Methode und einem von ihm als praktisch befundenen, modificirten Janet'schen Verfahren, bestehend in einer Lavage des ganzen Harnröhrencanals mit ca. 300 ccm lauwarmer Silbercitratlösung durch eine grosse Injectionsspritze. Bei acuter G. verschrieb Autor zunächst:

**Rp.**

*Sol. Itroli (0,025) : 200,0*

*D. in vitro flavo!*

S. 4 Mal tägl. zu injiciren.

Im Laufe der Zeit wurde die Ordination auf 0,03 bis 0,05 : 200,0 verstärkt. Wichtig ist es, die Injectionen ohne Zeitverlust möglichst schnell nach erfolgter Infection vornehmen zu lassen, um den Gonokokken Zeit, in die Fläche und Tiefe der Schleimhaut vorzudringen, zu benehmen. Das Ergebniss der Prüfungen war folgendes:

1. Das Itrol besitzt eine intensive, gonokokkenzerstörende Wirkung.
2. Das Itrol ist der Schleimhaut der Harnröhre wohlbekömmlich und verursacht weder Reizerscheinungen, noch Steigerung der Entzündungssymptome in nennenswerthem Maasse.
3. Das Itrol hat energische Tiefenwirkung ohne Läsion der Schleimhaut.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 37.)

— Die Existenz einer **echten Blasengonorrhöe**, d. h. einer wirklichen, durch Invasion von Gonokokken entstandenen Cystitis beweist die von E. Wertheim (Wien) vorgenommene mikroskopische Untersuchung eines Stückchens direct der Lebenden entnommenen Blaseschleimhaut, in der massenhaft Gonokokken gefunden wurden, die nicht nur zwischen den Zellen sassen, sondern auch in den Gefässen, und zwar in den capillaren und präcapillaren Venen. Diese „gonorrhöische Thrombophlebitis“ erklärt genügend das Zustandekommen der gonorrhöischen Metastasen und Endocarditis, die mithin durch directe Invasion der Gonokokken in die Blutgefässe zu Stande kommen.

(Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynäkologie, Bd. 35, Heft 1.)

— Einen wichtigen Beitrag zu den gonorrhöischen Gelenkentzündungen liefert Prof. Dr. M. Schüller (Berlin), indem er die in den letzten 6 Jahren von ihm beobachteten Fälle zusammenstellt, 52 an Zahl, und zwar 34 Männer, 18 Frauen. 34 Mal erkrankte nur ein Gelenk, 18 Mal mehrere zugleich, meist jedoch nur 2—3, nur ausnahmsweise eine grössere Anzahl. Die monoarticuläre Form betraf das Knie 14 Mal, das Fussgelenk 5, Handgelenk 5, Hüftgelenk 5, Schultergelenk 2, ein Metacarpophalangealgelenk 1, das Ellenbogengelenk 1, das abnorm vorhandene Gelenk zwischen Manubrium und Corpus sterni 1 Mal. Die Gesamtzahl der ergriffenen Gelenke bei allen Fällen aber vertheilt sich folgendermaassen: Knie 29, Fussgelenk 17, Handgelenk 9, Hüftgelenk 7, Ellenbogengelenk 6, Schultergelenk 3, unteres Radioulnargelenk 3, Metacarpophalangealgelenke 3, abnormes Gelenk am Sternum 1 Mal. Recht häufig fand sich daneben eine

gonorrhöische Erkrankung der Sehnenscheiden und Schleimbeutel. Man kann eine acute und chronische Form der gonorrhöischen Arthritis unterscheiden. Die acute beginnt meist ganz plötzlich, während einer noch acuten oder auch schon länger bestehenden G., nicht selten unter wiederholten Schüttelfrösten und Fieber bis über 40° C. mit heftigen Schmerzen in einem, seltener gleichzeitig in 2 oder mehr Gelenken. Werden noch andere Gelenke befallen, so ist in der Regel der Process in einem am intensivsten, in den anderen schwächer. Das Gelenk schwillt unter den heftigsten Schmerzen in ganz acuter Weise prall an. Die Haut ist besonders bei oberflächlicher liegenden Gelenken oft erysipelartig geröthet, zuweilen blauroth, die Synovialis, das periarticuläre und das Unterhautzellgewebe ödematös infiltrirt. Das Gelenk fühlt sich heiss an. Gerade diese acute ödematöse, bisweilen geradezu entzündliche, fast phlegmonöse Infiltration der das Gelenk umgebenden Gewebe neben der Röthe, Hitze der Haut, sowie neben der acuten prallen Ausfüllung des Gelenkraumes und der intensiven Schmerzhaftigkeit muss Autor als charakteristisch erklären, sodass man oft auf den ersten Blick die Diagnose stellen kann. An den tiefer gelegenen Gelenken, wie Hüft- und Schultergelenk, ist ja die Sache nicht so charakteristisch, aber auch hier muss besonders die acut aufgetretene enorme Schmerzhaftigkeit und Bewegungslosigkeit in einem Gelenk auf den richtigen Weg führen. Der Erguss im Gelenk ist in der Regel serös (1 Theelöffel bis 1/2 Liter), nur vereinzelt seropurulent; eitrig war er nur 1 Mal, und wurde hier die breite Incision mit nachfolgenden Sublimatpülungen mit Erfolg angewandt. Die chronische Form geht meist aus der acuten hervor, seltener beginnt sie schon subacut. Man findet ähnliche Erscheinungen, nur in abgeschwächtem Grade. Gewöhnlich ist mässig seröse Flüssigkeit im Gelenk, die Gelenkumgebung ist in geringerem Grade infiltrirt, die Synovialis besonders an den Umschlagstellen etwas verdickt zu fühlen und schon auf leichten Druck schmerzhaft. Sehr häufig geht die chronische Form plötzlich in die acute über oder wenigstens machen sich acute, rasch vorübergehende Steigerungen bemerkbar. Manchmal resultirt aus der gonorrhöischen Arthritis eine Ankylose, nicht allein bei eitrigen Formen; Autor hat nur 1 Mal diesen

Ausgang erlebt. Häufig sind auch Sehnenscheiden und Schleimbeutel afficirt, so besonders bei den Erkrankungen des Hand- und Fussgelenks; auch hier handelt es sich meist um seröse Flüssigkeit oder gallertige Massen. Grössere besonders auffällige Ansammlungen in den Sehnenscheiden der Peronei oder des Tibialis posticus hat Autor in 9 Fällen von Fussgelenksentzündung notirt. Sie sind deshalb von Bedeutung, weil sie bei längerem Bestande regelmässig zu Valgusstellung des Fusses führen. In den meisten Fällen waren gleichzeitig mehrere Schleimbeutel des Fusses erkrankt. Besonders oft fand sich Achillessehnen-Schleimbeutelentzündung am Fersenbeinhöcker, worauf die „Achillodynie“ zurückzuführen ist. An der Hand waren besonders die volaren Sehnenscheiden Sitz begleitender Anschwellungen. In einem höchst merkwürdigen Fall fand Autor neben einseitiger gonorrhöischer Gonitis und Coxitis fast die sämtlichen Schleimbeutel der unteren beiden Extremitäten erkrankt, und auch bei den öfteren Recidiven gewöhnlich von Neuem entzündlich geschwollen. Was nun die Therapie anbelangt, so empfiehlt Autor auf das Wärmste das Jodkali, das er gewöhnlich zu 3,0:120,0 bis 150,0 1—2stündlich 1 Esslöffel giebt. Das Mittel hat besonders bei acuten Fällen überraschende Wirkung. Die grössten, vorher unerträglichen Schmerzen lassen binnen wenigen Stunden nach. Gleichzeitig oder etwas später sinkt auch die pralle Gelenkschwellung, geht die Röthe zurück, lässt das Fieber nach, kurz das einen bedrohlichen Eindruck machende Krankheitsbild erscheint binnen 24 Stunden völlig verändert. Nur in wenigen acuten Fällen ist eine langsamere, mehr allmälige Besserung zu bemerken, die innerhalb einiger Tage oder auch binnen 1—2—3 Wochen in vollkommene Genesung überführt, indem die Flüssigkeit resorbirt wird, die entzündlich-ödematöse Schwellung verschwindet und normale Verhältnisse eintreten. Local sind in manchen frischen Fällen zuweilen noch Einreibungen von grauer Salbe gemacht worden oder eine feuchte Carbolcompresse (1:100) wurde 2 Mal täglich aufgelegt; in der Regel ist nichts weiter erforderlich. Bei den chronischen Fällen wirkt Jodkali ebenfalls günstig auf Schmerz, Schwellung und Erguss ein, doch langsamer, und es bedarf noch einer localen Therapie. Besonders empfehlenswerth ist die aseptische Punction mit Entleerung der Flüssigkeit und nachfolgender

Ausspülung mit schwacher Sublimatlösung (1:2000) oder 1‰iger Salicyl-Boraxlösung. Bei diesen chronischen Fällen, besonders aber bei den Sehnenscheiden- und Schleimbeutelentzündungen, die viel hartnäckiger sind und viel häufiger recidiviren, als die Gelenkentzündungen, kennt aber Autor nichts Wirksameres, als Injektionen von Jodoform-Glycerinemulsion; solche sind meist nur 3—4 nöthig und versagen fast nie.

(Der ärztl. Praktiker 1896 No. 17.)

- Ueber **Provocation latenter Gonokokken** sprach Dr. Touton (Wiesbaden): Nach Neisser sollen in Fällen, die bei mehrfacher Untersuchung gonokokkenfrei befunden wurden, zur Sicherung der Diagnose künstliche Reizungen, welche die Secretion steigern, herbeigeführt werden, und erst nachdem auch dies künstlich vermehrte Secret gonokokkenfrei geblieben ist, soll man die Unschädlichkeit des Pat. annehmen. Von unbeabsichtigten Provocationen sind von lange her bekannt Trinken von Bier und Sect, geschlechtliche Erregungen, Coitus, anstrengende Fusstouren, Radfahren. Als die harmloseste Methode konnte man bei Verdacht auf latente Gonokokken hiervon am ehesten noch die erste empfehlen. Als beabsichtigte Provocationen sind zu nennen leicht reizende Injektionen mit Argent. nitric. und Argentamin, am besten vermittelst weichen Katheters auf die ganze Urethra applicirt, Einführen dickerer Sonden, Auswischen insbesondere der Pars anter. mit diesen Knopfsonden, Dehnungen nach Oberländer oder Kollmann, Massiren der Prostata etc. Haben diese Manipulationen positiven Erfolg, so äussert sich derselbe meist  $\frac{1}{2}$ —1 Tag später in verstärkter Eitersecretion mit Gonokokken. Wir haben eine Art „Recidiv“ hervorgerufen, das aber ohne unser Zuthun wohl sicher später doch gekommen wäre, und das bei richtiger Therapie meist rasch wieder zu weichen pflegt. Leider aber schliesst sich manchmal daran eine Complication, z. B. Epididymitis, und es erhebt sich deshalb die Frage, ob wir trotzdem eine Provocation vornehmen dürfen. Autor glaubt, dies mit Rücksicht auf die Vorkommnisse in der Praxis bejahen zu dürfen. Es consultirt uns z. B. ein Ehestandscandidat  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{1}{4}$  Jahr, 1 Monat vor der Hochzeit mit eitrigem Secret, in dem

mehrfach Gonokokken nicht gefunden wurden, trotzdem aber des reichlichen Eitergehalts wegen der Verdacht erregt wird. Soll man heirathen lassen und die Provocation dem Geschlechtsverkehr nach der Hochzeit überlassen? Der beste Ausweg ist, dem Pat. die Chancen vorauszusagen und ihn selbst wählen zu lassen; fast stets wird die Provocation gewählt, und bringt dieselbe unangenehme Zufälle, so wusste ja der Pat., woran er war. Am empfehlenswerthesten als Provocationsmittel ist eine Ausspülung der ganzen Urethra nach Diday mit dem weichen Katheter mit Argent. nitric. oder Argentamin 0.05 bis 0,1:200,0, unter deren Fortgebrauch die provocirten Gonokokken dann leicht und definitiv verschwinden. Wenn nach 10 solchen Spülungen im Laufe von 20 Tagen zuletzt keine Gonokokken mehr gefunden werden und die Secretion sehr abgenommen hat, so betrachtet Autor die Urethra als gonokokkenfrei. Dann folgt die Untersuchung mit der Knopfsonde und das Ausdrücken der Prostata; kommt hierbei keine Vermehrung des Secrets, so hält Autor den Pat. für ungefährlich.

(68. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte, Sept. 1896. — Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1896 No. 19.)

— Eine Idiosynkrasie gegen Jodoform fand Dr. Goldfarb bei einem an G. leidenden Manne, dem er folgende Injection, die von ihm vielfach erprobt wurde, verordnete:

**Rp:**

*Jodoform. 0,5*  
*Zink. sulfur.*  
*Plumb. acet.  $\overline{aa}$  0,3*  
*Aq. dest. ad 100,0.*

Nach der 2. Injection trat bedeutendes Oedem des Praeputium und ein Reizzustand der Urethra ein, der auf einige Zeit jede weitere Behandlung unmöglich machte.

(Wratsch 6/96. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 69.)

**Hysterie.** Einen Fall von Heilung einer hysterischen Erblindung durch Didymin-Tabloids publicirt Dr. F. Schmidt (Wilmersdorf-Berlin). Es handelt sich um eine

seit 1887 ohne Veränderung fortdauernde totale Erblindung des linken Auges, welche sich zu einer bereits seit Jahren bestehenden typischen H. hinzugesellte und nunmehr nach 12tägigem Gebrauch von thierischer Hodensubstanz plötzlich vollkommen geheilt worden ist. Die 39 Jahre alte, verheirathete Pat. erkrankte 1883 im Wochenbett mit Erbrechen und Fieber, das aber nur 1 Tag anhielt; gleichzeitig heftige linksseitige Schmerzen im Gesicht, die sich über das linke Auge, die linke Kopfhälfte hinweg auf den Rücken fortsetzten, die Mittellinien nicht überschreitend, und im linken Arm und Bein ihr Ende erreichten. Damit war der Anfang zu den später sich immer wiederholenden hysterischen Anfällen gemacht. Der einzelne Anfall gestaltet sich folgendermaassen: Zunächst trat er wöchentlich 2 Mal auf, blieb aber auf die Dauer der folgenden Schwangerschaften stets fort. Vom Jahre 1889 trat er seltener, nur alle 4 Wochen auf. Vom Februar 1896 ab, nach einem Wochenbett, wiederholten sich die Anfälle wieder wöchentlich 1 Mal. Der Anfall selbst dauert immer 24 Stunden, beginnt mit Erbrechen, Kopfschmerzen, Mattigkeit und Verlust der Willenskraft; gleichzeitig zeigt sich unterhalb des linken Auges auf der Wange eine zweimarkstückgrosse, intensiv rothe Hautverfärbung, verbunden mit heftigen Schmerzen an dieser Stelle, die sich über das linke Auge hinweg auf die linke Kopf-, Hals- und Rückenhälfte fortsetzen und im Arm und Bein ihr Ende erreichen. Gleich bei Beginn des Anfalls Unfähigkeit zu gehen oder stehen (Abasie, Astasie), sodass häufig der Anfall mit plötzlichem Umfallen beginnt. Gleichzeitig verfallen die Extremitäten der linken Körperhälfte in einen tonischen Krampf, Arm und Bein sind gestreckt, steif, die Fusspitze stark nach unten gerichtet. Oft auch linksseitige Facialislähmung, stets Urinretention. Alle nur denkbaren Medicationen vergeblich angewandt. Weitere Stigmata, auch oft in der anfallsfreien Zeit vorhanden, sind: Uebermässig fein entwickeltes Gehör, grosse Empfindlichkeit an der Wirbelsäule, Kriebeln und Absterben der linken Extremitäten, Ovarie, Megalopsie, Sternen- und Funkensehen. So bis 1887, wo Pat. nach einem Wochenbett plötzlich mit den Erscheinungen ihres Anfalls umfiel und das Bewusstsein verlor, nach einigen Stunden dann zu sich ge-



kommen eine totale Erblindung ihres linken Auges bemerkte, die bis jetzt anhielt. Autor lernte Pat. Juli d. J. kennen. Sie machte einen sehr aufgeregten, nervösen Eindruck; links Sehvermögen vollständig aufgehoben, rechts 1:5 Sehschärfe. Er gab nun jene Didymin-Tabloids der Firma Burroughs, Wellcome & Co. (bezogen von Apotheker Linkenheil & Co., Berlin, Dorotheenstrasse 8), und zwar vom 27./VII. zunächst 3 Mal tägl. 1 Stück, alle 3 Tage um 1 Stück pro die steigend, bis 6 Tabloids pro die. Am 28./VII. plötzliches Auftreten des rothen Fleckes auf der Wange, aber ohne jeden Gesichtsschmerz, eine bisher noch nicht dagewesene Erscheinung. 29./VII. Beschwerden auf der linken Körperseite, aber nur im Kreuz und Bein und weniger intensiv, als sonst, auch im Laufe des Tages bereits schwindend; am Nachmittag verliert sich auch der rothe Fleck. Also bedeutend abgeschwächter Anfall, wie er bisher nie vorkam, nach Einnahme von 4 Tabloids. 31./VII. Wiederauftreten des rothen Fleckes, Wohlbefinden. 1./VIII. Fleck verschwunden; ein offenbar vollständig coupirter Anfall! 2./VIII. Wiederauftreten des rothen Fleckes, Erbrechen, Kopfschmerzen, infraorbitale Schmerzen; am Abend Wohlbefinden. Also wiederum bedeutend abgeschwächter Anfall! Pat. nimmt vom 30./VII. bis 1./VIII. 4 Tabloids pro die, vom 2.—4./VIII. 5 Stück, klagt jedoch in diesen Tagen über grosse Schlaflust, sodass sie vom 5.—7./VIII. wieder auf 4 Tabloids, und, da die Schlafsucht noch anhält, vom 10./VIII. ab wieder auf 3 Stück zurückgeht. In den Tagen vom 2.—7./VIII. bemerkt man an der Pat. häufig eine graufahle Verfärbung um beide Augen und ein stieres Aussehen. Am 7./VIII. bekommt Pat. wieder ihre Schlafsucht und legt sich schlafen; nach 2stündigem festem Schlaf erwacht sie und — sieht auf dem linken Auge. Der Augenbefund ist ein normaler.  $\frac{1}{5}$  Sehschärfe beiderseits. Das Sehvermögen ist bis jetzt so geblieben, auch Anfälle seitdem nicht wiedergekommen, obgleich am 12. die Menstruation eintrat, wo sonst stets ein heftiger Anfall zu verzeichnen war; es zeigte sich diesmal bloss der rothe Fleck, dabei blieb es aber.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 67.)

— Eine einseitige hysterische Erblindung nach unbedeutender Verletzung beobachtete Dr. Cramer (Cottbus). Ein 19jähriges Mädchen wollte wissen, ob die von ihr bemerkte Erblindung des linken Auges Folge eines vor längerer Zeit erlittenen Unfalls sei. Derselbe bestand darin, dass ihr beim Strohaufstecken ein Strohalm ins linke Auge drang und daselbst eine kleine, rasch heilende Hornhautverletzung verursachte. Status praesens: Rechtes Auge völlig normal. Linkes: Nicht gereizt, wird normal weit geöffnet. Im unteren Theil der Hornhaut eine 1 mm im Durchmesser haltende, kreisförmige Narbe (grauer Fleck). Regenbogenhaut von normaler Farbe, Pupille aufs Aeusserste ausgedehnt, zieht sich weder bei intensivster Beleuchtung, noch bei Fixiren eines nahegehaltenen Gegenstandes auch nur im Geringsten zusammen, ebenso wenig bei Beleuchtung des anderen Auges (absolute Pupillenstarre). Uebrigens Auge vollkommen normal. Sehvermögen bis auf ganz undeutliches Erkennen von Handbewegungen dicht vor dem Auge erloschen. Die kleine Narbe konnte unmöglich daran schuld sein, ebenso konnten Ursachen weiter im Innern des Auges nach dem Befund ausgeschlossen werden, ebenso im Gehirn gelegene, da keinerlei Hirnsymptome vorlagen und das Gesichtsfeld des gesunden Auges völlig normal war. Die absolute Pupillenstarre konnte bewirkt sein durch Atropinapplication, Hysterie oder andere Krankheiten. Die erstere Möglichkeit wurde ausgeschaltet durch eine Eserin-einträufelung; Eserin ist nicht im Stande, eine durch Atropin maximal weite Pupille zu verengen, während hier auf Eserin sich die Pupille auf Stecknadelkopfgrosse zusammenzog. Andere Krankheiten lagen sicher nicht vor, wenigstens war nichts zu constatiren, es konnte sich nur um H. handeln. Die Diagnose fand Bestätigung durch die Therapie: Pat. wurde hingelegt, ein starker Druck auf die Austrittsstelle des Oberaugenhöhlnervs ausgeübt, das Auge einer kräftigen Massage unterworfen und dabei suggerirt, dass nach Beendigung des Eingriffs das Sehvermögen normal sein würde. Und so war es auch; unmittelbar nach dem Aufstehen las Pat. die kleinsten Probebuchstaben in 6 m Entfernung, hatte also volle Sehschärfe. Simulation war auszuschliessen, weil eben jener Zustand der Pupille

durch den Willen allein nicht zu erzielen ist. Man musste annehmen, dass jener Unfall die hysterische Erblindung bei dem vorher schon belasteten Mädchen nur zum Ausbruch gebracht hatte. Es wurde der Pat. etwas verordnet, von dem ihr eine grosse Wirksamkeit für das Fortbestehen der Heilung versprochen wurde. Nach 6 Wochen erschien Pat. wieder im Auftrage der Genossenschaft und bot nun ein verändertes Bild. Sie klagte, die Heilung habe nur 3 Wochen ange dauert, seitdem habe sie das Sehen wieder völlig verloren. Diesmal war die Pupille von normaler Beschaffenheit und erfüllte ihre sämtlichen physiologischen Functionen! Auch diesmal wurde wieder durch Suggestion Heilung erzielt, wenn auch nicht so rasch. Wenn die Vorgeschichte nicht bekannt gewesen wäre, hätte man diesmal bei dem Mangel prägnanter hysterischer Allgemeinerscheinungen und dem absolut normalen Localbefund an crasse Simulation denken müssen! In dem Gutachten wurde der Genossenschaft gerathen, dem Mädchen vorläufig keine Rente zu gewähren, da erfahrungsgemäss hysterische Erblindungen keinerlei Orientirungsstörungen machten, sondern sie längere Zeit behandeln zu lassen, um etwaige Rückfälle bis zur definitiven Heilung zu beseitigen. Die durch Gewährung einer Rente erweckten „Begehrungs ideen“ (Strümpell) würden sicher für alle Zeit eine Heilung verhindern. Die Genossenschaft schloss sich dieser Ansicht an und gewährte nur eine Entschädigung für Verlust an Arbeitsverdienst.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1896 No. 9.)

- 2 Fälle einer aussergewöhnlichen Bewegungsneurose beschreibt Dr. Huchzermeyer (Oeynhausen). Bei dem ersten Falle handelt es sich um ein 28jähriges Fräulein, bei dem sich seit  $\frac{1}{2}$  Jahr eigenthümliche Bewegungsstörungen entwickelt hatten, bestehend in unsicherem Aufsetzen der Füsse beim Gehen, heftigen Schwankungen, welche sich zu Schleuderbewegungen des ganzen Oberkörpers steigerten und einen grossen Aufwand vorhandener Muskelkraft und Gewandtheit bekundeten. Diese Bewegungen dienten ersichtlich der Verhinderung des Hinstürzens; der Zustand erregte den Eindruck, als wenn der Verlust des Gleichgewichts bis zu einem gewissen Grade ertragen werde, ohne die Coordina-

tionscentren zur Ausgleichung anzuregen, und dass erst eine erhebliche Verlegung des Schwerpunktes dazu nothwendig sei. Die Gehversuche waren stets von diesem irregulären Muskelspiel begleitet, nach einigen hundert Schritten trat Ermüdung ein. Die Anamnese ergab das Bestehen von Hysteroneurasthenie, entstanden durch Jahre lang fortgesetzte schwere psychische Emotionen bei vorhandener neuropathischer Belastung, Neuralgien in verschiedenen Gebieten der Kopf- und Rumpfnerven, zeitweise Tage anhaltendes Fieber bis zu 40°, Ovarialneuralgie sehr hartnäckiger Art, Fluor albus, grosse Depression inter menses. Der Hausarzt hatte den Uterus curettirt, Blutentziehungen an der Cervix, Ausspülungen, Pinselungen vorgenommen, ein Pessar angelegt, nachher entwickelte sich die Gehstörung. Autor wandte Rückenmassage nach Metzger und Thermalbäder in vorsichtiger Weise an, behandelte energisch die Psyche, verbot das Gehen und schrieb Fahrstuhl vor. Bald zeigte sich der Erfolg, Pat. konnte laufen. Nach einigen Monaten, als Pat. Aufregungen und Ueberanstrengung gehabt, Recidiv. Wieder gynäkologische Eingriffe seitens des Hausarztes, natürlich ohne Erfolg, bis Autor mit seiner Behandlung in 3 Wochen wiederum Heilung erzielte. In den nächsten Jahren wieder Recidive, und es gelang jetzt nicht mehr, dieselben zu beseitigen. Der Hausarzt aber laparotomirte, fand aber Alles normal. Einige Tage nachher Tod. — Die zweite Kranke, ein 57jähriges Fräulein, von Jugend auf nervös, hatte Jahrzehnte lang schwere Gemüthsbewegungen durchzumachen, bekam dabei Migräne, Rückenschmerzen, Ovarialneuralgien, solche in den Beinen, Verdauungsstörungen etc. Verschiedene Maassnahmen nützten nichts, da legte der Hausarzt, obwohl nur leichter Tiefstand des Uterus und mässig hypertrophirte Portio zu constatiren waren, Pessarien ein, die aber auch nichts halfen. Nach einer schweren Influenza trat dann zum 1. Male Schwanken des Oberkörpers beim Gehen ein, und die Affection entwickelte sich weiter, bis das Gehen im Schritt von beständigen Zuckungen des Beckens und Rumpfes begleitet wurde, von Schleuderbewegungen des Rumpfes nach allen Seiten, sichtlich in der Absicht ausgeführt, ein Hinstürzen zu vermeiden;

geringer werden diese Bewegungen beim Gang auf den Zehen, gar nicht vorhanden sind sie beim Hüpfen auf einem Fuss. Thermalbäder, psychische Behandlung bisher ohne Erfolg. — Um was handelte es sich in beiden Fällen? Friedreich's Paramyoclonus multiplex ist auszuschliessen, es fehlt die Symmetrie in den ergriffenen Muskelgruppen, Chorea electrica ebenfalls, sie kommt nur bei Kindern vor; dagegen spricht Alles für H., z. B. schon die Monate lang andauernden Heilungen im 1. Falle, das Verschwinden der Symptome im 2. Fall, wenn man energische Innervirung der Centren für Gehbewegungen durch Anordnung von Hüpfen auf einem Bein bewirkte, wobei sofort die für gewöhnlich momentan ausgeschalteten Muskeln in Action traten. Entstanden aber ist die Affection nach des Autors Ansicht durch die gynäkologischen Eingriffe, mit denen die Pat. maltrahirt worden waren.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 70.)

**Meningitis.** Ueber folgenden interessanten Fall von **Meningitis cerebrospinalis epid.** berichtet Sanitätsrath Dr. Heidenhain (Coeslin). Ein Obertertianer, kräftig und gesund, erkrankte im Juni v. J. mit hohem Fieber und heftigen Kopfschmerzen; schon am 1. Tage der Erkrankung trat unstillbares Nasenbluten ein, das eine Tamponade mit Bellocq erforderte. Das Fieber liess am 6. Tage nach und die Genesung ging langsam vor sich. Am 19./XII. v. J. wurde Autor zu demselben Knaben gerufen, der bis vor 3 Tagen gesund gewesen war; er klagte jetzt über heftige Kopfschmerzen und hatte hohes Fieber. Schon Tags darauf zeigten sich alle Symptome einer M. cerebrospin. epid. in schwerster Form. Am 29./XII. kehrte das Bewusstsein wieder und von da ab ging die Reconvalescenz langsam, aber stetig vor sich. Vom 3./I. 1896 ab bekam der Pat. Jodkali (6,0:200,0 3 Mal tägl. 1 Esslöffel), das er gut vertrug. Am 8./I. aber fing er darüber zu klagen an, dass er auf dem linken Ohr schwer höre; am nächsten Tage war das Gehörvermögen hier besser und rechts schlechter, und so wechselte dies hin und her, immer schlimmer werdend, bis der Kranke völlig taub war. Es wurden schliesslich auch die lautest gesprochenen Worte nicht mehr gehört, ebenso wenig die

Töne hoher und tiefer Stimmgabeln, selbst diese schwingenden Stimmgabeln, auf Stirn- oder Schläfenbein gesetzt, erzeugten keine Spur von Tonempfindung. Die Trommelfelle ein wenig eingezogen und leicht trübe. Vom 25./I. ab machte Autor dem Pat. subcutane Strychnineinspritzungen hinter das Ohr in steigender Dosis (0,1 : 10,0 von 1 bis 4 Striche der Spritze), nachdem das Jodkali ausgesetzt war. Heute (12./II. 1896) ist die Taubheit so weit gehoben, dass Pat. wenig laut gesprochene Worte in der Nähe hört, Flüstersprache auf 5 Schritte. Nachdem die Einspritzungen nur ca. 4 Wochen ausgesetzt wurden, sank das Gehörvermögen wieder vollständig und erholte sich nach neuen Einspritzungen wiederum so weit, dass rechts Flüstersprache auf 4 Schritte gehört wird, während links fast völlige Taubheit blieb. Nachdem Pat. wieder hergestellt war, schwankte er beim Gehen wie ein Betrunkener und konnte bei geschlossenen Augen nicht ruhig stehen. Gleichzeitig mit dem Wiederauftreten des Gehörs verschwand auch dies, sodass jetzt der Gang ein normaler ist.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 34.)

- Gleichfalls interessant ist ein von Jemma publicirter Fall von **Meningitis cerebrospinal**. Ein 16jähriger Student, der eine Schwester an Tuberculose verloren hatte und dessen beide Brüder zur Zeit an Tuberculose in Behandlung sind, erkrankte unter allen Symptomen einer Cerebrospinalmeningitis. Am 6. Krankheitstage entzog ihm Autor durch Punction zwischen 3. und 4. Lendenwirbel 20 ccm fibrinös-eitriger Flüssigkeit, die aber nur den Fränkel'schen Diplokokkus enthielt, keine anderen Mikroorganismen, was auch durch Impfung und Culturen bestätigt wurde. Unmittelbar nach der Punction wurden die Genickschmerzen geringer, Tags darauf machte sich auch sonst leichte Besserung geltend, die nunmehr sichtliche Fortschritte machte und in vollständige Heilung überging, sodass Pat. 22 Tage nach der Punction entlassen wurde; keine Residuen der Krankheit, noch jetzt (1 Jahr später) vollkommene Gesundheit. Der Fall zeigt, wie wichtig die Lumbalpunktion in diagnostischer Hinsicht ist. Bezüglich des glücklichen Ausganges der Affection betont Autor die Möglichkeit

einer baktericiden Eigenschaft der Cerebrospinalflüssigkeit auf den Fränkel'schen Diplokokkus.

(Gazz. degli ospedali e dell. clin. 1896 No. 39, —  
Centralblatt f. innere Medicin 1896 No. 36.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Remy macht auf die durch **Zersetzung des meconiumhaltigen Fruchtwassers** hervorgerufenen Gefahren aufmerksam, welche eine Warnung sind, dass man die Blase nicht vor vollständiger Erweiterung des Muttermundes sprengt. Nach Abfluss des Fruchtwassers geht, in Folge des nun auf das Kind direct ausgeübten Druckes, Meconium ab, das sich jetzt mit dem zurückgebliebenen Fruchtwasser mischt. Zieht sich nun die Geburt in die Länge und kann nicht strengste Antisepsis obwalten, so geht diese Mischung rasch in Zersetzung über. Autor theilt 7 derartige Fälle mit, die eine Mortalität von 42% aufwiesen. Möglichst rasche Beendigung der Geburt und gründliche Ausspülung des Uterus ist bei solchen Gelegenheiten anzuwenden.

(Revue internat. de méd. et chir. prat. 1896 No. 11. —  
Centralblatt für Gynäkologie 1896 No. 36.)

— F. Hahn berichtet über 15 Fälle von **Leyden'scher Schwangerschaftsnieren** aus der Frauenklinik zu Halle und kommt auf Grund derselben zu folgenden Resultaten: die Prognose dieser Affection für die Mutter ist insofern durchaus günstig, als sie stets ausheilt; die Prognose für das Kind ist in leichten Fällen gut, in schweren schlecht. Ferner konnte ein Recidiviren der Schwangerschaftsnieren bei vollständigem Wohlbefinden in der Zwischenzeit festgestellt werden. Nur in einem gewissen Procentsatz der Fälle gesellt sich Eklampsie hinzu.

(Inaug.-Diss. 1896, Halle a. S. —  
Centralblatt f. Gynäkologie 1896 No. 37.)

— Zur **Mechanik der Scheidenausspülungen** ergreift F. Ahlfeld das Wort. Hat die Scheidenausspülung den Zweck, aus der Scheide und der erweiterten Cervix Schwangerer, Gebärender und Wöchnerinnen Stoffe nach aussen zu schaffen, so bedarf es einer Reihe von Vorsichtsmaassregeln, wenn nicht die Ausspülung ab und zu üble Nebenfolgen haben soll. Diese bestehen nicht nur in

der Möglichkeit, dass mit dem Flüssigkeitsstrom inficirendes Scheidensecret in höhere Theile des Genitalschlauchs hinaufgetrieben werden kann, sondern eine weitere Gefahr liegt noch darin, dass bei ungenügendem Abflusse nach aussen das Scheidenrohr sich ballonartig ausdehnt, unter Umständen die Cervix mit erweitert, der Flüssigkeit den Eintritt in das untere Uterussegment gestattet, Cervix- und Scheidenwunden, die eben im Verkleben sind, wieder aus einander reisst, Blutungen und Neuinfectionen hervorruft. Um die Gefahr des Hinaufspülens der Vaginal- und Cervicalsecrete zu verhüten, beachte man folgende Punkte:

„1. Wir benützen Glasrohre, die oben geschlossen sind und seitlich eine Reihe Oeffnungen haben, die von innen und oben nach unten und aussen die Glaswand durchbohren (zu haben bei Holzhauer in Marburg, geblasene Rohre à 25 Pf., gebohrte, dauerhaftere 50 Pf.). Der primäre Flüssigkeitsstrom geht also in der Richtung zum Scheidenausgange. Diese Glasrohre lassen sich durch Kochen leicht reinigen. Ein Nachtheil besteht darin, dass, um die Luft aus Schlauch und Rohr zu entfernen, der erste durchgehende Strom — vor Einführung in die Vagina — rückwärts den Ausspülenden treffen kann.

2. Man beginne die Ausspülung niemals unter hohem Drucke und führe das Rohr, ehe man das Wasser fliessen lässt, bis zum Scheidengewölbe. Das nun langsam ausfliessende Wasser geht, dem geringeren Widerstande folgend, die Scheidenwand abwärts, nicht gegen die Cervix hin. Würde man hingegen den Druck gleich von Anfang an sehr stark nehmen, so füllt sich das Scheidenlumen sofort ballonartig an und die Flüssigkeit weicht sowohl nach oben, wie nach unten aus, besonders wenn der Scheidenausgang, wie im Spätwochenbett, sich schon verengt hat. Hat man einen Theil der Flüssigkeit auslaufen lassen, dann erhöhe man langsam den Druck, damit durch etwas stärkere Füllung des Scheidenraumes die einzelnen Wandtheile desselben besser berieselt werden.

3. In der ersten Hälfte der Ausspülung muss für genügenden Abfluss gesorgt sein, wenn nicht die ballonartige Auftreibung mit ihren üblen Consequenzen eintreten soll. Bei Wöchnerinnen der ersten Tage lässt



meist der noch nicht genügend verengerte Introitus das Ausspülwasser ohne Hinderniss abfliessen. In späteren Tagen des Wochenbettes Sorge man durch einen Druck mit dem Glasrohr nach der einen oder anderen Seite, dass der Scheideneingang sich erweitere und das Wasser neben dem Rohre abfliessen kann.

Der Arzt, der mit Verständniss eine Ausspülung macht, wird sich die eben genannten Punkte klar legen und seine Manipulationen danach einrichten, selbst wenn er kein rückwärts ausfliessendes Mutterrohr benützt. Wir haben, ehe wir uns die eben beschriebenen Glasrohre construiren liessen und noch mit dem oben offenen Rohre Ausspülungen machten, Sorge getragen, dass erst die Vulva und der Introitus mit Watte und dem Desinficiens gereinigt wurde, dann liessen wir die Luft aus dem Schlauche und Mutterrohr heraus, führten, ohne den Strom laufen zu lassen, das Rohr so weit vor, dass es mit der Spitze die Cervix erreicht haben musste, und unter ganz niedrigem Druck begannen wir die Ausspülung, bis, bei gut abfliessendem Wasser, der Irrigator langsam erhoben werden konnte.“

Die nach Ausspülungen im Wochenbett ab und zu auftretenden, plötzlich mit einem Schüttelfrost beginnenden Fiebersteigerungen hat Autor seit vielen Jahren nicht beobachtet, obwohl er bei zersetzt riechendem Ausfluss gern zur Therapie der vaginalen Ausspülungen greift.

(Centralblatt f. Gynäkologie 1896 No. 38.)

- Ueber den **Einfluss des Stillens auf Menstruation und Conception** stellte Remfry an 900 Frauen Untersuchungen an, die zu folgenden Schlüssen führten: Nur 57% aller stillenden Frauen haben absolute Amenorrhö; 43% haben Menstruation, davon 20% regelmässig. Die Conception findet während der Lactation nicht so regelmässig statt, wie sonst, jedoch häufiger, als allgemein angenommen wird. Während die Wahrscheinlichkeit der Befruchtung bei den amenorrhöischen Frauen 6% ist, steigt sie bei den menstruierenden auf 60%. Je regelmässiger die Menstruation während der Lactation eintritt, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit der Conception. Bei den Frauen, welche nicht stillen, tritt die Menstruation gewöhnlich 6 Wochen nach der Geburt ein.

(Revue intern. de méd. et de chir. 1896. — Centralblatt f. Gynäkologie 1896 No. 36.)

- **Darf eine mit Albuminurie behaftete Mutter ihr Kind stillen?** Bekanntlich bringen solche Pat. oft sehr schwächliche Kinder zur Welt, die der Muttermilch dringend bedürfen. Aber ist die absolute Milchdiät nicht für eine Stillende zu schmale Kost? Wie Gamulin aus Pinard's Anstalt, wo Mütter mit Albuminurie bei absoluter Milchdiät ihre Kinder selbst stillen, mittheilt und an 158 Fällen nachweist, gedeihen solche Kinder durchaus gut und nehmen an Gewicht in normaler Weise zu, auch werden die Mütter durch das Stillgeschäft gesundheitlich gar nicht geschädigt.

(Revue internat. de méd. et chir. 1896 No. 15. —  
Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1896 No. 17.)



## Vermischtes.

---

- Eine Combination von Thermometer, Stethoskop, Plessimeter und Hammer zu einem Instrumente hat Dr. E. Hücke (Nagy-Appony) construirt (zu haben bei H. Reiner, Wien). Die Röhre des Stethoskops stellt zugleich die Hülse des Thermometers dar, das eine Ende des Stethoskops wird durch das Plessimeter verschlossen, während am anderen Ende ein Kniestück angebracht ist, das gleichzeitig das abnehmbare Ohrstück des Stethoskops trägt, aber auch, in die Röhre des Stethoskops fixirt, den Percussionshammer bildet. Das Umgestalten beruht auf einem den Bajonettverschluss nachahmenden Vorgang, und genügt eine halbe Drehung, um sowohl das Auseinandernehmen, wie das Zusammenstellen zu bewerkstelligen. Da das Instrument sowohl aus Hartgummi, als auch aus Aluminium angefertigt wird, so ist die Desinfection durch Sublimat oder Auskochen leicht möglich.

(Wiener medic. Presse 1896 No. 38.)

- Ueber Gelanthum als Vehikel in der dermatologischen Praxis sprach P. G. Unna. Früher wandte derselbe wasserlösliche Firnisse an, obwohl diesen grosse Mängel anhafteten, von denen die wichtigsten eine geringe Wirksamkeit der incorporirten Medicamente und eine mangelhafte Vertheilung der letzteren waren. Aber die einfache und reinliche Anwendung und die Billigkeit dieser Firnisse führten immer wieder zu ihrem Gebrauche an Stelle von Fettsalben zurück, besonders aber bei Pat., die Fette verabscheuten oder schlecht vertrugen. Dann fand Autor ein Ersatzmittel im Unguent. Caseini, das aber auch noch nicht allen Ansprüchen genügt. Dies

thut erst im vollsten Maasse die in der Hamburger Schwanapothek hergestellte Mischung von Traganth und Gelatine (zusammengezogen: „Gelanthum“), ein geradezu idealer wasserlöslicher Firniss, in dem die unlöslichen Medicamente auf das Feinste vertheilt sind und dauernd suspendirt bleiben. Unna wendet den Gelanth seit 2 Jahren an und ist äusserst zufrieden damit. Die Aufnahmefähigkeit des Gelanthums z. B. für die verschiedenartigsten Medicamente ist geradezu extrem; man kann ihm bis 50% Ichthyol, bis 40% Salicylsäure, Resorcin und Pyrogallol, bis 5% Carbolsäure, bis 1% Sublimat beimischen, ohne seine Güte als Firniss zu beeinträchtigen. Ferner verharren z. B. 2 incompatible Körper, wie Salicylsäure und Zinkoxyd, Ichthyol und Salze, Substanzen, welche sich sonst chemisch binden oder niederschlagen, im Gelanth ohne gegenseitige Einwirkung; man kann daher durch gleichzeitiges Zusammenmischen vieler Medicamente mit Gelanthum vielen Indicationen auf einmal gerecht werden. Dieser Möglichkeit einer ungenirt hohen Dosis der stärkst wirkenden Medicamente neben einander verdankt der Gelanth schliesslich auch einen Grad von Wirksamkeit, welcher bisher bei wasserlöslichen Firnissen unerhört war. Wer hätte früher mit solchen Firnissen schwere universelle Fälle von Psoriasis oder von trockenen Ekzemen mit starker Oberhautverdickung in Angriff nehmen mögen; durch Hinzufügen von 10—20% Salicylsäure zu dem gewählten Medicament (Chrysarobin, Pyrogallol, Resorcin, Theer) kann man die Gelanthumbehandlung mit aller ihrer Sauberkeit, ihrer ausschliessenden Einwirkung auf die kranken Stellen, ihrer Trockenheit und Billigkeit auch auf derartige schwere Fälle mit gutem Erfolge ausdehnen. Auch mit Fetten ist Gelanthum mischbar, ähnlich wie Zinkleim etwa bis zu 10%, Glycerin kann man ihm (z. B. bei der Pityriasis alba faciei) bis zu 20% zumischen, ohne sein rasches Eintrocknen zu verhindern. Eine parfümirte Mischung von Gelanth mit 10% Fett bringt die Schwanapothek unter dem Namen „Gelantherème“ zum Handverkauf, eine angenehme Grundlage für Medicamente bei der Behandlung der Gesichtshaut. Vor den älteren wasserlöslichen Firnissen hat der Gelanth nur Vorzüge: 1. Er lässt sich besser verstreichen; 2. er trocknet rascher und mit glatterer Decke; 3. er wirkt weit

kühlender wegen seines bedeutenden Wassergehaltes; 4. er hält die Medicamente suspendirt und vertheilt sie gleichmässiger und feiner auf der Haut; 5. er verträgt sich mit allen Medicamenten einzeln und zusammen; 6. er bringt hygroskopische Medicamente (Ichthyol) zum Trocknen; 7. er verträgt einen Zusatz von Fetten; 8. er hält sich, vor Austrocknung bewahrt, unbegrenzt lange gut. Gegenüber dem Zinkleim hat der Gelanth den Vorzug, dass er 1. sich kalt auftragen lässt; 2. keiner Watte oder Bindendeckung bedarf; 3. sich auch an mit kurzen Haaren versehenen Stellen appliciren lässt; 4. starke Wirkungen der incorporirten Medicamente entfaltet; 5. sich mit allen Medicamenten, besonders mit hohen Dosen Salicylsäure verträgt. Dagegen kann man vom Gelanth natürlich keine mechanischen Leistungen erwarten, wie vom Zinkleim; er fixirt keine Pflastermulle und keine Binden etc., auch kommen ihm keine comprimirenden Eigenschaften zu. Vor dem Ung. Caseini hat der Gelanth 2 Vorzüge: 1. Letzterer ist weit billiger; 2. lässt er sich mit allen Medicamenten zusammenthun, Ung. Caseini nur mit einzelnen, mit Salicylsäure z. B. nicht. Aber es gibt ein kleines Gebiet von Hautkrankheiten, auf welchem das Ung. Caseini voraussichtlich vom Gelanth nicht verdrängt werden wird, das sind die stark pruriginösen, mit Epithelverdickung einhergehenden, universellen Ekzeme und die Prurigo. Das kommt daher, dass das Ung. Caseini eine für die verschiedenen Theersorten ganz besonders geeignete Grundlage ist, und dass es eine die Oberhautverdickung selbständig günstig beeinflussende Wirkung hat, während der Gelanth an und für sich indifferent ist; deshalb pflegt auch die Theercaseinsalbe juckstillender zu sein, als der Theergelanth. Für Gelanth rath Unna zunächst trockene ausgedehnte Ekzeme zu wählen, ferner gewisse umschriebene Psoriasis, wo man genau auf die Flecken sehr starke Medicamente in hohen Dosen (Salicyl, Chrysarobin) so fixiren und nach dem Trocknen des Gelanths durch Aufkleben von Stücken des Ziukpflastermulls oder Einleimen mit Zinkleim zugleich die Umgebung schützen und die Wirkung des eingeschlossenen und isolirten Medicaments erhöhen, also reizlose Dauerverbände von grosser Wirksamkeit herstellen kann.

(Jahresversammlung der British med. Ass. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 73.)

— Für einen ausgedehnten Gebrauch des Resorcin in der Dermatotherapie plädirt warm ein amerikanischer Dermatologe, Dr. M. Hartzell (Philadelphia). So verschreibt er bei Ekzema erythematosum:

**Rp.**

*Resorcin. 0,6—1,0*  
*Glycerin. gtt. X*  
*Aq. dest. 30,0.*

M. D. S. Damit 3—4 Mal tägl. die afficirten Parthieen 5 Minuten lang bepinseln.

Das Jucken verschwindet sehr rasch und die Entzündung geht bald zurück (der Zusatz von Glycerin nothwendig, um die unangenehme Trockenheit zu vermeiden, die bei reinem Resorcin öfters eintritt). — Bei nässendem Ekzem empfiehlt sich:

**Rp.**

*Resorcin. 0,6—1,0*  
*Dermatol. 2,0*  
*Glycerin. gtt. X*  
*Aq. Calc. 30,0.*

Wenn nach Gebrauch desselben das Nässen beträchtlich nachgelassen, so geht man zu folgender Salbe über (freilich blaue Hautverfärbung dabei!):

**Rp.**

*Resorcin. 1,0*  
*Amyl.*  
*Zink. oxyd. aa 8,0*  
*Vaselín. 15,0.*

S. 2—3 Mal tägl. anzuwenden.

Bei Seborrhöe des behaarten Kopfes giebt man:

**Rp.**

*Resorcin. 1,0*  
*Alkohol. 50,0*  
*Vaselín. 150,0.*

S. Vor dem Schlafengehen allabendlich etwas davon mittelst Schwammes oder Fingers einzureiben.

Später geschieht dies jeden 2. Tag (einziger Nachtheil dieser sehr wirksamen Medication: leichte Entfärbung der Haare!) — Bei Epithelioma cutis verwendet Autor:

**Rp.***Resorcin.* 4,3*Cer. flav.**Colophon.*  $\bar{a}a$  6,0*Ol. Oliv. q. s. ut f. emplastr.*

Unter längerer Anwendung dieses Pflasters vernarben die Cancroide oft überraschend schön. — Bei **Ulcus cruris** bringt die Schmerzen sehr rasch zum Schwinden (zur Heilung müssen dann die üblichen Methoden benützt werden):

**Rp.***Resorcin.* 0,3—0,1*Vaselin* 30,0.

S. 2—3 Mal tägl. zu appliciren.

(Wiener medic. Presse 1896 No. 34.)

- **Erfahrungen über Nosophen** publicirt Dr. Ruge (syphil. Klinik der Charité zu Berlin). Versuche mit Nosophengaze und reinem Nosophenpulver beim Ausstopfen von Bubonenhöhlen misslangen vollständig. Es stellte sich bald übelriechende Absonderung ein, die Wundflächen erschienen dauernd graugelb belegt und die Heilung machte absolut keine Fortschritte. Als statt dessen Jodoformgaze und Jodoform angewandt wurden, schossen bald gute Granulationen auf, die Wunden reinigten sich und die Heilung ging ohne Zwischenfall von statten. Auch bei **Ulcus durum** zeigte sich Nosophen absolut wirkungslos, ebenso bei frischem **Ulcus molle** mit seinem specifischen schmierigen Belag. Wenn aber das weiche Schankergeschwür durch Behandlung mit Jodoform seines specifischen Charakters entkleidet und in eine gut granulirende Fläche verwandelt ist, die aber trotz weiterer Anwendung von Jodoform keine Neigung zur Ueberhäutung zeigt, dann ist Nosophen anzuwenden; unter Bestreuung damit heilen solche kreisrunde, gut granulirende Flächen, die unter weiterer Jodoformbehandlung keine Neigung zur Ueberhäutung zeigen, oft überraschend schnell. Bedingung ist allerdings, dass die Wundfläche vollkommen glatt und ohne Taschen oder Buchten ist; Nosophen auf zerklüftete, selbst gut granulirende Wunden gebracht, unterstützt niemals die Wundheilung in befriedigender Weise. Von guter Wirkung ist Nosophen bei **Pemphigus vul-**

**garis**; sticht man die Blasen an und entfernt die Blasen-  
decke, sodass das nässende Corium freiliegt, so erzielt man  
durch Aufpudern mit Nosophen am schnellsten die Ueber-  
häutung der blossliegenden Flächen. Seine beste Wirk-  
samkeit entfaltet das Nosophen aber im Vorhautsack;  
hier übertrifft es das Jodoform bedeutend, das  
immer den Vorhautsack etwas reizt, sodass, wenn  
man es beim Verband **nach Phimosenoperation** anwendet,  
die Wundränder in den nächsten Tagen immer etwas feucht,  
geröthet und geschwollen sind. Bei Nosophen ist dies absolut  
nicht der Fall, die Wunde wird nicht im mindesten gereizt,  
und dadurch fehlen auch die bei Jodoform so oft störenden  
Erectionen, oder sie treten viel seltener auf, und die Heilung  
geht meist in 5 Tagen unter erster Vereinigung glatt von  
statten. Unangenehm ist der hohe Preis des Mittels, der  
eine ausgedehntere Anwendung verbietet.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1896 Bd. XXIII No. 5.)

— Die **secretionshemmende Wirkung des Atropins** hat Dr.  
Aufrecht (Krankenhaus Magdeburg) vielfach erprobt.  
Seit 2 Jahrzehnten wendet er das Mittel gegen die **Nacht-  
schweisse der Phthisiker** an. Wenn auch nicht stets  
voller Erfolg eintrat — die heftigen Schweisse einzelner,  
mit grossen Cavernen behafteter Phthisiker widerstehen  
jedem therapeutischen Bestreben —, so bleibt Atropin  
doch das beste aller empfohlenen Mittel, und wo  
dasselbe im Stich lässt, helfen gewöhnlich die anderen  
Mittel auch nicht. Die geeignetste Dosis für Erwachsene  
ist 1 Milligramm in Pillenform:

**Rp.**

*Atropin. sulfur. 0,01 (!)*

*P. rad. Glycirrh. 0,6*

*Extract. Glyc. q. s. ut f. pill. No. X.*

S. Abends 1 Pille.

Nur selten hatte Autor es nöthig, eine solche Pille  
allabendlich nehmen zu lassen, meist liess der Nachtschweiss  
schon nach wenigen Dosen nach, sodass das Einnehmen  
nur einen Tag um den anderen erforderlich war. Einmal  
bei einer Pat. mit sehr geringer Infiltration der Lungen-  
spitzen hatten 20 Pillen (allabendlich eine) keinen Erfolg,  
die Pat. wagte kaum mehr ins Bett zu gehen aus Furcht  
vor dem schwächenden Schweiss; erst als die allabendliche



Dosis auf 15 Decimilligramm (0,015 auf 10 Pillen) erhöht wurde, trat Heilung ein. — Diese Resultate veranlassten den Autor, das Mittel auch bei Hypersecretion anderer Drüsen anzuwenden. Eine Wöchnerin litt nach der Entbindung an einer enormen **Galaktorrhö**, es mussten immer Schalen untergehalten werden, um die Milch aufzufangen; die bisherigen Mittel hatten alle versagt, Pat. war bereits erschöpft. 2 Pillen à 0,001 beseitigten innerhalb 24 Stunden die Galaktorrhö! Seitdem war nur noch 1 Mal bei einem geringgradigeren Fall von Galaktorrhö Gelegenheit, das Mittel zu erproben: auch hier vollkommener Erfolg. Auch bei **Pollutionen** bewährte sich das Mittel mehrmals und ebenfalls bei mehreren Fällen von **Gastro-succorrhö**, wo tägliche Darreichung von 1—2 Pillen à  $\frac{1}{2}$  Milligramm überraschend wirkte.

(„Die Praxis“ 1896 No. 19.)



## Bücherschau.

---

**Mittheilungen aus Kliniken und medic. Instituten der Schweiz.** Annales suisses des Sciences médicales. Basel u. Leipzig 1896, Verlag von Carl Sallmann.

IV. Reihe. Heft 2: E. de Cérenville et H. Stilling:  
Petites Contributions à la Pathologie  
du Système nerveux!

„ Heft 3: A. Sigg: Beiträge zur Lehre von der  
acuten Miliartuberculose.

Wir sind gewohnt, in dieser Sammlung nur gute Sachen zu finden, interessante und bedeutende Arbeiten, die für die Entwicklung unserer Wissenschaft von hohem Werth sind. Die beiden vorliegenden Arbeiten schliessen sich den vorangegangenen würdig an. Heft 2 enthält 2 Aufsätze, betitelt: „Alcoolisme; Résection du genou gauche; Tuberculose; Atrophie uni-latérale de la colonne de Clarcke; Dégénérescence du faisceau cérébelleux“ par E. de Cérenville et H. Stilling und „Myélite diffuse ou Sclérose latérale amyotrophique“ par E. de Rham. 2 sehr interessante Fälle bilden die Grundlage für Erörterungen über die betreffenden Gegenstände, die ihrerseits wieder durch Tafeln illustriert werden. — Auch Heft 3 hat einen reichen Inhalt: Darstellung der Entwicklung des heutigen Standes der Lehre von der Entstehung der acuten allgemeinen Miliartuberculose, Bericht über die von Hanau vom Juli 87 bis Herbst 94 erzielten Resultate betreffend Pathogenese der von ihm in dieser Zeit untersuchten Fälle von acuter allgemeiner Miliartuberculose, Bericht über die histologische Untersuchung einiger Einbruchstellen, Bemerkungen über einige wichtigere Einzelheiten der beob-

achteten Fälle, Angabe der zur Aufsuchung der Einbruchsstellen angewandten Methode, tabellarische Uebersicht sämmtlicher bis jetzt publicirter, genetisch aufgeklärter Fälle von acuter allgem. Miliartuberculose, Statistik dieses Materials, Zusammenstellung der verschiedenen Formen des Einbruches der Tuberculose in das Gefäßsystem. Als Anhang sind beigegeben: „Einige Bemerkungen über Meningitis tuberculosa“ und „Ueber die Verbreitung einiger anderer Affectionen auf dem Wege des Gefäßgebietes“. Der Reichhaltigkeit dieses Inhalts entspricht das Interesse, welches die einzelnen Capitel für den Praktiker bieten; es ist eine verdienstvolle Arbeit, für die wir dem Verfasser dankbar sein müssen.

**Gehirn und Seele.** Von Prof. Dr. P. Flechsig. 2. Auflage. Leipzig 1896, Verlag von Veit & Co. 112 S. Preis: M. 5.—.

Den Hauptinhalt dieses Buches bildet die vom Verfasser 1894 als Universitätsprogramm veröffentlichte Rectoratsrede. Es ist nicht die erste Rectoratsrede, die weit über den ursprünglich dafür bestimmten Kreis hinaus Aufmerksamkeit und Interesse erregt hat, selten hat aber eine solche das Interesse weitester Fach- und Laienkreise in so hohem Maasse wachgerufen, als diese. Und mit Recht. Der Inhalt der Rede ist trotz ihrer Kürze ein so werthvoller und umfassender, dass es fast Sünde gewesen wäre, die Rede nicht weiteren Kreisen zugänglich zu machen. Natürlich hat die besondere Gelegenheit und die nothwendige Rücksicht auf den Ort des Vortrages diesem als wissenschaftliches Ganzes betrachtet ein wenig Abbruch gethan; der Autor hat aber nachträglich durch Zusätze und zahlreiche Anmerkungen Fehlendes zu ergänzen, Unklares zu erläutern gesucht, sodass jetzt das Werk durchaus auf der Höhe der Zeit steht und für jeden Arzt eine ungemein lehrreiche und interessante Lectüre bildet. Der Schwerpunkt der Ausführungen Flechsig's liegt in dem Nachweis der Existenz besonderer Associationscentren in der Grosshirnrinde, der Abgrenzung besonderer Denkorgane, deren es nicht, wie man bisher gelegentlich vermuthete, nur ein einziges giebt, sondern drei. Dass dieser Nachweis für alle an der „Seele“ interessirten Wissenschaften ungeheuer wichtig ist, dass er die weitgehendsten Consequenzen für die Psychologie und Psychiatrie nach sich ziehen muss, ist wohl klar. Der Verfasser sucht alles dies zu skizziren, und das ist ihm auch durchaus gelungen. Prächtige Tafeln am Schluss des Werkes bilden eine werthvolle Ergänzung der Ausführungen des geistreichen Autors.

**Dr. Paul Börner's Reichs-Medicinal-Kalender.**  
Herausgegeben von Prof. Eulenburg und Dr. Schwalbe.  
Leipzig, Verlag von Georg Thieme.

**Medicinal-Kalender und Recept-Taschenbuch der  
Allgem. medic. Central-Zeitung.** Herausgegeben von Dr.  
H. Lohnstein. Berlin, Verlag von Oscar Coblentz.

Die ersten Verkünder des Jahres 1897 sind eingelaufen, zwei alte Freunde, die in der Aertzewelt gern gesehen, viel benützt und oft um Rath gefragt werden. Beide Kalender sind durch die jetzt beliebte Form der losen Quartalshefte recht compendiös, beide bieten dem Praktiker genügend Raum für das Tages-Kalendarium, beide haben einen reichen wissenschaftlichen Inhalt, der beim eiligen Nachschlagen wichtiger Punkte, die man momentan nicht im Kopf hat, die besten Dienste leisten wird. Die genaue Aufzählung und Beschreibung der Anwendung der gebräuchlichen Arzneimittel im Börner'schen Kalender ist allbeliebt; ausserdem sind noch 20 Nummern vorhanden, unter denen wir hervorheben: „Die Blindenanstalten Deutschlands“ von Prof. Guttstadt, „Erste Hülfeleistung bei plötzlichen und bedrohlichen Erkrankungen“ von Dr. J. Schwalbe, „Die Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke, Idioten, Trunkfällige, Morphium- und Cocainsüchtige, Epileptische“ von Prof. Lähr, „Die gebräuchlichsten medic. Bäder“ von Dr. Beetz. Ausserdem enthält aber der Reichs-Medicinal-Kalender noch ein „Beiheft“, in dem 16 interessante wissenschaftliche Abhandlungen Platz gefunden haben, so u. A. „Die Hauptsätze der Harnanalyse am Krankenbett“ von Dr. v. Jürgensen, „Prophylaktische und therap. Notizen zur Pflege der Mundhöhle und Zähne“ von Prof. Miller, „Kurzer Abriss der Hydrotherapie“ von Prof. Winternitz, „Kurzer Abriss der wichtigsten Diätverordnungen“ von Dr. H. Schlesinger, „Kurze Anleitung zur Sachverständigenthätigkeit des Arztes in der Kranken-, Unfall-, Invaliditäts- und Altersgesetzgebung“ von Dr. J. Thiersch. Auch der Lohnstein'sche Kalender bildet einen nützlichen Rathgeber für die verschiedenartigen Seiten der täglichen Praxis. So finden wir neben vielen anderen Capiteln die Aufsätze: „Uebersicht über die gebräuchlichen, sowie über die neu eingeführten Heilmittel“ von Dr. F. Bock, „Wie liquidirt der Arzt nach der neuen Gebührenordnung“ von Dr. Joachim, „Ueber Indication und Technik der geburtshülflichen Operationen“ von Dr. A. Pinkuss, „Therapeutisches Vademecum für die Kinderpraxis“ von Dr. Cassel, „Dermato-therap. Vademecum“ von Dr. Ledermann,

„Ueber einige neuere diagnostische und therap. Methoden“ von Dr. A. Albu.

**Die Alkoholfrage und ihre Bedeutung für Volkswohl und Volksgesundheit.** Von Dr. A. Smith. Tübingen 1895, Osiander'sche Verlagsbuchhandlung. 127 S. Preis: M. 2.80.

**Ueber den Einfluss des Alkohols auf das Nervensystem.** Von Prof. Th. Ziehen. J. F. Lehmann's Verlag in München, 1896. Preis: 30 Pf.

**Alkoholismus und Arbeiterfrage.** Von Prof. Dr. Herkner. Ibidem. Preis: 30 Pf.

Die Alkoholfrage zieht mit Recht immer mehr die Aufmerksamkeit ärztlicher Kreise auf sich. Das zeigte sich recht deutlich bei der gelegentlich der Naturforscherversammlung in Frankfurt im September d. J. abgehaltenen Sitzung des Vereins abstinenter Aerzte, die stark besucht war und mannigfache Anregungen bot. Leider gingen hierbei manche Theilnehmer in ihrem Eifer für die gute Sache entschieden zu weit und werden gewiss dadurch derselben mehr geschadet als genützt haben. Objectiv, sich von jedem Fanatismus fern haltende Darstellungen dagegen werden gewiss in den beteiligten Kreisen Eindruck machen und nutzbringend wirken. Obwohl wir persönlich keineswegs die Totalabstinenz, wie sie der Vorkämpfer derselben, Smith, preist, gut heissen, haben wir doch des Autors Werk gern gelesen und können dasselbe allen Aerzten warm empfehlen. Es enthält eine klare Darstellung aller wichtiger Punkte der ganzen Frage und wird gewiss mannigfache Anregungen geben. Ebenso verdienen die beiden letztgenannten kleinen Aufsätze allgemeine Verbreitung, die sich mit specielleren Themen über die Frage in fesselnder Weise verbreiten. Sie entstammen dem Deutschen Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke und nehmen einen gemässigten Standpunkt ein, der sich schon in den Schlussworten des Ziehen'schen Aufsatzes kundgibt: „Ich habe geflissentlich alle moralischen Erwägungen bei Seite gelassen. Ich will auch durchaus nicht etwa den philiströsen Standpunkt befürworten, dass jeder sich nun stets sein Quantum nach dieser höchsten Dosis sorgfältig abmessen müsse. Wenn Jemand hier und da in fröhlicher Gesellschaft auch diese höchste Dosis um ein Kleines überschreitet, so wird deshalb sein Nervensystem noch nicht zu Grunde gehen. Nur einen Maassstab im Allgemeinen für den täglichen Genuss wollte ich Ihnen geben. Wer sich an diesen Maassstab nicht halten will, wird kein

Hinderniss für seine Ueberschreitungen finden. Er soll nur die Gefahren kennen, welche er läuft, und es müsste ein Thor sein, der diese Gefahren ignoriren wollte. Unser Verein will diese Gefahren kennen lehren und dadurch vor ihnen schützen.“ Bravo!

**Grundriss der operativen Geburtshülfe.** Von Prof. Fr. Schauta. 3. verbesserte und theilweise umgearbeitete Auflage. Wien u. Leipzig 1896, Verlag von Urban & Schwarzenberg. 280 S. Preis: M. 7.—.

Wenn ein derartiges Buch trotz der vielfachen Concurrenz innerhalb eines kurzen Zeitraumes die 3. Auflage erreicht, so kann man das von vornherein als ein Zeichen dafür ansehen, dass das Werk einem praktischen Bedürfnisse entsprach und in den Kreisen nicht nur der Leute vom Fach, sondern auch des allgemeinen Aerztpublikums gewürdigt wurde. Und letzteres verdient es auch in vollem Maasse. Der Praktiker findet hier in klarer, präziser Darstellung Alles, was er in seiner geburtshülflichen Thätigkeit braucht, er findet eine maassgebende Richtschnur für sein Handeln, einen treuen Rathgeber für alle Vorkommnisse. Selbstverständlich berücksichtigt der Verfasser bei jeder Auflage alle Fortschritte der Wissenschaft, soweit sie für den Praktiker Interesse haben; so hat diesmal besonders das Capitel „Symphyseotomie“ eingehende Besprechung gefunden. 58 schöne Holzschnitte sind dem Texte beigegeben und tragen zum Verständnisse desselben wesentlich bei.

**Ueber die Untersuchung, Beurtheilung und Behandlung von Unfallkranken.** Praktische Bemerkungen von Prof. Dr. A. Strümpell. München 1896, Verlag von J. F. Lehmann. 25 S. Preis: M. 1.—.

Der Autor, bekanntlich eine Autorität auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten, hat sich den Dank aller Praktiker erworben, dafür, dass er sich eingehender mit den so überaus wichtigen nervösen Störungen und Verletzungen beschäftigte. Seine „praktischen Bemerkungen“ sind eine hochwillkommene Gabe! Wir führen hier bloss noch die Sätze an, in die Strümpell seine Ansicht über die wichtigsten Punkte betreffend die Unfallkrankheiten kurz zusammenfasst:

1. Der Name „traumatische Neurose“ im bisherigen Sinne darf niemals als Ausdruck für eine bestimmte besondere Krankheit gebraucht werden. Die als „traumatische Neurose“ bezeich-

- neten Krankheitszustände gehören durchaus in eine Reihe mit der Hypochondrie, Neurasthenie, Hysterie, dem Querulanten-thum u. dergl. Es sind psychogene, d. h. durch primäre Bewusstseinszustände hervorgerufene Krankheiten, bei welchen die mechanische Wirkung des Traumas an sich keine Rolle spielt.
2. Ob es eine wirkliche „traumatische Neurose“ giebt im Sinne eines chronischen materiellen Folgezustandes, einer schweren Commotio cerebri oder Commotio spinalis, ist noch nicht sicher entschieden, aber wahrscheinlich. Solche Fälle gehören aber jedenfalls zu den Seltenheiten.
  3. Was man bisher als „objective Symptome“ der traumatischen Neurose hingestellt hat, verdient diesen Namen nicht mit Recht. Alle diese Symptome sind ebenfalls von den Bewusstseinszuständen des Kranken abhängig.
  4. Zwischen Simulation, absichtlicher Uebertreibung und psychogener Neurose sind die Unterschiede theoretisch leicht aufzustellen. Praktisch ist die Grenze aber keineswegs leicht zu ziehen, da die verschiedensten Vorstellungen sich bei den Kranken mit einander verknüpfen. Die Beurtheilung wird daher vielfach nur von dem physischen Gesamteindruck abhängen. Wechselndes Verhalten einzelner Symptome spricht nicht unbedingt für bewusste Simulation.
  5. Von der grössten praktischen Wichtigkeit ist es, die Unfall-Neurosen womöglich schon bei ihrer Entstehung im Keime zu ersticken. Die Verhütung der Unfall-Neurosen hat viel grössere praktische Erfolge aufzuweisen, als die Behandlung derselben.
  6. Bei allen Unfall-Neurosen ist die Hauptaufgabe des Arztes, dahin zu wirken, dass die Kranken sich allmählig wieder an ihre Arbeit gewöhnen. Die Energielosigkeit und Willens-trägheit vieler Unfall-Kranken darf nicht unterstützt werden durch die Gewährung zu hoher Renten.
  7. Die Organisation eines Arbeitsnachweises für Unfall-Kranke mit herabgesetzter Leistungsfähigkeit ist ins Auge zu fassen.

**Bibliothek der gesamten medicin. Wissen-schaften.** Herausgegeben von Prof. Drasche. Teschen 1896, Verlag von Karl Prohaska. Preis pro Lieferung: M. 1.—.

In den uns heute vorliegenden Lieferungen 102—112 des rühmlichst bekannten grossen Sammelwerkes sind wieder 3 Dis-ciplinen vertreten: „Interne Krankheiten und Kinderkrank-heiten“, III. Band, reichend bis zum Schlagwort „Sputumunter-

suchung“, „Augenkrankheiten“ bis zum Artikel „Glaukom“, und endlich „Medicinische Chemie“, in welcher Disciplin die vorliegenden Hefte 19/20 den Schluss dieses Specialbandes bilden. Wenn wir unter den in diesen Lieferungen enthaltenen Arbeiten auch nicht alle namhaft machen können, so wollen wir doch folgende hervorheben: „Pneumo-Spirotherapie“ von Neudörfer, „Polyneuritis“ von Pal, „Rhachitis“ von Escherich, „Scarlatina“ von Pott, „Scrophulosis“ von Jessner, „Chorioiditis“ von Czermak, „Enucleatio bulbi“ von Bergmeister, „Fremdkörper im Auge“ von Asmus, „Stoffwechsel“ von Klug, „Toluol“ von Kreutz, „Chemische Apparate und Geräthschaften“ von Brestowski.

**Compendium der Ohrenheilkunde.** Von Dr. H. Schröder. Breslau 1896, Verlag von Preuss & Jünger. 150 S. Preis: M. 3.—.

Dem Verfasser ist es gelungen, trotz des recht beschränkten Raumes dem Praktiker ein Buch zu liefern, in welchem er Alles findet, was er für die otiatische Praxis braucht. Theoretische Dinge mussten natürlich ganz kurz gefasst werden, was der Praktiker gewiss nicht übel nehmen wird, zumal dafür praktisch wichtige und vom Arzt durchaus zu verlangende Handgriffe, wie Ausspritzen, Politzern etc. genau beschrieben wurden. Schwierige, dem Specialarzt zu reservirende Operationen werden ebenfalls nur erwähnt. Das handliche, mit 20 Abbildungen versehene Büchlein wird gewiss dankbar acceptirt werden und vielfach nutzbringend wirken.

**Die Wildbad-Cur.** Von Dr. W. Josenhans. Minden i. W. 1896, Verlag von J. C. C. Bruns.

**Baden-Baden und seine Thermen.** Von Dr. W. H. Gilbert. 2. Auflage. Wien 1896, Verlag von W. Braumüller.

Beide Werke haben zunächst den Vorzug, nicht Reclamezwecken im Interesse des betreffenden Bades zu dienen, sondern wirklich auf wissenschaftlicher Grundlage alles das zu besprechen, was der Arzt und gebildete Laie über den Gegenstand wissen will und wissen muss. Josenhans, früherer Assistent Renz', der 25 Jahre in Wildbad als Badearzt wirkte, legt besonderes Gewicht auf die eingehende Würdigung der Curmittel des Bades und der Indicationen für dasselbe und erörtert diese beiden Punkte in dem 96 Seiten starken Werkchen in objectiver, gemeinverständlicher und zuverlässiger Weise. Gilbert's Buch ist umfassender (190 S.). Auch



er fasst selbstverständlich jene beiden Punkte vorzüglich ins Auge und erörtert dieselben in ebenso lobenswerther Weise, er macht aber auch Stadt und Land selbst zum Gegenstand einer eingehenden Besprechung, wie es in der Braumüller'schen Badebibliothek, zu der das Werk gehört, üblich ist; während Josenhans' Büchlein hauptsächlich ein wissenschaftlicher Führer ist, schrieb Gilbert einen Führer über Baden-Baden überhaupt. Beide Bücher bilden aber eine werthvolle Bereicherung unserer Bade-Litteratur und werden gewiss allseitige Anerkennung finden.

**Die Behandlung der Syphilis nach den gegenwärtig üblichen Methoden.** Von Dr. F. Grimm. Berlin 1896, Verlag von S. Karger. 103 S. Preis: M. 2,50.

Prof. Lewin hat das Buch mit einem Vorwort versehen, das uns wohl eine besondere Kritik erspart. Er sagt darin u. A.: „Ich habe stets auf die Nothwendigkeit eines organischen Zusammenhangs der Specialitäten mit dem medicinischen Gesamtgebiete nachdrucksvoll hingewiesen und kann von diesem Standpunkte aus die nachstehende, aus gleichen Gesichtspunkten entstandene Darstellung als eine sehr gelungene begrüßen. Der Verfasser war mit Erfolg bemüht, einen objectiven Ueberblick der gegenwärtigen antisypilitischen Therapie zu geben, und er besitzt nicht allein ein reiches Wissen der einschlägigen Litteratur, sondern gebietet zugleich, was sehr wichtig ist, über eine reiche eigene Erfahrung.“ Diesen Ansichten des gewiss competenten Beurtheilers schliessen wir uns nach Durchsicht des für den praktischen Arzt sehr lesenswerthen Werkchens durchaus an.

---

*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.*

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup>. 4.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*Januar*

*VI. Jahrgang*

*1897*

---

**D**ie früher erschienenen fünf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Aktinomykosis.** Die Jodkalibehandlung bewährte sich, wie Jurinka mittheilt, vortrefflich bei 3 Pat. der Wölfler'schen Klinik (Prag). 2 Mal handelte es sich um sehr schwere Kopf-Halsaktinomykose, welche  $\frac{1}{2}$  Jahr resp. 4 Monate bestand; nach  $1\frac{1}{2}$  resp. 6 Monaten war bei Jodkaligebrauch ohne chirurgische Therapie (nur Spaltungen der auftretenden Abscesse!) vollständige Heilung eingetreten. Ebensolche kam zu Stande im 3. Falle, einer Perityphlitis aktinomykotica. Der grosse Erweichungsheerd wurde hier eröffnet und andauernd mit in Jodkalilösung (8,0:180,0) getauchten Tampons verbunden, während gleichzeitig intern 3 Mal täglich 1 Esslöffel von einer Lösung 5,0:180,0 verabreicht wurde.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie 1896,  
Bd. I, Heft 2.)

**Augenentzündungen.** Ueber **Pneumokokkenconjunctivitis** spricht Axenfeld. Er beobachtete diese bisher nur in Paris und Siena sporadisch vorgekommene Erkrankung in Form von 2 kleinen Epidemien in der Nähe von Marburg. Vorwiegend waren Kinder, besonders Schulkinder erkrankt, nur 3 Mal Erwachsene. Der Verlauf war durchweg ein günstiger, meist sehr milder; sehr oft Anfangs Schnupfen, dann leichtes Lidödem, Thränensecretion mit kleinen eitrigen Flocken, diffuse Injection der Conjunctiva, sehr oft auch der Conj. bulbi, in der sich kleine Haemorrhagien und sogar Phlyktänen bildeten. Hornhaut- und Thränensackcomplicationen kamen nicht vor. Fast immer nach 3—5 Tagen, nur bei 2 Erwachsenen später, hörte die Secretion auf, es erfolgte schnell Spontanheilung. Während der Secretion waren die Pneumokokken in dichtester Reincultur vorhanden, doch gelang es weder mit Culturen, noch mit dem Secret, einen positiven Impferfolg zu erzielen. Wenn überhaupt Contagiosität besteht, so setzt dieselbe jedenfalls eine sehr ausgesprochene individuelle Disposition voraus. Eine Schule braucht deshalb nie bei solcher Epidemie geschlossen zu werden. Wohl aber ist zu fordern, dass bei allen Schulepidemien von den Behörden die bakteriologische Untersuchung veranlasst wird, um die gutartigen Formen von den schwereren zu trennen. Die Differentialdiagnose ist fast immer schon durch die Deckglasuntersuchung der Secrete möglich; gegenüber den Gonokokken liefert die Gram'sche Färbung der Pneumokokken einen sicheren Anhalt. — Discussion: Adler beobachtete in einem Waisenhaus in der Umgebung von Wien eine Haus-epidemie von Conjunctivitis. Die Erscheinungen waren die gleichen, wie bei Axenfeld, der Verlauf gutartig. Auch der Hausarzt und mehrere Pflegerinnen erkrankten. Hippel sen. macht darauf aufmerksam, dass bei Gegenwart des gleichen Mikroorganismus sehr verschiedene klinische Krankheitsbilder vorhanden sein können. Das sah er in der letzten Zeit bei der Diphtheria conjunctivae. Einmal war die croupöse Form mit leichtem Verlauf, ein ander Mal diphtheritischer Belag mit Zerstörung der Cornea zu beobachten; endlich fanden sich bei einem alten Mann, der an Staar operirt worden war, am 6. oder 7. Tage bei sonst normalem Befunde in

einer kleinen Schleimflocke im medialen Augenwinkel vollvirulente Bacillen.

(25. ophthalmolog. Congress in Heidelberg, 5.—8. August 1896. — Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 40.)

- Zur Aetiologie der Keratitis parenchymatosa lässt sich Pflüger aus. Wenn auch die Mehrzahl der Fälle ätiologisch auf Lues hereditaria und in 2. Linie auf Tuberculose zurückzuführen ist, so können doch unter besonderen Umständen viele Infectionskrankheiten, welche sonst eine Uveitis erzeugen, eine Keratitis parenchymatosa hervorrufen. Autor macht insbesondere auf folgende 3 ätiologische Momente aufmerksam: 1. Die Agalaktie der Ziegen und Schafe, von welcher er vor 3 Jahren eine Epidemie beobachtete. Von 30 Thieren erkrankten 26 zuerst am Euter, dann an den Augen, zuletzt an den Gelenken (kalte Abscesse). Bei den meisten trat eine diffuse Trübung der Cornea mit einzelnen saturirteren Punkten in der Tiefe auf; die Entwicklung dauerte 2 bis 3 Wochen, der Ablauf 2—3 Monate. 2. Chronische Dermatosen. In 2 Fällen von Psoriasis traten zuerst herpesähnliche Bläschen auf der Bindehaut unter starker Injection und Pannusbildung auf; bald aber entwickelte sich eine Keratitis parenchymatosa von sehr protrahirtem Verlaufe. 3. Influenza, die sich an der Cornea in 3 Formen zeigen kann. Die erste zeigt das typische Verhalten der parenchymatösen Keratitis, tritt bei älteren Individuen auf und hat wenig Neigung zur Aufhellung. Die zweite steht am nächsten der Keratitis nummularis (Stellwag), doch ist der Verlauf protrahirter; zuerst starke Schwellung und Injection des Limbus, dann diffuse Trübung und einzelne Wolken im Gewebe der Cornea und in den tiefsten Schichten scharf umschriebene, runde Infiltrate. Die dritte ist combinirt mit serös-fibrinöser Iritis; es tritt in der diffus getrübbten Cornea zuerst eine klare Linie auf, welche sich verbreitert, mit anderen solchen Linien zusammenfließt, dann aber wieder verschwindet, sodass das Bild rasch wechselt. — Discussion: Hirschberg meint, dass die 3. Form Pflüger's so weit von dem gewöhnlichen Bilde der Keratitis parenchymatosa abweicht, dass man sie ausscheiden muss; er hält Lues fast für die alleinige Ursache und betont insbesondere auch die von der Amme über-

tragene, wovon er 6 Fälle beobachtet hat. Wintersteiner macht auf die Unterschiede zwischen der 2. Form Pflüger's und der Keratitis nummularis aufmerksam, welche sich dahin präcisiren lassen, dass letztere acut auftritt, in wenigen Tagen den Höhepunkt erreicht und nach ca. 14 Tagen bereits abgelaufen ist; die Infiltrate sitzen immer nahe dem Hornhautrande, und zwar immer ganz oberflächlich, sodass sie über das Epithel vorragen, die übrige Hornhaut ist frei, ohne Wolken. Diese Krankheit ist unter die Gruppe der superficiellen (ekzematischen) Hornhautentzündungen zu subsumiren. Pflüger giebt die Unterschiede zu, ihm sei aber keine Krankheit bekannt, welcher er sie eher anreihen könnte.

(Ibidem.)

— Prof. Csapodi berichtete von einem **Fall von Keratitis parenchymatosa**, den er bei einem 6jährigen Mädchen beobachtet hatte, welches von einer Schulkameradin mit dem Fingernagel am r. Auge verletzt worden war. Am 4. Tage neben auffallender Herabsetzung der Tension des Bulbus auf der Hornhaut ein oberflächliches, grau infiltrirtes Geschwür. Nach weiteren 3 Tagen typische parenchymatöse Keratitis, Geschwürsstelle an der saturirten grauen Verfärbung erkennbar. 1 Woche später gleicher Process am l. Auge. Daher der Gedanke an Syphilis, der auch durch die Anamnese bestätigt wurde. Das Trauma hatte eben die Entzündung entfacht, die latente Krankheit zur Manifestation gebracht. Analoge Fälle könnten in forensischer Beziehung Schwierigkeiten verursachen.

(Kgl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. 24./X. 1896. — Ungar. medic. Presse 1896 No. 5.)

**Cholelithiasis.** Ein seltener Fall von Gallensteinen wurde von Dr. H. Cahen (Köln a. Rh.) beobachtet, besonders ausgezeichnet dadurch, dass der Stein trotz beträchtlicher Grösse ohne Beschwerden abging. Die 46jährige Pat. zeigte den Stein vor mit der Angabe, denselben am Morgen im Stuhlgang vorgefunden zu haben; sie habe heute auf dem Closet mehr drängen und drücken müssen als sonst, und schliesslich habe sie beim Durchpassiren des harten Körpers einen sehr heftigen Schmerz an der Afteröffnung gehabt, sonst aber habe sie nichts gespürt. Vorher war

Pat. sehr wohl und ging ihrer Beschäftigung nach. Auch früher ist sie stets gesund gewesen, abgesehen von einem angeblich mit hohem Fieber und heftigen Schmerzen im Bauche verbundenen Anfall vor 2 Jahren, wo nach Aufhören der Schmerzen eine hautartige, schmale, ziemlich lange Masse mit dem Stuhlgang abging, die für ein Bandwurmstück gehalten wurde. Der Stein nun, der jetzt abgegangen war, bestand aus 14 kleinen Steinen, die durch eine Zwischensubstanz zu einem einzigen festen Conglomerate zusammengeschnitten erscheinen, das  $12\frac{3}{4}$  gr schwer ist und einen Längs- und Breitendurchmesser von 4 cm, einen Höhendurchmesser von 3 cm besitzt. Wie erklärt sich der Fall? Das Conglomerat von Steinen hat, nachdem eine Verwachsung der Gallenblase mit dem Darm zu Stande gekommen war, auf diesem Wege den Körper verlassen, und zwar muss diese Verwachsung am Colon stattgefunden haben, da kaum ein Stein von solcher Grösse, ohne weitere Symptome hervorzurufen, einen längeren Weg durch den Dünndarm zurückgelegt haben kann. Die Verwachsung von Gallenblase und Colon mag sich bei dem Anfall vor 2 Jahren ausgebildet haben, worauf auch der Abgang der Haut deutet, die wohl ein Darmstück gewesen war. Dass der Stein dann erst nach 2 Jahren abging, hat wohl an den mechanischen Verhältnissen gelegen, vielleicht war er auch mit der unteren Seite fest an der oberen Gallenblasenwand verwachsen. Damals müssen die Steine schon zusammengeschnitten gewesen sein, sonst hätten sie durch die jedenfalls nicht kleine Perforation ihren Weg sofort nach aussen gefunden, überhaupt wäre diese so leicht nicht zu Stande gekommen, wenn die Steine einzeln in der Gallenblase gelegen hätten. Der Anfall vor 2 Jahren war vielleicht kein eigentlicher Kolikanfall, sondern bloss ein Schmerzanfall, hervorgerufen durch das Hineindrängen des Gallensteins in die neugebildete Verbindungsstelle des Colons mit der Gallenblase. — Bis heute, also über 1 Jahr nach Abgang des Steins, ist Pat. gesund geblieben.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 41.)

— Dr. F. Betz (Heilbronn) führt einige interessante Details zur Symptomatologie und Diagnose der Ch. an. Er glaubt

an eine erbliche Gallensteindiathese und meint, dass die Entstehung schon in die erste Lebenshälfte zurückzuführen ist. Das wichtigste Symptom ist der Icterus, der sich zuerst auf der rechten Seite des Bauches zeigt, wo er auf Fingerdruck als gelbes Mal sichtbar wird; auch die Linea alba und die Nabelgegend sind oft besonders stark gefärbt. Das 2. Moment ist die Kolik, meist in der Gallenblasengegend localisirt und manchmal mit Erbrechen verbunden. Die mit Steinen angefüllte Gallenblase fällt oft wie ein Stein im Körper hin und her, die Pat. können keine engen Kleider tragen, schlafen mit zurückgeschlagenen Armen; vielleicht veranlasst die gefüllte Gallenblase durch Reibung am Uterus dort auch Contractionen und bewirkt Abort. Die Palpation wird leider oft erschwert durch Spannung des Leibes; man untersuche event. in Knieellenbogenlage, wo sich die Gallenblase mehr an die Bauchwand andrückt. Bisweilen kann man bei Vorhandensein kleiner Steinchen Reiben fühlen und sogar hören. Manchmal finden sich die Steinchen im Erbrochenen oder in den Fäces, welche letztere nicht entfärbt sind, wenn der Stein im Ductus cysticus sitzt. Bei Kolik mässigen Grades nützt oft folgendes Pflaster:

**Rp.**

*Empl. adhaes. 15,0*

*Menthol.*

*Pulv. Opii aa 1,5.*

Supr. linteum extens.

(Memorabilien 1896 No. 89.)

**Diphtherie.** Dr. Elsaesser (Ramsbeck) empfiehlt warm Behandlung mit Atropin, die er bei 350 Fällen von Rachen-diphtherie erprobt hat. Er verschreibt:

**Rp.**

*Atropin. sulfur. 0,003*

*Cocain. hydrochloric. 0,05*

*Aq. amygd. amar. 20,0.*

M. D. S. Stündlich so viel Tropfen, als das Kind Jahre zählt (Anfangs auch Nachts).

Bei Erwachsenen giebt er stündlich 10—15 Tropfen. Daneben event. Gurgelungen mit Kal. chloric. und Wein.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 8.)

- **Diphtherieserum bei einem 2 Tage alten Kinde** (1000 I.-E.) wandte Dr. Hasse (Wanzenau) an. Trotz anfänglich sehr hohen Fiebers und heftiger Erstickungsanfälle begann schon nach 24 Stunden an der hinteren Pharynxwand und auf den Tonsillen die bekannte Umkrempfung der Beläge. Völlige Heilung nach 6 Tagen, Injection verlief ohne jede Nebenwirkung.

(Aerztliche Rundschau 1896 No. 40.)

- **Ein wichtiger prognostischer, durch die Serumtherapie gebotener Fingerzeig** ist nach Goyens das Bestehenbleiben der von der Injection herrührenden Anschwellung. Dasselbe, ein Zeichen von ungenügender Resorption, kündigt den nahen Exitus an und sollte, selbst bei nicht sehr hochgradigen Stenoseerscheinungen, eine dringende Indication zur Tracheotomie sein. Autor verlor von 5 Fällen an Kehlkopfdiphtherie den einen 7 Stunden post inject., und gerade bei diesem hatte sich obige Erscheinung gezeigt. Er hätte durch Tracheotomie vielleicht noch gerettet werden können, die Eltern gaben aber nicht die Erlaubniss dazu.

(Ann. et bull. de la soc. de méd. d'Anvers. 1896, März. — Centralblatt f. innere Medicin 1896 No. 44.)

- **Um die Frage der Häufigkeit und Dauer des Verbleibens der virulenten Diphtheriebacillen im Rachen nach überstandener D.** zu klären, hat Gladin 22 Untersuchungen ausgeführt bei vorher mit Diphtherieserum und local behandelten Pat. 12 Untersuchungen, am 5. bis 43. Tage nach Abstossung der Membranen ergaben ein negatives Resultat; 6 Mal wurden bis zum 45. Tage Bacillen gefunden, die zwar morphologisch mit den Löffler'schen identisch zu sein schienen, sich jedoch als nicht virulent erwiesen; endlich wurden 4 Mal echte Löffler'sche Bacillen am 23., 30. und 33. Tage nach der Membranenabstossung constatirt. Dies zeigt, dass Diphtheriereconvalescenten gegenüber äusserste Vorsicht geboten ist und dass deren Isolirung so lange stattfinden müsste, bis wiederholte bakteriologische Prüfung ergeben hat, dass eine Gefahr für die Umgebung nicht mehr besteht.

(Medicinskoje Obosrenje 1896 No. 5. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 78.)



— In Bezug auf die croupöse Conjunctivitis und ihre Beziehungen zur Diphtherie klingen die Erfahrungen von Prof. Dr. Vossius (Giessen) etwa in folgenden Sätzen aus: Die diphtheritische Conjunctivitis kann entweder mit Faserstoffexsudation in das Gewebe der Bindehaut oder mit Pseudomembranen auf ihrer Oberfläche verlaufen. Die Zugehörigkeit dieser als Conjunctivitis crouposa bezeichneten Form der Bindehautaffection zur Diphtherie kann nicht nach dem klinischen Bilde, sondern lediglich durch die bakteriologische Untersuchung entschieden werden. Der Umstand, dass die Diphtheria conjunctivae auch unter dem früher für so harmlos gehaltenen Bilde der Conjunctivitis crouposa auftreten und als solche die Veranlassung zu einer Epidemie von Rachendiphtherie mit schwerer Allgemeininfektion werden kann, zwingt uns also zu grosser Vorsicht nach dieser Richtung hin, zumal wenn Fälle von Bindehauteroup während einer Diphtherieepidemie auftreten. Es ist demnach strenge Isolirung dringend geboten. Heilserum wirkt günstig ein bei der D. Oertlich behandle man die Conjunctivitis crouposa mit Auswaschungen und Kühlungen mit Sublimat (1:5000) oder Hydrarg. oxycyanat. (1:1000), im blennorrhoidischen Stadium mit Bepinselung mit Argent. nitric. Lösungen. Man erinnere sich aber, dass Membranbildung der Conjunctiva nicht im Zusammenhang mit D. stehen muss; bei Pemphigus und Herpes iris, häufiger bei Verbrennungen und Einwirkung gewisser Chemikalien kann man sie ebenfalls finden.

(Sammlung zwangloser Abhandl. aus dem Gebiete der Augenheilk. 1896 Heft 1.)

**Fremdkörper.** Zur Casuistik der F. in den oberen Luftwegen führt Dr. A. Heindl (Wien, laryngol. Abtheilung von Prof. O. Chiari) folgenden Fall an: Ein 23jähriger Mann kam mit der Klage, es müsse ihm vor 2 Tagen beim Essen etwas im Halse stecken geblieben sein. Er verspürte da plötzlich auf der linken Seite einen Stich und kann seither dieses Gefühl, welches bei jeder Schluckbewegung, sowie auch bei tiefer Inspiration auftritt, nicht los werden; ebenso verursache das Liegen auf der genannten Seite Schmerzen. Die Spiegeluntersuchung ergibt: Die linke pharyngo-epiglottische Falte durchdringend, steckt ein einer Nadel ähnlicher Körper in der hinteren äusseren Rachenwand. Bei einem Versuche

mit der Schrötter'schen Pincette diesen Körper zu wenden und ihn mehr in die oben genannte Falte hineinzutreiben, um das andere Ende von der hinteren Pharynxwand frei zu bekommen und so die Extraction in Einem zu ermöglichen, wird jener die pharyngo-epiglottische Falte durchdringende F. entfernt. Derselbe erweist sich als der 1,5 cm lange, proximale Theil einer Nähnadel, auf einem Ende das Ohr, auf dem anderen eine frische Bruchfläche aufweisend, woraus geschlossen wurde, dass die Nadel bei dieser Manipulation gebrochen und ihr distales Ende in der hinteren Pharynxwand stecken geblieben sei. Die weitere Inspection jedoch ergab ein negatives Resultat, sodass Pat. für den nächsten Tag bestellt wurde. Nun zeigte sich bei der Untersuchung zeitweise, besonders bei Würgebewegungen, ein schwarzer Punkt in der lateralen, hinteren Pharynxwand, ungefähr in der Höhe des linken Aryknorpels. Abermalige Extraction des 2 cm langen, distalen Endes der Nadel. Das Ganze also erweist sich als eine blauoxydirte, 3,5 cm lange Nähnadel. Pat. vermuthet, dass ihm dieselbe bei der Zubereitung seiner Speisen aus der Rockklappe, wo er immer solche Nadeln trüge, in jene gefallen sein müsse. Der Fall ist deshalb schon interessant, weil er zu denen gehört, bei welchen wegen ungünstiger Lage und Gestalt der F. und bei beschränkten Raumverhältnissen die Extraction oft nur stückweise möglich ist.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 37.)

- **Einen Tapeziernagel aspirirt** hatte beim Spiel ein 10jähriger Knabe, den Pösch demonstirt. In der Folge traten 1 bis 1½ Stunden dauernde, mit Fieber einhergehende Hustenattaquen auf. Die Untersuchung ergab Infiltration des linken Oberlappens und linksseitige adhäsive Pleuritis. Die Durchleuchtung mit Röntgen'schen Strahlen während eines Hustenanfalls liess den F. im 6. Intercostalraum, links von der Wirbelsäule wahrnehmen. Ob derselbe im Mediastinum, Lungenparenchym oder im Bronchus sich befand, liess sich nicht eruiren; Autor nimmt das Letztere an.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 30./X. 1896. — Wiener medic. Presse 1896 No. 44.)

- **Einen F. aus dem Nasenrachenraume**, der 8 Jahre daselbst verweilt, entfernte in Form eines „Rhinopharyngolith“

Dr. Fr. Janatka (Prag). Es handelte sich um einen 9 Jahre alten Knaben, der als 1jähriges Kind in unbewachtem Augenblicke einen Fingerhut, wie ihn die Schneider beim Nähen verwenden, in den Mund genommen und angeblich verschluckt hatte. Ein damals consultirter Arzt beruhigte die Eltern, der F. werde mit dem Stuhl abgehen. Seit dieser Zeit athmete das Kind schwer und mit offenem Munde, schnarchte im Schlafe, sprach nälend, bekam einen hartnäckigen Schnupfen, der bis jetzt andauert, einen widerlichen Geruch aus Mund und Nase und auffallende Schwerhörigkeit. Jetziger Status: Pat. athmet laut mit offenem Munde. Nase in den unteren Parthieen atrophisch und zusammengedrückt. Aus Mund und Nase kommt ein durchdringender widerlicher Fötor. Sprache nälend, Gehör geschwächt, Nasenöffnungen eng. Gaumengewölbe hoch, Tonsillen im höchsten Grade, fast bis zur Berührung, hypertrophisch. Der weiche Gaumen etwas tiefer gestellt; links von der Medianlinie in ihm eine trichterförmige, in den Nasenrachenraum eingezogene Narbe. Bei der Untersuchung der Nase findet man ausser Atrophie seines Gerüstes und Verkümmern der Nasenmuscheln einen eitrigen, äusserst fötiden Katarrh. Rhinoscopia posterior wegen der Mandelhypertrophie undurchführbar. Bei der Untersuchung des Nasenrachenraumes tastete man einen Tumor, der sich bis an die hintere Pharynxwand anlehnt und nach vorne gegen die Choanen und die tastbare Nasenscheidewand zu eine auffallend derbe, ja harte Consistenz annimmt. Untersuchung des Nasenrachenraumes sehr schmerzhaft und mit ziemlicher Blutung verbunden. — Autor stellte die Diagnose auf einen Tumor des Nasenrachenraumes, wahrscheinlich von der Pharynxtonsille ausgehend, wobei ihm aber jene trichterförmige Narbe nicht klar war. Er untersuchte nochmals genau den Nasenrachenraum und fand, dass der Tumor bis zum Gewölbe hinaufreichte und dass seine hintere Peripherie scharfe Kanten aufwies. Er schritt zur Operation in Bromäthylnarkose und fasste den Tumor mit der Jurasz'schen Zange, in der er auch leicht in seinem ganzen Umfange stecken blieb. Er erwies sich als ein Theil der hypertrophischen Pharynxtonsille sammt dem unter dem Einflusse der Zeit entsprechend veränderten Fingerhut. Es waren hier

5 kleinere und 10 grössere Stücke, zum Theil aus Metall bestehend, zum Theil weich und aus kohlenurem und phosphorsurem Kalk zusammengesetzt; legte man diese Bruchtheile zusammen, so kam die Figur eines Fingerhutes heraus. Nach der Operation war der Nasenrachenraum durchaus leer. Antiseptische Irrigationen beseitigten rasch die Secretion und den Geruch, und einige Tage später war das Kind gesund. — Wie war nun der Fingerhut in den Nasenrachenraum gelangt? Er muss dahin hauptsächlich durch einen reflectorischen Niesact gelangt sein und sich sofort eingeklebt haben. Die Tonsillarhypertrophie kam erst später zur Entwicklung, da sonst das Eindringen des F. kaum zu erklären wäre. Der Fingerhut obturirte den ganzen Nasenrachenraum und erzeugte einen Decubitus des weichen Gaumens mit nachfolgender Perforation desselben, welche letztere später verheilte (daher jene Narbe!). Auch die Choanen und die Mündung der Tuba Eustachii wurden verlegt, und so erklären sich auch die übrigen Symptome leicht.

(Wiener klin. Rundschau 1896 No. 38.)

- **Einen Fall von Rhinolithen bei einem 12jährigen Mädchen** beobachtete Maljutin. Der Fall ist interessant wegen des jugendlichen Alters der Pat., dann, weil es sich nicht um einen vereinzelteten Stein, sondern um 3 an verschiedenen Stellen des einen Nasenganges sitzende handelte, und endlich, weil in keinem der Steine, deren chemische Zusammensetzung die gleiche wie bei anderen Rhinolithen war, ein Fremdkörper gefunden wurde, sodass eine spontane Entwicklung stattgefunden haben musste. Das Krankheitsbild selbst bestand in einem seit 3 Jahren bestehenden, sich immer mehr verschlimmern und jeder Behandlung trotzen Schnupfen, Verlust des Geruchsinns und Athembeschwerden. Therapie: Extirpation der Steine mittelst krummer Pincette, Kauterisation der Granulationen mittelst Galvanokauters, desinficirende Ausspülungen. Vollkommene Restitutio ad integrum.

(Medicinskoje Obosrenje 1896 No. 5. —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 88.)

- **Einen seltenen Fall von F. in der Scheide eines jungen Mädchens** publicirt Dr. Paul Krause (Vierteljahrsschrift der Naturforschenden Gesellschaft in Zürich). Ein 6 Jahre altes Kind hat seit 2 Jahren

starken weissen Fluss und heftigen Juckreiz in den Genitalien. Mehrere Aerzte haben schon behandelt, sie gaben Eisen, untersuchten aber local Alle nicht. Autor that dies und fand zunächst starke Entzündung der beiden Labien, die intensiv geröthet und geschwollen erschienen. An den Oberschenkeln erstreckten sich beiderseits streifenförmige Excoriationen bis zum Kniegelenk. Beim Auseinanderklappen der Labien quoll ein mässig starker Strom dicken, gelblichen, geruchlosen Eiters hervor. Der nächste Gedanke war: Pruritus vulvae in Folge einer chronischen Kolpitis. Da bemerkte Autor, dass der Hymen etwas eingerissen war. Nun versuchte er, den kleinen Finger vorsichtig einzuführen, was mit der ersten Phalanx gelang, und jetzt stiess ein spitzer Gegenstand gegen die Fingerkuppe. Versuche, denselben mit der Péan'schen Klemme hervorzuziehen, misslangen, und erst bei oberflächlicher Narkose konnte durch vorsichtiges Hin- und Herbewegen wenigstens die Spitze bis vor die Vulva gezogen werden. Der F. war eine Haarnadel. Autor verfolgte den sichtbaren Schenkel derselben mit einer Sonde aufwärts und fand den anderen Schenkel vollständig in die hintere Scheidenwand eingespiess. Die Spitze des letzteren wurde fühlbar, wenn Autor den herausbeförderten Theil abwärts zog und mit der anderen Hand stark gegen das linke Labium drückte. Die Entfernung war sehr schwierig, da ja doch das Hymen geschont werden sollte. Autor zog zunächst mit einer Klemme die Spitze der Nadel abwärts und knickte sie am höchsten Punkte des Schenkels, der hierdurch sichtbar wurde, mit einer zweiten Klemme rechtwinklig ab; dann zog er an dem abgebogenen Stück und knickte wieder so hoch wie möglich ab, und so fort. Auf diese Weise gelang es, den F. zu entfernen, ohne dass der Hymenalring einriss. Ausspülung der Scheide mit schwacher Carbollösung, Tamponade des Introitus mit einem Jodoformgazeausch. Tags darauf linkes Labium sehr stark geschwollen und geröthet, es ragte als Tumor von Apfelgrösse hervor; bei Druck auf dasselbe entleerten sich einige Esslöffel gelben, rahmartigen, geruchlosen Eiters, und der Tumor verschwand. Allgemeinbefinden gut, Temperatur normal. Jetzt nur 2stündlich mittelst kleiner Glasspritze schwach desinficirende Scheidenausspülungen. Nach 1 Woche völlige Heilung. Anamnestisch ergab

sich noch, dass vor 2 Jahren, als die Beschwerden der Pat. gerade ihren Anfang nahmen, ein boshaftes Kindermädchen plötzlich entlassen wurde; dies muss wohl aus Rache die Nadel in die Scheide seines Pfleglings practicirt haben.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 37.)

**Hernien.** Dr. David (Mechernich) erzielte Heilung bei 2 incarcerirten H. durch Eisblase, resp. Aetherspray. Im ersten Falle, wo es sich um einen frisch entstandenen eingeklemmten Hodenbruch handelte und Taxisversuche ohne und mit tiefer Narkose nichts ausrichteten, half eine mehrere Stunden applicirte Eisblase, im zweiten, wo eine eingeklemmte Cruralhernie vorlag und Aufgiessen von Aether ( $\frac{1}{4}$  stündl. 1 Esslöffel) über 2 Stunden lang nichts fruchtete, brachte 2malige Anwendung des Aethersprays den Bruch zum Verschwinden.

(„Die Praxis“ 1896 No. 16.)

— Einen seltenen Fall von Hernie theilt Dr. E. Boross (Budapest, II. chirurg. Universitätsklinik) mit. Im Allgemeinen ergeben sich aus einer Statistik von 1867 Fällen von H. folgende Schlüsse:

1. Die häufigsten sind die homogenen Doppelbrüche, d. i. beiderseitige Leistenhernien oder beiderseitige Schenkelbrüche.
  2. H. und Hydrocelen bestehen häufig gleichzeitig.
  3. Seltener sind die Fälle, wo neben einer Leistenhernie der einen Seite Schenkelhernie der anderen Seite besteht oder eine Combination von Leistenbruch und Nabelbruch oder Schenkelbruch mit Nabelbruch.
  4. Am seltensten treten an derselben Bauchseite verschiedenartige oder 2 gleichartige H. auf.
- B. beschreibt nun folgenden Fall: 46jähriger Pat. bekam vor 20 Jahren an der medialen Fläche des r. Schenkels eine nussgrosse Geschwulst, welche beim Liegen und auf Druck zurückging. Seit 16 Jahren auch der r. Hodensack geschwollen. Unter dem Poupart'schen Bande eine dem r. Schenkelringe entsprechende, faustgrosse, scharf begrenzte, mit normaler Haut bedeckte, bei centripetalem Druck in den Bauchraum

reponirbare Volumvergrösserung. Eine ebensolche, noch grössere Geschwulst im rechten Hodensack, durch den r. Schenkelcanal sich stielartig in den Bauchraum fortsetzend und reponirbar. Die äussere Oeffnung des Leistenkanals, sowie der Schenkelring für die Endphalangen zweier Finger durchgängig. Beide H. frei beweglich und separat reponirbar. Pat. willigte in die Operation nicht ein, die von Prof. Rečzey in folgender Weise geplant war: Operation der Leistenhernie nach Bassini, der Schenkelhernie mit Exstirpation des Bruchsackes und Vernähung mittelst Tabakbeutelnaht; Bildung eines starken Knotens, der durch 2 Seidenfäden an den Schenkelring zu fixiren ist. — Im Anschluss daran wird ein **Fall von Hydrocele** mitgetheilt, interessant 1. wegen der ungewöhnlichen Grösse; 2. weil sie beiderseitig war; 3. weil die linke in den Leisten canal hinaufreichte und deshalb leicht mit einer Hernie zu verwechseln war. 17jähriger Landmann, seit 3 Jahren krank. Der Hodensack vergrösserte sich allmählig, ohne Trauma, ohne Orchitis oder Epididymitis. Hodensack kindskopfgross; beide Hälften gut differenzirbar. Rechts scharfe Begrenzung möglich, links reicht die Hydrocele bis in den Leisten canal. Bei auffallendem Lichte ist ein durchscheinendes, lebhaft fluctuirendes, unten und rückwärts dem Hoden entsprechendes, resistentes Gebilde zu palpiren. Der Hodensack zeigt keine Entzündungserscheinungen und ist medial und besonders hinten stark gespannt, nicht faltbar. Penis kaum sichtbar. Operation: Auftrennung und Exstirpation der Tunica vaginalis beiderseits; Entfernung von 5 Litern Flüssigkeit. Entfernung der Nähte nach 8 Tagen. Heilung per primam.

(Orvosi Hetilap 1896 No. 26. —  
Ungar. medic. Presse 1896 No. 1.)

— **Vorübergehende Glykosurie bei incarcerirten H.** hat Dr. Fr. Neugebauer (Graz, chirurg. Klinik) bei 2 kurz nach einander zur Beobachtung gelangenden Fällen zu constatiren Gelegenheit gehabt. Im ersten Falle handelte es sich um eine kindskopfgrosse Leistenhernie, die 4 Stunden nach der Incarceration zur Operation gelangte; den Inhalt bildete ein 2 m langes Ileumstück, das, da es nirgends gangränverdächtig war, reponirt wurde. Der 2. Fall betraf ebenfalls eine kindskopfgrosse Leistenhernie, bloss aus

Dünndarm gebildet, der gangränös war und in einer Ausdehnung von 90 cm resecirt werden musste. Der Harn beider Pat. vor der Operation enthielt Zucker, nachher verlor sich derselbe sofort und der Urin blieb zuckerfrei. R. Kolisch war es gelungen, durch Unterbindung der Arteria meseraica super., welcher die Bedeutung einer Endarterie für das Jejunum und Ileum zukommt, bei Hunden eine Glykosurie zu erzeugen; die Unterbindung der nur Theile des Dickdarmes versorgenden Arter. meseraica infer. ergab dagegen ein negatives Resultat. Die Zuckerausscheidung war auch nicht die Folge der ausgebreiteten Epithelnekrose, indem die Glykosurie früher eintrat, als jene, und bald aufhörte, trotz erfolgter Nekrotisirung. Kolisch hielt nach diesen Versuchen die Glykosurie für eine alimentäre, hervorgerufen durch Aufhebung der Thätigkeit des Dünndarms, des zuckerassimilirenden Organs. Auch Neugebauer stellte Thierversuche an und fand, dass alle nahe dem Magen angebrachten Darmabschnürungen oder solche, welche viel Dünndarm mit einbeziehen, Glykosurie zur Folge hatten, letztere aber bei Abschnürungen am Ileum oder Dickdarme fehlte. Dies erklärt auch hinlänglich die Thatsache, warum diese Beobachtung beim Menschen noch nicht gemacht worden ist; heftige Einklemmungen so mächtiger Eingeweidemassen, bei denen die oberen, kürzer aufgehängten Dünndarmtheile in die Incarceration mit hineingezerrt werden, sind ebenso selten, als die alleinige Abschnürung einer hochgelegenen Dünndarmschlinge. Also Kolisch's Resultate wurden auf anderem Wege von Neugebauer bestätigt; denn, ob die Dünndarmfunction ausfällt durch die mechanische Behinderung des Eintrittes der Ingesta, oder ob die umsetzende Thätigkeit durch Unterbindung der functionirenden Arteria gehemmt ist, ist für das Wesen der Verdauungsstörung einerlei. Jedenfalls steht fest: Die Incarcerationen oder Abschnürungen des Duodenums, Jejunums allein oder die Incarcerationen von H., bei denen ein grosser Theil des Dünndarms ausgeschaltet wurde, können beim Menschen vorübergehende Glykosurie zur Folge haben. Nach Aufhebung des Darmverschlusses verschwindet die Zuckerausscheidung in wenigen Stunden. Sie hat keinen schädigenden Einfluss auf den Wundverlauf und macht sich, wie Autor



im 2. Falle sah, nicht in schädlicher Weise geltend auf die Narkose und deren Folgen. Im 1. Falle hatte Autor, da ihm die Aetiologie der Glykosurie noch nicht so fest stand, sich vor der Narkose gescheut, und, da die grosse Ausdehnung des Operationsfeldes auch eine locale Anaesthesie nicht gestattete, musste auf beides verzichtet werden. Die Kenntnisse über obige Verhältnisse sind also auch von praktischer Bedeutung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 37.)

### **Intoxicationen. Starke Nebenwirkungen des Antipyrins**

machten sich einer Mittheilung von Aronson zur Folge bei einem Pat. bemerkbar, der gegen Kopfschmerzen in der Apotheke ein Antipyrinpulver (etwa 0,7 gr) erhielt und gleich nach dem Einnehmen mit Niesen und hochgradiger Athemnoth erkrankte. Objectiv constatirte man bei dem blassen, schwer athmenden, stockheiseren Pat., dass der linke Rand der Unterlippe auffallend gedunsen, die Zunge schwer beweglich, der weiche Gaumen hochgradig ödematös, die Gaumenbögen mit der Uvula fast verschmolzen, die hintere Pharynxwand wulstartig aufgetrieben, die Epiglottis geröthet und gedunsen, die linke Nasenhälfte verstopft waren. Unter Schlucken von Eis, später mit Brandy, milderte sich der Zustand und bildete sich in einigen Tagen spontan zurück. Autor führt ihn auf eine vasomotorische Störung, vielleicht auf eine Aetzwirkung des Antipyrins zurück.

(New-Yorker medic. Monatshefte 1896 No. 7.)

- Ueber einen Fall von **Stomatitis ulcero-membranacea** berichtete Dr. Dalché. Jedes Mal 4—8 Stunden nach Einnehmen von 1 gr Antipyrin trat die Affection in typischer Weise auf und verschwand rasch nach Spülungen mit Borsäurelösung und internem Gebrauch von Kal. chloric.

(Soc. méd. des hôp. — Wiener medic. Presse 1896 No. 43.)

- Ueble Nebenwirkungen von **Bismuth. subnitric.** bei interner Verabreichung desselben sah Dr. M. Cohn (Hamburg); nach 3 gr innerhalb von 3 Tagen gegeben, trat eine ausgesprochene Intoxication auf: metallischer Geschmack im Munde, Appetitlosigkeit, schwarzbelegte Zunge

mit grauen Rändern, grauer Saum des Zahnfleisches, stellenweise Epithelverlust der Wangenschleimhaut, Mattigkeit. Autor räth, erst immer mit kleinen Dosen eine Wismuthcur zu beginnen, um zu sehen, ob der Pat. das Mittel verträgt.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 8.)

- Der **Uebergang des Phosphors in den fötalen Organismus**, ein bei Phosphorvergiftungen wichtiger Factor, wurde von Borri (Florenz) experimentell nachgewiesen. Demselben gelang es, bei einem trächtigen Kaninchen, das vergiftet wurde, den Phosphor im Gehirn und in der Leber des Mutterthieres, ebenso gut wie in der Placenta und in den Früchten nachzuweisen.

(Settimana medica 1896 Mai 30. —  
(Centralblatt f. Gynäkologie 1896 No. 38.)

- Die **Aetiologie einer Bleivergiftung**, die Charcot vorstellte, war interessant. Es handelte sich um eine Pat., welche Stengel künstlicher Blumen mit grünem Papier zu umwinden hatte. In letzterem ergab sich bei der Analyse ein beträchtlicher Bleigehalt.

(Soc. de biol. 20. Juli 1896. — Wiener medic. Wochenschrift 1896 No. 43.)

- Eine **Bleivergiftung einer Familie durch Kaffeesurrogat** beobachtete Dr. Florschütz (Cronberg). Sämmtliche 4 Mitglieder einer Familie erkrankten zum Theil mit, zum Theil nach einander unter Krankheitssymptomen, die nicht charakteristisch genug waren, um auf eine bestimmte Erkrankung hinzudeuten, und daher zu Fehldiagnosen (Anaemie, Hysterie, Gastritis) Veranlassung gaben, bis man eine gemeinsame Ursache entdeckte: das benützte Kaffeesurrogat, das in Packetchen verpackt war, die eine Einhüllung von Staniol aufwiesen. Die Packetchen waren mit der Zeit etwas feucht geworden und bildeten mit ihrem Inhalt eine weiche Masse. Sowohl in der Staniol-einhüllung, als auch im Kaffeesurrogate ergab die Untersuchung einen Gehalt an Blei, und nach Vernichtung der Vorräthe trat Heilung bei den Erkrankten ein. Autor ist überzeugt, dass nicht selten die Verpackung unserer Genussmittel zu I. Veranlassung geben mag, die aber oft nicht erkannt werden.

(Der prakt. Arzt 1896 No. 10.)

— **Einen Fall von Benzinvergiftung** beschreibt Dr. Wittbauer (Diaconissenhaus zu Halle a. S.). Ein  $1\frac{3}{4}$ jähriger Knabe trank  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  Stunde vor seiner Aufnahme ins Diaconissenhaus aus einer Benzinflasche eine nicht genau zu bestimmende Quantität und wurde, laut schreiend, auf dem Boden liegend gefunden. Status praesens: Kind völlig bewusstlos, Pupillen ad maximum erweitert, Gesichtsfarbe cyanotisch, Haut kalt, Athmung oberflächlich und beschleunigt, Puls kaum fühlbar. Sofortige Magenausspülung, die solange fortgesetzt wird, bis das Wasser völlig geruchlos abfließt. Dann Einführung eines Tassenkopfes Milch in den Magen durch den Katheter und eine Aetherinjection. Da die Athmung ungenügend bleibt, wird der Knabe in ein lauwarmes Bad gesetzt und kalt übergossen; bei jedem Guss tiefe Inspiration und lautes Stöhnen. Der Zustand bleibt noch besorgniserregend bis zum Abend, dann wird der Puls besser, die Haut warm, die Pupillen reagiren wieder. Urin war spontan entleert worden, enthielt weder Eiweiss, noch Zucker. Temperatur  $38,7^{\circ}$ . Nach sehr unruhiger Nacht macht Pat. einen besseren Eindruck, reagirt auch auf Anrufen. Temp.  $37,5^{\circ}$ , Puls beschleunigt, Stuhlgang nach Glycerinspritze, Urin unwillkürlich ins Bett entleert. Abends wieder Temp.  $39,2^{\circ}$ . An inneren Organen nichts Abweichendes. Milch wird in grossen Mengen vertragen, ebenso Wein gern genommen. Tags darauf ist Pat. klar bei Bewusstsein, die Temp. steigt aber Mittags auf  $40,2^{\circ}$ , ohne dass die Ursache zu eruiren gewesen wäre, speciell lässt sich nichts von Pneumonie nachweisen. Nacht ruhig, Morgens Temp.  $37,7$ , Abends  $38,2^{\circ}$ , Allgemeinbefinden gut, Pat. plaudert und spielt. Von da ab rasche Reconvalescenz, sodass der Knabe nach einigen Tagen entlassen werden kann. — Autor hat die Ueberzeugung, dass die Magenausspülung hier lebensrettend gewirkt hat, da ein Theil des Giftes noch entfernt werden konnte. Merkwürdig war die Temperatursteigerung; wahrscheinlich war daran eine acute Gastritis und leichte Aetzung der Magenschleimhaut schuld.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 39.)

— **2 Fälle von Sublimatintoxication per os** publicirt Dr. Wintzheimer. Der erste betrifft eine 41jährige Frau, die 5 Sublimatpastillen à 1 gr in  $\frac{1}{2}$  Tasse Milch fast aufgelöst hinuntergeschluckt hatte. Ausser den üblichen

Intoxicationserscheinungen stellten sich sehr früh. Erscheinungen der toxischen Nephritis ein, indem bereits der 7 Stunden später entleerte Urin stark eiweisshaltig war und im Sediment zahllose Cylinder aller Art, zerfallene Epithelien und wenig rothe und weisse Blutkörperchen zeigte. Dagegen traten die Darmerscheinungen zunächst vollkommen zurück, und erst nach 5 tägiger Anurie stellten sich Diarrhöen, und zwar profuse, schleimig-blutige ein. Am 10. Tage unter zunehmender Herzschwäche Tod. Im 2. Falle hatte eine 21jährige Kellnerin 2 Sublimatpastillen à 1 gr in  $\frac{1}{8}$  Liter Wasser aufgelöst und getrunken. Hier kam es sofort zu Durchfällen, wogegen der Harn wenig Veränderungen zeigte. So blieb es auch bis zur Genesung, die in 4 Wochen zu Stande kam. — Das alternirende Verhalten der Intensität der Darm- und Nierenerscheinungen ist bereits früher bei Quecksilbervergiftungen festgestellt worden und ist praktisch wichtig in Bezug auf die Prognose. Auch ist experimentell erwiesen, dass bei acuten Quecksilberintoxicationen der grösste Theil des eingeführten Giftes durch den Darm ausgeschieden wird; treten die Darmentleerungen schnell ein, so ist anzunehmen, dass die Ausscheidung schneller vor sich geht, als wenn sie erst später sich ausbilden. In letzterem Falle wird das Gift auf anderem Wege, besonders durch die Nieren viel langsamer ausgeschieden. Autor schlägt deshalb folgende Therapie vor. 1. Sofortige Anwendung der Magenpumpe bis zum völlig klaren Abfliessen der Spülflüssigkeit, Genuss grosser Mengen Milch und von rohem Hühnereiweiss. 2. Energetische Anregung der Darmthätigkeit durch Ol. Ricini, esslöffelweise mehrmals täglich, Wasserklystiere etc. 3. Anregung der Diurese durch Coffein, diuretische Wässer, Molken und vor allen Dingen durch täglich 2 Mal ausgeführte subcutane Kochsalzinfusionen, wobei es gut ist, ausser dem Chlornatrium noch Natr. carbonic. im Verhältniss von 1 : 2000 zuzusetzen, um die Alkalescenz des Blutes zu erhöhen. Zu dieser causalen Behandlung kommt dann noch die symptomatische des Tenesmus, Collapses der Stomatitis etc. Namentlich gilt es hier, der Wasserverarmung des Körpers entgegenzuarbeiten.

(Inaug.-Dissert. Würzburg 1896. — Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1896 No. 21.)

— **Vergiftungserscheinungen nach Darreichung von Prostataextract** beobachtete Dr. Marcinowski (Siegmar) bei einem 60jährigen kräftigen, aber an hochgradiger Prostatahypertrophie leidenden Manne. Gegen letztere wurden Prostatatabletten (Hoffmann, Traub & Co., Basel), 1 Stück täglich gegeben. Nach 7 Tagen Kopfschmerzen und Schwindel, welche Symptome nach Aussetzen des Mittels schwanden. Nach einer Woche die gleiche Medication, am 2. Tage aber bereits wieder die gleichen Symptome. Trotzdem liess Autor jetzt 2 Tabletten täglich nehmen, was aber bereits am 3. Tage eingestellt werden musste, da Pat. sich kaum auf den Beinen halten konnte, schwankte, wie betrunken war, kribbliches Gefühl in den Füßen hatte. Nach Aussetzen des Mittels gingen die Erscheinungen in 48 Stunden zurück. Ein Einfluss auf die Prostatataffection war nicht zu eruiren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 44.)

**Mastitis.** Ueber eine **Mastitisepidemie** berichtet H. W. Freund aus der Strassburger Hebammenanstalt, wo innerhalb 17 Tagen sämtliche 6 Wöchnerinnen eines Saales an M. erkrankten, ohne dass zunächst Quelle und Natur der Infection, sowie die Art der Uebertragung klar geworden wären. Die bakteriologische Untersuchung erst verschaffte Klarheit. Im Eiter des 2. Falles fand sich nämlich neben dem *Staphylococcus pyogenes albus* ein Pilz, welcher als *Micrococcus tetragenus* angesprochen wurde. Letzterer kommt neben anderen Pilzen im Munde vor, insbesondere bei Mundkrankheiten, und ist auch von Monnier als Mastitiserreger nachgewiesen worden. Es stellte sich heraus, dass ein am Vorabend der Erkrankung der Wöchnerin 2 in die Anstalt aufgenommener Säugling, dessen Mutter in einer inneren Abtheilung lag, an einer sehr schweren Form von Stomatitis aphthosa erkrankt war. Das hungrige Kind war auf Bitten der mit Nahrung überreich gesegneten Wöchnerin 2 von der Wache habenden Schülerin an jene angelegt worden. Etwa 10 Stunden später documentirte sich die schwere Infection bei der Nährerin durch Schüttelfrost, Krämpfe etc. (s. unten). 8 Tage nach diesem Ereigniss fand sich im Munde dieses Säuglings Material zum Impfen genug. Neben *Leptothrix* wurden Streptokokken

und besonders reichlich *Staphylococcus pyogenes albus* gefunden; eine damit inficirte Maus starb nach 2 Tagen, und in ihren Organen fand sich wiederum *Staphylococcus pyogenes albus* in Reincultur. Derselbe Pilz fand sich im Eiter sämtlicher anderer Fälle. Von Wöchnerin 2 wurden dann die übrigen inficirt, höchstwahrscheinlich durch Luftübertragung. Die Wöchnerinnen inficirten nun sämtlich ihre Kinder mit Aphthen (von 26 Kindern der Anstalt erkrankten nur diese daran). Die Staphylokokken sind in allen Fällen bei intacter Haut in diese und in die Oeffnungen der Milchcanälchen eingedrungen und riefen phlegmonöse M. hervor, welche, auf der Haut beginnend, alle Schichten und Gewebe der Brustdrüse ergriff. Als prophylaktisches Mittel bewährte sich bei den in den anstossenden Räumen liegenden Wöchnerinnen allein das Sublimat in 5—2<sup>0</sup>/<sub>100</sub>iger Lösung, welches Autor seitdem auch zum Coupiren beginnender M. erfolgreich verwendet hat. — Interessant war noch sonst der Fall 2, den Autor folgendermaassen beschreibt: „2 Tage nach dem Wiedereintritt dieser Wöchnerin begann eine 19jährige Person, welche 3 Tage zuvor zum 1. Male spontan niedergekommen war, zu fiebern. In der Nacht grosse Unruhe, früh 8 Uhr 37,8°, Genitalien normal, die grossen Mammae strotzend gefüllt. Warzen schlecht entwickelt, ohne Schrunden. Um 11 Uhr früh ein heftiger, über 1 Stunde anhaltender Schüttelfrost. Darauf Fieber bis 40°, Puls sehr frequent, regelmässig, nicht gespannt. Zugleich traten unter mässiger Benommenheit des Sensoriums eigenthümliche Krampfanfälle auf; Pat. schrie jedes Mal vor den alle 5 Minuten erfolgenden Attaquen laut auf und verrieth dabei mehr Angst als Schmerz. Arme und Beine wurden einmal angezogen, dann aber wieder wie bei rudimentären Tetanusanfällen stossend geschleudert, während der Rumpf nur selten auf der Höhe des Anfalles gehoben und gestreckt wurde, die Kiefer auf einander gepresst erschienen. Im Ganzen dauerten die Anfälle  $\frac{1}{2}$  Stunde. Der Urin eiweissfrei. Für Eklampsie fehlten alle Zeichen, hysterisch oder nervös war Pat. in keiner Weise, um Anaemie oder Delirien handelte es sich nicht. Die Krankheit machte vielmehr den Eindruck einer schweren Infection oder Intoxication. 2 gr Chloralhydrat per rectum beruhigten die Pat. so weit, dass bis Nachmittags 5 Uhr kein Anfall mehr auftrat.

Pat. lag matt und theilnahmslos da, deutlich nicht klar über ihren Zustand, gab karge, aber richtige Antworten und behielt Eismilch bei sich, während sie im Beginn der Erkrankung heftig erbrochen hatte. Um 5 Uhr wiederholten sich die Anfälle, wenn auch schwächer, wie früh, verschwanden nach einer Viertelstunde und traten weiterhin nicht mehr auf. Schon früh hatte Pat. auf Befragen auf die Brüste als Sitz der Schmerzen gedeutet. Dieselben zeigten sehr bald eine scharlachartige Röthung, die nach den Warzen hin etwas intensiver war und auf Fingerdruck nicht vollständig verschwand. Schon leichter, oberflächlicher Druck, besonders aber das Aufheben einer Hautfalte war schmerzhaft. Die vorher hängenden Brüste richteten sich auf und fühlten sich ausnehmend steif und hart an. Dieser Zustand blieb in den nächsten 8 Tagen unverändert; Blasenbildung auf der Haut oder ein Weiterkriechen der Röthung, wie beim Erysipel, erfolgte nicht. Das Kind war noch 2 Mal nach dem Schüttelfrost angelegt worden, dann versiegte die Milch sehr rasch. Die Temperatur hielt sich auf mittlerer Fieberhöhe, das Allgemeinbefinden war mässig gut, die Genitalorgane blieben untheiligt. Trotzdem ein Abscess in den Brüsten nicht nachweisbar war, wurde Pat. in die chirurg. Klinik verlegt, wo man Anfangs auch an ein Erysipel dachte, nach 2 Tagen aber Fluctuation rechterseits nachwies und einen grossen Eiterherd eröffnete. Nach wenigen Tagen ebenso an der linken Brust. Heilung.“

(68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, September 1896. — Centralblatt f. Gynäkologie 1896 No. 41.)

- Einen Fall von *M. interstitialis* beim Manne theilt Oberstabsarzt Dr. Düms (Leipzig) mit. Der kräftige Mann, der früher nie eine geschwollene Brust gehabt haben will, erhält einen Bajonettstoss gegen die rechte Brustseite, die in der Folge wohl schmerzhaft wurde, aber ihn im Dienst zunächst nicht störte. Erst nach einigen Wochen werden die Schmerzen hochgradiger, auch örtlich mehr begrenzt, und zwar besonders dann, wenn der Tornisterriemen stärker gedrückt hat. Es entwickelt sich Schwellung der Brustdrüse. Nach 3 Monaten, als die geschwollene Brust das Tragen der Kleidung nicht mehr zulässt, meldet sich der Pat. krank. Rechte Mamma faustgross, in ihrem Aussehen einer mässig

entwickelten weiblichen Brust gleichend; Brustdrüse deutlich begrenzt, Lappchenbildung abzutasten; Haut darüber normal, ebenso Brustwarzen. Auf hydropathische Umschläge Verschwinden der Schmerzen, aber nicht der Schwellung. Diese wird zunächst noch so belassen, als aber nach Monaten noch keine Spur von Rückbildung sich bemerkbar macht und die Beschwerden immer heftiger werden, Entfernung des Tumors, der, wie die Untersuchung ergibt, nur die Erscheinungen einer interstitiellen Entzündung mit vorwiegender bindegewebiger Wucherung aufweist. Die exstirpierte Mamma wog 42 gr.

(68. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte, Sept. 1896. — Monatschrift f. Unfallheilkunde 1896 No. 10.)

**Obstipatio.** Ein einfaches Massageinstrument für Bauchmassage giebt Dr. Steinhardt (Namslau) an. Die bisher dafür empfohlenen Eisenkugeln sind für die Praxis zu theuer, dann ist das starke Wärmeleitungsvermögen nicht angenehm und ausserdem kann das Gewicht nicht den Umständen gemäss modificirt werden. Autor liess beim Drechsler eine hohle, aus 2 mit einander verschraubbaren Hälften bestehende, möglichst dünnwandige und polirte Kugel aus hartem Holze, Buche oder Ahorn, anfertigen. Die Hohlkugel von 10 cm äusserem Durchmesser wird nun mit einer nach der Dicke der Bauchdecken und anderen subjectiven und objectiven Momenten jedes Mal individuell bestimmten grösseren oder geringeren Menge von Bleischrot stärksten Calibers oder Rehposten nicht ganz, sondern höchstens etwa zu  $\frac{5}{6}$  gefüllt. Die Kugel ist billig (etwa 2 M.), kühlt nicht und ihr Gewicht kann je nach der Füllung regulirt werden, wobei noch in Betracht kommt, dass die kleinen, durcheinander rollenden Bleikugeln eine vibrirende Bewegung der ganzen Kugel zu Stande bringen, die nicht gleichgültig ist für die Wirkung. Letztere war eine durchaus befriedigende, wenn das Verfahren genau geübt wurde. Der Pat. muss früh nüchtern, unmittelbar vor dem Aufstehen, womöglich jedes Mal zu derselben Stunde, täglich  $\frac{1}{4}$  Stunde lang abwechselnd in mehrfachem Turnus folgende Bewegungen machen: einmal wird die Kugel ganz regellos nach allen Richtungen hin über den ganzen Bauch gerollt,



sodann wird sie mehrmals nach einander von der Coecumgegend aus nach oben bis zum Rippenbogen, von hier über das Epigastrium quer hinüber und vom linken Rippenbogen nach abwärts zur Spina ilei und endlich unten quer hinüber zum Ausgangspunkt zurück gerollt, endlich wird die Kugel etwas erhoben, aber nur so weit, dass sie sich nicht von den Bauchdecken entfernt, und wieder herab fallen gelassen.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 70.)

— Als beste Verabreichungsweise des Ricinusöls ist bei den Arabern folgende in Gebrauch: Man giesst 15 bis 20 gr davon in ein Glas Milch und erwärmt die Mischung unter öfterem Umrühren. In wenigen Minuten erhält man so eine Emulsion, die man mit Syr. cort. aur. versüsst. Man schmeckt jetzt das Oel gar nicht mehr heraus und dasselbe scheint in dieser Form wirksamer zu sein, als das reine Oel, sodass 15—20 gr bei einem Erwachsenen genügen.

(Wiener medic. Presse 1896 No. 33.) ㊦

— Verordnungsweise von Ol. Ricini nach Dr. Rózsás (Nagy-Czenk):

**Rp.**

*Saccharin. 0,1*  
*Solve in Ol. Ricini 50,0*  
*Ol. Ment. pip. gtt. II.*

S. Esslöffelweise.

(Wiener medic. Wochenschrift 1896 No. 33.)

**Sterilität.** Einen Beitrag zur Behandlung der weiblichen St. liefert Dr. H. Levy (Berlin). Eine 27jährige Arbeiterfrau, 3 Jahre verheirathet, hatte wegen des Ausbleibens einer Gravidität Differenzen mit ihrem Mann, welche die sonst glückliche Ehe trübten und sie fortwährend zu Aerzten trieb. Mehrere Gynäkologen hatten die Frau bereits für gesund erklärt und ihr gesagt, eine Behandlung sei deshalb überflüssig. Auch der Autor fand Alles normal, nur eine kleine, leicht spitzwinklige Anteflexio uteri war vorhanden, die aber eine Behandlung durchaus nicht indicirte. Nachdem Autor den Ehemann

untersucht (er mahnt, dies immer zu thun, auch wenn bei der Frau selbst sich ebenfalls pathologische Befunde ergeben, damit der letzteren nicht event. unnöthige Hoffnungen gemacht werden) und lebensfähige Spermatozoën gefunden hatte, leitete er eine Pessarbehandlung ein, und zwar in der Absicht, dadurch psychisch einzuwirken. Als die Pat.  $\frac{1}{2}$  Jahr das Pessar getragen, kam sie sehr deprimirt wieder, weil noch keine Aussicht vorhanden sei. Der Befund war derselbe. Autor schlug ihr vor, da sie auf weitere Behandlung rechnete, in Narkose eine Discision des Muttermundes vorzunehmen, bei sich aber hatte er nur die Absicht, die Narkose einzuleiten, sonst aber nichts zu machen. Aus äusseren Gründen wurde aber auch dies verschoben. Doch  $\frac{1}{4}$  Jahr später erschien die Frau erfreut wieder, sie war gravid und schob dies der Pessarbehandlung zu. Der Fall lehrt, dass man solche Frauen nicht einfach mit Tröstungen entlassen soll, sondern scheinbar activ auftreten muss, um psychischen Effect zu erzielen. Will man in der Praxis elegans nicht local vorgehen, so greife man zu einer Badereise, deren psychischer Effect oft wirklich eintritt, in der ärmeren Clientel suche man durch einfache, ungefährliche Maassnahmen, wie die Pessarbehandlung war, zu der hier eine scheinbare Indication ja vorlag, die Pat. zu beeinflussen. Als obige Pat. Abwechselung verlangte, schlug ihr Autor einen operativen Eingriff vor, der, obwohl hier gar nicht ausgeführt, doch insofern jedenfalls wirkte, als die Frau Zuversicht erhielt, ihr Leiden geheilt zu sehen, wodurch Disharmonieen in der Ehe wahrscheinlich ausgeglichen wurden und für beide Theile die erforderliche Befriedigung wiederkehrte. Nur gehe man nicht bei jeder geringen Indication wirklich operativ vor! Hätte Autor hier die Discision ausgeführt, so wäre bei der 3 Monate später eingetretenen Conception die Wirkung des Eingriffes scheinbar eine eclatante gewesen.

(Zeitschrift für prakt. Aerzte 1896 No. 16.)

- Dass kein ätiologischer Zusammenhang zwischen St. und Myomen besteht, zeigen neuere grosse Untersuchungsreihen von Prof. Hofmeier, der schon früher darauf hingewiesen, dass St. nicht durch vorhandene Myome bedingt sein kann. Der Factor, welcher das relative

Ueberwiegen der Myomkranken mit primärer und erworbener Unfruchtbarkeit über den allgemeinen Procentsatz solcher Frauen bedingt, ist derselbe, welcher auch das relative Ueberwiegen der unverheiratheten Myomkranken bedingt. Während nämlich der Procentsatz der Unverheiratheten im Ganzen  $252:2220 = 11,3$  beträgt, ist der der unverheiratheten Myomkranken zur Gesamtzahl derselben  $68:327 = 20,8$ . Mit anderen Worten: bei der Häufigkeit der Myome überhaupt ist das Fibromyom an sich oder mit seinen Folgeerscheinungen bei Frauen, die nicht oder nur 1 Mal geboren haben, eine die anderen Ursachen an Häufigkeit erheblich überwiegende, welche sie zum Gynäkologen führt. Ein Einfluss der Myome aber auf die Verhinderung oder Verminderung der Fruchtbarkeit besteht nicht oder ganz ausnahmsweise. Und er besteht um so weniger, da die Myome weitaus am häufigsten erst in den Lebensjahren auftreten, in denen die Periode der grössten Fruchtbarkeit vorüber ist. Wie gering der Einfluss der Myome auf die Conception thatsächlich ist, zeigen wieder 4 Beobachtungen, die der Autor anführt. 3 Frauen concipirten trotz grosser Myome in den ersten Monaten und Wochen ihrer Ehe, die vierte noch einmal in ihrem 49. Jahr zum 8. Mal. Also myomkranke Frauen, wenn sie nur sonst in der Lage sind zu concipiren, können ohne jede Schwierigkeit schwanger werden! Wenn dies bei so grossen Myomen der Fall ist, wie es die 4 Beispiele zeigen, wie sollen da kleinere die Schwangerschaft hindern? Dass die entgegengesetzten ärztlich geäusserte Ansichten in der Praxis schwerwiegende Folgen haben können, zeigen Fälle, wo Eheleute, die Grund hatten, auf Kindersegen zu verzichten, auf Grund ärztlicher Aussprüche, myomkranke Frauen concipirten nicht, die Vorsichtsmaassregeln ausser Acht liessen, Kinder bekamen und dann dem Arzte Vorwürfe machten. Autor führt Beispiele an, wo  $1\frac{1}{2}$ faustgrosse Myome weder die schnelle Conception, noch den normalen Verlauf der Schwangerschaft und Geburt verhinderten. 3 der Fälle bewiesen auch die von Löhlein hervorgehobene Thatsache, dass auch erhebliche Myome unter dem Einfluss des Wochenbetts vollkommen verschwinden können; die  $1\frac{1}{2}$ faustgrossen Tumoren verkleinerten sich nach den Geburten allmähig so, dass sie

nach Verlauf von 1 Jahr, resp. etwas später fast gar nicht mehr zu entdecken waren.

(68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, September 1896. — Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 43.)

**Tetanus.** Die therapeutische Wirksamkeit des Paraldehyd bei traumatischem T. trat, wie Z. Schabad berichtet, bei einem Fall eclatant hervor. Es handelte sich um einen 11jährigen Pat., der im Verlaufe von 10 Tagen 66 gr Paraldehyd (pro die 2—4—8 gr) erhielt, welche keinen schädigenden Einfluss ausübten, dagegen die Erscheinungen des traumatischen T. vollständig behoben, sodass der Knabe gesund entlassen werden konnte.

(Medicinskoje Obozrenje 1896 No. 9. — Litteraturbeilage zur St. Petersburger medic. Wochenschrift 1896 No. 8.)

— **Tetanusantitoxin für die Anwendung in der Praxis** kündigung Behring und Knorr mit folgenden Worten an: „Das gegenwärtig unter unserer Mitwirkung von den Farberwerken Höchst a. M. hergestellte Tetanusantitoxin zeigt auch bei schon ausgebrochenem T. inficirter Meerschweine und Mäuse unzweifelhafte Heilwirkung. Und zwar ist dieselbe noch erheblich deutlicher, als der eine von uns (Knorr, Habilitationsschrift, Marburg 1895) von dem früher untersuchten Präparate mitgetheilt hat. Die Heilwirkung ist sowohl bei parasitärer, wie bei toxischer Infection zu constatiren. Auch in einem Pferdeversuch ist bei ausgebrochenem T., als schon beträchtliche Tetanusgiftmengen im Blute nachweisbar waren, mit dem jetzigen Präparat schnelle Heilung erzielt worden. Der Vorrath von diesem Präparat reicht für eine grössere Zahl von Tetanusfällen aus, sodass wir es an der Zeit halten, dasselbe der Oeffentlichkeit zu übergeben. Die Controlle über den Wirkungswerth und über die experimentell zu prüfende Unschädlichkeit des Tetanusantitoxins soll von dem staatlichen Institut für Serumprüfung in Steglitz ausgeübt werden, von wo aus die entsprechenden Mittheilungen durch Prof. Ehrlich erfolgen werden. Die Berechnung des Antitoxinwerthes wird in Normalantitoxineinheiten ausgedrückt. Die Werthbestimmungsmethode ist genau beschrieben in Behring's Blutserumtherapie II und in den Verhandlungen der Physiolog. Gesellschaft in Berlin (Sitzungsbericht vom

13./I. 1893), ferner in der Habilitationsschrift von Knorr (1895 bei Pfeil, Marburg). Die Höchster Farbwerke werden vorläufig 2 Präparate ausgeben, eines in trockenem Zustande und ein zweites in Lösung. Das erstere soll zu therapeutischen Zwecken bei schon ausgebrochenem T. des Menschen und der Pferde dienen, das zweite zur prophylaktischen Behandlung. 1. Trockenes Präparat, ist ein Tet. A. N.<sup>100</sup>, d. h. ein 100faches Tetanusnormalantitoxin, von welchem 1 gr 100 Antitoxin-normaleinheiten enthält. Dasselbe wird verabfolgt in Fläschchen à 5 gr, also enthaltend 500 Antitoxinnormaleinheiten. 500 Antitoxinnormaleinheiten repräsentiren die einfache Heildosis für den Menschen und für Pferde, welche vor dem Gebrauch in 45 ccm sterilisirtem Wasser von höchstens 40° C. aufgelöst und auf einmal eingespritzt werden soll. Bei Pferden rathen wir zu intravenöser Injection. Die volle Antitoxinwirkung kommt nämlich bei intravenöser Einspritzung ungefähr 24 Stunden früher zur Geltung, als bei subcutaner Einspritzung. Auch beim Menschen ist von der intravenösen Injection ein besserer und schnellerer Heilerfolg zu erwarten. Wenn dieselbe aus äusseren Gründen nicht ausführbar ist und wenn an ihrer Stelle die subcutane Injection gewählt werden muss, dann kann ein günstiger Erfolg in acut verlaufenden Fällen nur in Aussicht gestellt werden, wenn die Behandlung vor Ablauf der ersten 36 Stunden nach Ausbruch des T. vorgenommen wird. Es empfiehlt sich daher, dass in grösseren Krankenhäusern und an solchen veterinär-ärztlichen Instituten, in welchen von unserem Tetanusheilmittel Gebrauch gemacht werden soll, dasselbe vorräthig gehalten wird. Der Zeitraum, welcher auch bei schleuniger Bestellung und Expedition des Mittels für die Behandlung verloren geht, ist durch höhere Dosirung noch weniger auszugleichen, als das beim Diphtheriemittel der Fall ist. Der in der Regel in den Wundstarrkrampffällen nachzuweisende inficirende Fremdkörper ist, trotz der specifischen Allgemeinbehandlung, zu entfernen und die Wunde zu reinigen, um die fortschreitende Giftproduction zu verhindern. 2. Gelöstes Tetanusantitoxin ist ein Tet. A. N.<sup>5</sup>, d. h. ein 5faches Normalantitoxin, von welchem 1 ccm 5 Antitoxinnormaleinheiten enthält. Dasselbe wird verabfolgt in Fläschchen à 5 ccm. Von dieser Tetanusantitoxinlösung sollen nach solchen Verletzungen, die

den Tetanusausbruch befürchten lassen, 0,5—5,0 ccm subcutan eingespritzt werden. Die Dosirung ist hauptsächlich abhängig zu machen von der Zeitdauer, welche nach der Verletzung vergangen ist. Ist seit der muthmaasslichen Verletzung längere Zeit verstrichen, so kann die vollständige Verhütung von Tetanus-symptomen nicht mit Sicherheit erwartet werden. Jedoch ist dann, auf Grund der Thierexperimente, zu erwarten, dass der Krankheitsverlauf gutartig und die Prognose durchaus günstig ist. Soll vor einem operativen Eingriff, nach welchem erfahrungsgemäss nicht selten T. eintritt, beispielsweise vor der Castration von Thieren, eine prophylaktische Einspritzung gemacht werden, so genügen schon 0,2 ccm von dieser Antitoxinlösung zur Erlangung des Tetanusschutzes. Wir hoffen, auf Grund nicht bloss von Thierversuchen, sondern auch von Einzelbeobachtungen an mit Antitoxin behandelten tetanuskranken Menschen, dass der Procentsatz der Sterbefälle, wenn genau nach unserer Vorschrift verfahren wird, erheblich heruntersetzt werden wird. Indessen kann erst durch eine grosse Zahl von Beobachtungen ein sicheres Urtheil über den Heilwerth unseres jetzigen Antitoxinpräparats gewonnen werden. Wir fügen noch hinzu, dass 1 gr dieses Präparats 100 Mal mehr wirksame Substanz enthält, als 1 ccm desjenigen Tetanusserums, welches früher von uns beschrieben und unentgeltlich abgegeben wurde. Zur Ausgabe des 2. Präparats (Antitoxinlösung) für die prophylaktische Behandlung haben wir uns entschlossen in Folge der ausgebreiteten Anwendung des Tetanusantitoxins zur Immunisirung von Thieren in Frankreich, wo die Ergebnisse als sehr günstig geschildert werden. Das flüssige Präparat ist vor dem Verderben durch Luftkeime geschützt durch einen Phenolzusatz. Das feste Präparat dagegen enthält keinen antiseptischen Zusatz; es ist eingetrocknetes Serum, von welchem die Erfahrung gelehrt hat, dass es in gut geschlossenen Gefässen vollständig steril bleibt und seinen antitoxischen Werth unbegrenzt lange Zeit unverändert beibehält. Wird es aber gelöst, so ist die Lösung, wie jede andere Eiweisslösung, fäulnissfähig. Zur Conservirung der Lösung für kürzere Zeit kann ein Zusatz von Chloroform (1 0/0) empfohlen werden.“ Schliesslich wird noch hervorgehoben, dass die Dosirung noch keine endgültige ist, sondern erst in der Praxis

sich genauer ergeben wird, endlich dass eine einfache Heildosis 30 M. kostet.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 43.)

**Tuberculose.** Einen Fall von acuter apyretischer Phthise beschreibt Samuel West. Ein 20jähriger Mann, früher immer gesund, wurde mit den Symptomen einer linksseitigen Pleuritis aufgenommen. An der linken Spitze verstärkter Fremitus; im Sputum Tuberkelbacillen. Im weiteren Verlauf, während zweier Monate, machten sowohl die physikalischen Symptome, als auch der allgemeine Verfall des Pat rapide Fortschritte: es entwickelte sich ausgebreitete Dämpfung vorn von der Clavicula bis in die Axilla, rückwärts in der Fossa suprascapularis, überall Rasselgeräusche, rauhes Athmen, verlängertes Expirium, reichlich Tuberkelbacillen. Es schien sich um galoppirende Phthise zu handeln und man dachte an nahen Exitus. Da besserte sich der Zustand und ging allmählig in einen chronischen über, worauf Pat. das Spital verliess. Das Merkwürdigste aber war, dass die Temperatur während der ganzen Zeit (11 Wochen) bis auf eine einzige Ausnahme, wo sie 38,3° erreichte, normal blieb, was bei einer so progredienten Phthise, wo ja der Grad des Fiebers sogar als Maassstab für die Entwicklung des Leidens gilt, ganz ungewöhnlich ist.

(British med. Journal, 29. August 1896. — Wiener klin. Rundschau 1896 No. 39.)

— Tuberculöse Veränderungen in adenoiden Vegetationen fand Brindel auffallend häufig, unter 64 Fällen 8 Mal. Dass solche vorkommen, wusste man, aber eine derartige Häufigkeit war bisher nicht bekannt und verdient gewiss volle Beachtung.

(Revue de laryng. 1896 No. 30/31. — Centralblatt f. Chirurgie 1896 No. 44.)

— Dr. Jadassohn demonstriert eine sehr unscheinbare Form von Hauttuberculose. Die 60jährige Pat. ist immer frei gewesen von irgend welchen Manifestationen von T., und auch zur Zeit lässt sich weder an inneren Organen, noch sonstwo T. entdecken. Seit einigen Wochen bemerkte aber die Pat. eine kleine Blatter an der Oberlippe, die sie wiederholt abkratzte. Jetzt fand sich unter einer Borke ein ganz ober-

flächlicher, etwa linsengrosser Substanzverlust mit scharfem, nicht erhabenem, leicht geröthetem Rande und sehr schwach körniger Oberfläche. Da bei seitlicher Palpation eine relativ derbe Infiltration zu fühlen war, wurde an ein Cancroid resp. Ulcus rodens gedacht und ein Randstreifen zur mikroskopischen Untersuchung excidirt. Diese ergab keine Spur epithelialer Wucherung, dagegen waren in dem diffus infiltrirten Gewebe einzelne typische Tuberkel mit Riesenzellen zu finden. Daraufhin Tuberculinjectionen; bei  $\frac{1}{2}$  mg keine, bei  $1\frac{1}{2}$ —3 mg charakteristische locale Reaction bei einer Temp. von in maximo  $39,4^{\circ}$ . An anderen Organen keine Reaction. Auf Grund dessen, sowie der histologischen Untersuchung war die Diagnose klar. Von Lupus oder Tuberculosis miliaris cutis konnte zwar keine Rede sein, es handelt sich um eine jener tuberculösen Ulcerationen, welche so wenig die Zeichen der T. darbieten, dass nur die histologische Prüfung sie diagnosticiren lässt. Das Gebiet der tuberculösen Hauterkrankungen ist jedenfalls ein viel weiteres, als man gewöhnlich annimmt, wie dieser Fall zeigt, der ausserdem noch dadurch interessant ist, dass im hohen Alter bei einem nicht tuberculösen Menschen eine locale T. auftrat, die wahrscheinlich durch Inoculation von aussen entstanden ist, wobei, war allerdings nicht zu eruiren.

(Medicin. Section der Schles. Gesellschaft f. vaterländische Cultur.  
Breslau, 26. Juni 1896. —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 84.)

- Eine Heilung localer Hauttuberculose durch Stauungs-  
hyperämie (Bier'sche Stauung) hat Dr. G. Wolters-  
dorf (Greifswald) an sich selbst beobachtet. Gelegentlich  
einer Mai 1892 ausgeführten Section eines Phthisikers  
brachte er sich während des Zerlegens der kranken Lungen  
eine Schnittwunde in der Haut über dem 1. Inter-  
phalangealgelenke am 4. Finger der linken Hand  
bei. Die kleine Wunde heilte schnell und reactionslos,  
nach 10—12 Wochen aber entstanden 2 rothe Knötchen  
dasselbst, deren Zahl sich im Laufe einiger Monate ver-  
mehrte und aus welchen sich allmählig das typische Bild  
eines „Leichentuberkels“ entwickelte. Etwa 6 Monate  
nach der Infection war die erkrankte Parthie über  
markstückgross geworden, worauf ein Stillstand eintrat.



Die Bewegung des 1. Phalangealgelenks war behindert und schmerzhaft, es stellte sich weiterhin Lymphdrüsenanschwellung an der Extremität ein. Im Sommer 1893 bestätigten Prof. Heidenhain und Prof. Peiper die Diagnose und riefen dringend zur Entfernung des Krankhaften. Der Eingriff wurde aber immer wieder verschoben, Ung. Hydrarg. ciner., Sublimatlösung, Kreosot angewandt, aber ohne Erfolg. Da verlobte sich Autor Ende Mai 1894 und zog auf den erkrankten Finger den Verlobungsring, was nur mit Mühe und unter Schmerzen geschah, da er für den verdickten Finger entschieden zu eng war. Da schon dachte Autor an die Bier'sche Stauung als Heilmittel. Wenn er den Ring anlegte, wurde der Finger leicht cyanotisch und kühl. Der Ring wurde Anfangs immer nur kurze Zeit ertragen, erst nach einigen Wochen dauernd. Jetzt heilte die T. im Verlaufe von 3—4 Monaten ohne jede weitere Medication vollständig aus, sodass bereits September 1894 nur noch Spuren der Erkrankung in Gestalt kleiner weisser Narbenflecke sichtbar waren, die auch bald verschwanden, sodass heute nichts mehr zu erblicken ist. 2 Jahre lang hatte die Affection allen Maassnahmen getrotzt! Also zweifellos ein Erfolg der Stauung durch das Ringtragen. Bis heute, d. h. 2. Jahre, ist kein Recidiv zu verzeichnen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 41.)

**Tumoren.** Die Opium-Cocainbehandlung des Carcinoms empfiehlt auf Grund zahlreicher Erfahrungen Dr. Herbert Show (Cancer Hospital in London). Die beiden Medicamente leisten ja bei übermässigen mit Nahrungsmangel verbundenen Anstrengungen, sowie bei den analogen Zuständen, wie sie durch langwierige, erschöpfende Krankheiten hervorgerufen werden, zur Aufrechterhaltung der Lebenskräfte wesentliche Dienste. Autor wandte das Opium in der Krebsbehandlung zunächst in der Absicht an, die Kräfte des Pat. möglichst zu erhalten, überzeugte sich aber nach und nach, dass das Mittel auch eine überraschende Wirkung hinsichtlich der Bekämpfung der gesteigerten Zellproliferation besitzt, und so ist es auch gelungen, bei Personen, die sonst innerhalb weniger Monate ihrem Leiden erlegen wären, das Leben um mehrere Jahre zu verlängern und während dieser Zeit beschwerdefrei zu gestalten. Später wurde

dem Opium noch salzsaures Cocain zugefügt (von 0,03 gr 3 Mal tägl. allmählig steigend bis 0,06 pro dosi), und so wurde unter günstigen Verhältnissen ein der Heilung sich sehr nähernder Grad von Besserung erzielt. Neben seiner Eigenschaft, das Nervensystem zu kräftigen, besitzt das Cocain noch nützliche Wirkungen, indem es das Schwächegefühl nicht aufkommen lässt und weiter örtliche anästhesirende Wirkung zeigt. Erstere Eigenschaft erweist sich bei Carcinoma ventriculi, uteri etc. als nützlich, letztere bei Epitheliom der Zunge, der Mundhöhle und des Pharynx. Jeder operirte Krebskranke sollte, sofort nach Beginn der Reconvalescenz, ebenfalls dieser Behandlung unterzogen werden. Besonders günstige Resultate wurden bei Mammacarcinom erzielt, wie die beigegebenen Krankengeschichten beweisen; innerhalb von 2—3 Monaten wurden sehr ermutigende Resultate erzielt, ebenso wie auch bei anderen Carcinomen die Erfolge recht befriedigende waren, nicht nur in Bezug auf das Allgemeinbefinden, sondern auch auf das locale Schrumpfen der T.

(Therap. Wochenschrift 1896 No. 38.)

- Ueber die Behandlung von 5 malignen Tumoren mit dem Erysipelserum von Emmerich-Scholl macht Prof. R. v. Jaksch (Prag) Mittheilung. Ein therapeutischer Effect wurde nie erzielt, die T. wuchsen vielmehr rapid weiter, es kam in Folge der Injectionen zu heftigen Schüttelfrösten, Exanthenen, 1 Mal zu schwerer Nephritis. Autor kann daher die Methode keinesfalls empfehlen, wenn er auch zugiebt, dass der eingeschlagene Weg der richtige ist und trotz der vorliegenden Misserfolge zweifellos zum Ziele führen wird.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chir. I, 3, 1896.)

- Einen Fall von hochgradiger allgemeiner Melanose bei melanotischem Sarkom beobachtete Dr. H. Mehrer (Lemberg). Die 45jährige Pat. hatte am Bauche, 3—4 cm über dem linken Ligam. Pouparti, eine faustgrosse Geschwulst, welche, mit der Haut innig verwachsen, nach allen Richtungen frei beweglich war. Oberfläche zum grossen Theil exulcerirt. Sowohl die geschwürige Stelle, als auch die intacte Haut über der Geschwulst stellenweise dunkelgrau bis schwarz ver-

färbt. Untersuchung des Thorax ergibt: Absolute Dämpfung rechts hinten unten von der Spitze der Scapula nach abwärts, Athmen nicht hörbar, Pectoralfremitus aufgehoben, Respiration beschleunigt. Sonst am Körper kein positiver Befund. Die Geschwulst wurde rasch jauchig und es trat Exitus ein. In den letzten Wochen des Lebens war eine immer mehr sich steigernde Dunkelfärbung des Gesichts aufgetreten, die nur kaum merklich auf dem übrigen Körper sich bemerkbar machte; die Pigmentirung war so stark, dass Pat. den Eindruck einer Negerin machte, und sie erstreckte sich auch auf die Bulbi und die Schleimhaut des Mundes. Diese Verfärbung konnte nicht als eigentliche Metastase angesehen werden, da die Haut sonst ihre vollkommene Elasticität und Beweglichkeit beibehielt. In den letzten Wochen war auch hochgradige Melanurie eingetreten, der Harn war tintenschwarz. Autor glaubt, dass die Metastase in der Pleura dazu beigetragen hat, so grosse Pigmentmassen in die Circulation gelangen zu lassen, indem die Lunge und das ausgedehnte Lymphgefässnetz des Brustfells Gelegenheit genug dazu bietet.

(Wiener medic. Presse 1896 No. 44.)

— **Salicylcollodium zur Entfernung der Papillome der Vulva** empfiehlt Louis Mancière als schmerzloses Verfahren. Jedes Papillom kann für sich in 5—8 Tagen zum Verschwinden gebracht werden. Man verschreibt:

**Rp.**

*Collod. elastic. 5,0*  
*Acid. salicyl. 2,0—2,5.*

Einige Tropfen davon werden in einer Sitzung auf 8—10 Papillome applicirt, am nächsten Tage auf weitere 8—12, während die Application an den früher Behandelten wiederholt wird, und so fort bis zum Verschwinden der T. Vorsicht ist gar nicht sehr erforderlich, weil die normale Schleimhaut wenig von dem Mittel beeinflusst wird.

(Trib. méd. 30./IX. 1896. — Wiener medic. Presse 1896 No. 43.)

**Typhus abdominalis.** Die **Behandlung des T. mit kleinen Wasserklystieren** wirkt, wie sich Dr. Hensel (Meseritz) überzeugt hat, coupirend auf den Process ein. Autor applicirt in jedem Stadium des T., Vormittags und

Nachmittags je ein lauwarmes, d. h. mehr kühles Klysma von  $\frac{1}{2}$ —1 Liter reinen Wassers, lässt dazu die Pat., wenigstens des Anfangs, absolut hungern, aber viel Wasser trinken, damit auch von oben eine Durchspülung und Reinigung des Darmes erfolge. Dazu innerlich etwas Antipyrin, aber wenig, nebst Salzsäure, und, wenn die Sache frisch, vor Allem Calomel. Nach Abgang des Klysma, das recht lange zurückbehalten werden muss, fällt die Hitze um  $0,5$ — $0,75^{\circ}$ , sodass die Bäder und umständliche Typhuspfllege erspart werden. Die Krankheit dauert meist nicht länger als 10—12 Tage; schon nach dem 6. Lavement sinkt das Fieber gewöhnlich erheblich und die typhösen Erscheinungen bessern sich zusehends, schon nach dem 3. Klysma hören die copiösen Durchfälle auf, die Ausleerungen erfolgen nur im Anschluss an das Lavement und bessern sich deutlich in Aussehen und Consistenz.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 75.)

— Das **Thallin** als Typhusmittel empfiehlt warm Dr. J. Rembe (Ludwigshafen). Um unangenehme Nebenwirkungen zu vermeiden, muss es aber in kleinen stündlichen Gaben gereicht werden. Autor sagt darüber: „Wenn die Diagnose T. sicher ist, wird mit einer 1 $\%$ igen Thallin. sulf.-Lösung begonnen, von welcher stündlich, auch bei Nacht, 10 gr gegeben werden. Geht die Temperatur dabei nicht herunter, so wird gestiegen mit der Lösung, bis die Temperatur absolut normal ist. Es kommt nun anfänglich vor, dass die Temperatur vor Ablauf einer Stunde in die Höhe gehen will, was sich durch ein leichtes Frösteln anzeigt, es muss dann etwas früher und am besten auch etwas mehr wie die gewöhnliche Dosis gegeben werden. Hat man so die wirksame Dosis festgestellt, so braucht man nicht so oft mehr zu messen und man giebt einige Tage das nöthige Quantum. Der Pat. nimmt es im Halbschlaf und ist es mir selten passirt, dass Thallin selbst von Kindern verweigert wurde; man kann nöthigen Falls etwas Kaffee, Himbeerwasser, Wein oder Cognac dazu oder danach nehmen lassen. Nach einigen Tagen versucht man die Dosis zu vermindern und die Zeit zwischen den Einzelgaben zu verlängern. Geht die Temperatur wieder in die Höhe, so macht man es wieder wie am Anfang. Häufig hat man aber auch die Freude, dass das Fieber nach

10—14 Tagen verschwunden bleibt. Gegen Rückfälle ist man jedoch nicht sicher; allein auch diese lassen sich in derselben Weise beeinflussen. Da man bei schweren Fällen oft zu Dosen von 6—8 gr pro Tag kommt, so pflege ich dabei immer durch einen Collegen den Zustand prüfen zu lassen und kann erwähnen, dass noch niemals auch nur das geringste Bedenken geäussert wurde, indem dabei nicht allein das subjective Befinden vorzüglich war, sondern auch der Puls, die Athmung etc.“ Bei keinem der mit Thallin behandelten Pat. erlebte Autor eine Pneumonie oder Perforation eines Typhusgeschwürs, auch auf die Diarrhoeen übte das Mittel zweifellos einen günstigen Einfluss aus. Autor hat über 40 Fälle so behandelt und niemals etwas Bedenkliches beobachtet. Die Zeitdauer der Reconvalescenz ferner erforderte bei den Thallinisirten nicht einmal die Hälfte der gewöhnlichen Zeit, was auch leicht begreiflich ist, da eben die Kräfte bei der Krankheit viel weniger absorbirt werden. Endlich ist das Allgemeinbefinden bei eingetretener Thallinisation ein derartiges, wie es auf keine andere Weise zu erzielen ist. Autor hat seit 8 Jahren keinen Todesfall zu beklagen, obwohl recht schwere Fälle vorlagen.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 80.)

- 100 Fälle von T. bei Kindern hat Hadot beobachtet und fand dabei einige Besonderheiten. Der T. war bei den Kindern viel häufiger im Herbst, als zu irgend einer anderen Jahreszeit. Am häufigsten erkrankten Kinder zwischen 7—12 Jahren, und zwar Knaben mehr, als Mädchen. Im Prodromalstadium sind die Kinder mürrisch, abgeschlagen, appetitlos, klagen über Magenbeschwerden und Kopfschmerzen; oft kommt Erbrechen, seltener Epistaxis vor. 1 Mal kündigte sich die Affection mit Convulsionen an. Diarrhoeen kamen fast in allen Fällen der Jahre 1894/95 vor, während in denen des Jahres 1896 zu Beginn des T. Obstipation Regel war. Roseolaflecken wurden bei beiden Arten gefunden, bald spärlich, bald zahlreich und generalisirt nur in ca. der Hälfte; 1 Mal traten sie in Form grosser, linsenförmiger, nässender Papeln am Stamm und den Unterextremitäten auf. Das eigenthümliche gegenseitige Verhalten von Puls und Temperatur, wie es beim Erwachsenen die Regel ist, ist bei jüngeren Kindern nicht zu beobachten

und wird erst bei Kindern über 7 Jahren deutlich. Die Entfieberung war meist eine lytische, manchmal aber so plötzlich erfolgend, wie bei Pneumonie. In der Reconvaleszenz kommen häufig abendliche Steigerungen bis 39—40° von kurzer Dauer vor, hingegen beobachtet man während des Fieberstadiums plötzliche Remissionen zur Norm, welche 1—2 Tage dauern und von neuerlichem raschem Temperaturanstieg gefolgt sind. Fast stets endete der T. mit reichlicher Abschuppung, hauptsächlich am Stamm. Ebenso constant war in der Reconvaleszenz Verlangsamung und Arrhythmie des Pulses.

(Rev. méd. de l'Est, 1896 pag. 468. — Wiener medic. Presse 1896 No. 43.)

--- Ueber folgenden **Fall von combinirter Erkrankung an T. und Cholera asiatica** berichtet Pombrak: Die 34jährige Fabrikarbeiterin erkrankte am 30./VIII. mit allgemeinem Unwohlsein, leichtem Schüttelfrost und Hitze, Kopfschmerzen etc. Autor sah die Pat. zum 1. Mal am 4./IX. Temp. 39,4°, Puls 98, regelmässig und voll; Milz von der 8. Rippe ab empfindlich und tastbar im linken Hypochondrium; auf den Hautdecken des Abdomens und der Brust ein geringer, roseolenartiger Ausschlag; Gargouillement in der Ileocöcalgegend; Zunge trocken und belegt; allgemeiner Habitus typhosus; hartnäckige Ostipation. Bis zum 12./IX. Verlauf für T. vollkommen typisch. An diesem Tage plötzlich Diarrhöe, die in der Nacht vom 12. zum 13. äusserst heftig wurde (15 Stühle innerhalb einiger Stunden). Die Entleerungen zeigten bald das Aussehen von Cholerastühlen; Pat. wurde während der Nacht sehr schwach, behielt jedoch einen guten Puls. Am 13./IX. Temp. 38,5°. Puls 85, voll und regelmässig; anhaltender Durchfall, einige Male Uebelkeit, aber kein Erbrechen; Abendtemp. 37,8°. Nachts unaufhörliche Diarrhöe, oft Entleerung ins Bett. Am 14./IX. Temp. 36,8°, Puls 100, schlecht; den ganzen Tag floss es unaufhörlich von der Pat., die auch sehr schwach war; Abendtemp. 36,9°. Nachts Diarrhöe geringer, jedoch sehr starke Prostration. Am 15./IX. Morgentemp. 36,2°, im Laufe des Tages nur 3 Entleerungen, jedoch von durchaus choleraartigem Aussehen; Nachts 2 Stühle. Am 16./IX. Temp. 36,0°, fadenförmiger, bisweilen ganz aussetzender Puls; starke Somnolenz mit merklichem Uebergang in Coma; Zunge und ganze Mund-

höhle trocken und mit dickem, schwarzem Belag versehen; Abendtemp. 36,9°, Puls 130—140, keine Diarrhöe, wohl aber stärkere Somnolenz, Subsultus tendinum, namentlich an den oberen Extremitäten. Pat. hat innerhalb der letzten 48 Stunden nicht einen Tropfen Urin gelassen, Harnblase aber ganz leer. Leichte Cyanose an den Lippen, an Nasenspitze und Nägeln. Am 18./IX. Exitus letalis. — Es ist sicher, dass die an T. leidende Pat. vom 12./IX. ab auch von Cholera asiatica befallen war, zumal sie in einem Hause wohnte, in dem vor ihrer Erkrankung 5 Fälle von zweifelloser asiatischer Cholera vorgekommen waren, von denen 1 Fall sich sogar in der Wohnung der Pat. abspielte. Trotz fehlender bakteriologischer Controle ist also die Diagnose ziemlich sicher. Man durfte a priori erwarten, dass die Choleratoxine in äusserst rascher und zerstörender Weise auf den durch die typhösen Toxine bereits geschwächten Organismus einwirken würden, dass die Cholera einen blitzartigen Verlauf nehmen würde: aber Pat. überstand 6 Choleratage, Erbrechen fehlte ganz, der Puls zeigte volle 4 Tage ziemlich gute Beschaffenheit, die Temp. sank nicht unter 36°, die Gehirnerscheinungen traten erst am 5. Tage auf, Convulsionen fehlten, Cyanose zeigte sich erst kurz ante exitum, kurz, die im Organismus vorhandenen Toxine des T. verschlimmerten nicht nur nicht die hinzutretende Cholera, sondern milderten sogar deren Verlauf sehr, entweder durch directe ungünstige Einwirkung auf den Choleravibrio oder durch Neutralisation seiner Stoffwechselproducte; nur der durch den T. alterirte Darmcanal reagierte heftig auf die neue Noxe, daher die so profuse Diarrhöe.

(Medicinskoe Obosrenie 1896, 2. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 85.)

- Ch. A. Cameron vermeldet den **Ausbruch einer Typhus-epidemie durch inficirte Milch**. 2 Töchter eines Milchladenbesizers erkrankten an T. Sie wurden sofort isolirt und die Milch im Laden saisirt. Und doch erkrankten 14 Personen, die die Milch von da bezogen, an T. Das Wasser im Laden war rein, die Milch kam von einer gesunden Kuh. Die Infection erschien nur in der Weise möglich, dass beim Vorbeitragen der Typhusdejecte ins Closet etwas von ihren „Exhalationen“

absorbirt worden war. Und in der That fand Autor, als er Typhusdejecte neben ein Gefäss mit Milch stellte, letztere schon nach 10 Minuten inficirt, wie das Aufgehen von Culturen bewies.

(Brit. med. Journ. 22. August 1896. — Wiener klin. Rundschau 1896 No. 39.)

**Vitia cordis.** Wiederherstellung der Function bei einer 6 Jahre alten Embolia arteriae centralis retinae erreichte Alexander (Aachen) bei einem 51jährigen, an Hypertrophia cordis leidenden Pat., der das charakteristische Bild einer frischen Embolie des rechten Auges und das, wie es schien, abgelaufene Bild einer alten Embolie des linken Auges darbot. Unter dem Einfluss eines starken Digitalisinfuses trat bald links eine Sehschärfe von 0,1 ein, welche sich auf 0,5 steigerte und erhalten blieb. Autor glaubt, es habe sich um eine partielle Verstopfung des Gefässes gehandelt und durch das Digitalisinfus und eine kräftigere Vis a tergo sei eine grössere Blutmenge in das verstopfte Gefäss gepresst worden.

(25. Congress der Ophthalmologen, Heidelberg, 5.—8. August 1896. — Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 36.)

— Die Anwendung der warmen Schwefelbäder bei Herzkrankheiten ist nach den Erfahrungen von Dr. Pártos (Herkulesbad) nicht so bedenklich, wie man annehmen könnte. Rheumatiker mit Klappenfehlern vertragen Schwefelthermen (20—30 Bäder bis zu 29° R) subjectiv und objectiv ganz gut bei Beachtung gewisser Vorsichtsmaassregeln (Ruhe vor und nach dem Bade, langsame Steigerung der Badetemperatur, mässige Dauer des Bades, kalte Umschläge auf den Kopf während des Bades, Verbot des Badens während der Verdauung). Es gehen sogar manchmal während der Cur Oedeme zurück. Bei Myocarditis ist es ebenso. Sehr schlecht reagiren aber Neurosen, die daher fast stets Contraindication für Schwefelthermen abgeben. Interne Anwendung der Schwefelquellen erwies sich durch die chemische und thermische Irritabilität der Magenschleimhaut und Nerven, sowie weitere Irritation des Herzens durch resorbirte Bestandtheile der Quellen als schädlich.

(Gyógyászat 1896 No. 40. — Pester medic.-chirurg. Presse 1896 No. 44.)



— Ueber den therapeutischen Werth und die Anwendungsweise des Digitoxins geben Mittheilungen von Dr. Karl Hofmann v. Wellenhof (Graz, medicin. Klinik) Aufschluss. Verwandt wurde das Digitoxin. crystallis. Merck, und zwar in allen 3 bisher versuchten Applicationsmethoden: Von 59 der Therapie unterzogenen Pat. erhielten 3 das Medicament per os, 37 durch subcutane Injection, 19 per clyisma. Vom internen Gebrauch wurde bald wegen heftiger gastrischer Reizerscheinungen abgesehen. Bei der subcutanen Injection wurde die Unverricht'sche Lösung benützt:

**Rp.**

*Digitoxin. cryst. (Merck) 0,01*  
*Aq. dest. 15,0*  
*Alkohol. absol. 5,0.*

Die gewöhnliche Einzeldosis betrug  $\frac{1}{2}$ —1 mg, die maximale  $1\frac{1}{2}$  mg, die Tagesdosis überschritt nie 2 mg. Das Mittel wurde durch 2—4 Tage applicirt, nur ausnahmsweise wurde darüber hinausgegangen. In einem einzigen Falle stieg die Gesamtverbrauchsmenge des Mittels auf 10 mg; meist war dieselbe viel geringer, im Durchschnitt nur 3,8 mg. Unmittelbar nach der Injection entsteht an der Applicationsstelle ein nicht unbedeutender brennender Schmerz, der etwa nach  $\frac{1}{2}$  Stunde abklingt, häufig aber auch noch 3 bis 4 Stunden nach der Einspritzung in geringem Grade fortbesteht. Die Injectionsstelle ist in den nächstfolgenden Tagen leicht geröthet und bleibt meist noch durch 2 bis 3 Tage etwas druckempfindlich. Durch Application kalter Umschläge sofort nach erfolgter Injection konnte der Schmerz bedeutend gelindert werden. Sonst fehlen bei Berücksichtigung aseptischer Cautelen meist weitere Reactionserscheinungen. Bei den vom Autor ausgeführten etwa 200 Injectionen entstand nur 1 Mal 3 Tage nach der letzten Injection ein kleiner Abscess, 2 Mal trat nach Einspritzungen unter die Haut des Oberarmes starkes Oedem der ganzen oberen Extremität auf, das sich jedoch binnen Tagesfrist wieder verlor. 19 Mal wurde Digitoxin per clyisma applicirt

**Rp.**

*Digitoxin. cryst. (Merck) 0,01*  
*Alkohol. absol. 5,0*  
*Aq. dest. 95,0.*

Davon wurden 10 gr einem 100 gr enthaltenden Wasserklystiere zugesetzt und 1—2 solcher Klysmen nach vorhergegangenem Reinigungsklystier täglich verabreicht. Die Einzeldosis war also hier 1 mg, die Tagesdosis 1 bis 2 mg. Die Behandlungsdauer betrug in der Regel 3 bis 5 Tage, die durchschnittliche Gesamtverbrauchsmenge 5,8 mg, die maximale Menge 8 mg. Bei der Injectionsmethode traten öfter gastrische Reizerscheinungen ein, als bei der rectalen, hier aber kam es dafür öfter zu Diarrhoeen, die aber meist mässige waren. In Bezug auf den Effect verhielten sich beide Methoden gleich, nur war der Eintritt der Wirkung bei der subcutanen ein rascherer: schon 6 Stunden nach der 1. Injection Kräftigerwerden des Pulses und Abnahme der Dyspnoë, nach 12 Stunden war in fast allen Fällen die Wirkung in vollem Gange, während dies bei den Klysmen erst nach 24—36 Stunden constatirt werden konnte. Auch kann ja bei der Injection die zur Resorption gelangende Menge genauer abgeschätzt werden. Trotzdem verdient wohl wegen der Schmerzhaftigkeit der Injectionen die rectale Methode den Vorzug, und nur in sehr schweren Fällen von Compensationsstörung ist es empfehlenswerth, die Behandlung mit 1—2 Injectionen zu beginnen und dann mit Klysmen fortzusetzen. Gänzlich aus blieb die Wirkung nur 7 Mal (2 Mal bei senilem Emphysem mit Dilatatio cordis, 1 Mal bei einer sehr herabgekommenen Pat. mit Concretio cordis cum pericardio, 1 Mal bei hämorrhagischer Diathese, 1 Mal bei einer sehr anämischen Pat. mit schwerem Mitralvitium und Ulcus ventriculi, 1 Mal bei Aortenklappeninsufficienz bei einer 68jährigen Pat. und 1 Mal bei Cirrhosis hepatis); alle diese Fälle reagirten auf Infus. folior. Digital. auch absolut nicht und die Section deckte bei ihnen hochgradige pathologische Veränderungen des Herzmuskels auf (braune Atrophie resp. fettige Degeneration), sodass das Mittel gar nicht wirken konnte. 44 Mal war die Wirkung des Digitoxins unzweifelhaft zu erkennen. 23 Mal war dieselbe eine mässige (Abnahme der Hyperpnoë, Kräftigerwerden des Pulses bei herabgesetzter Frequenz, geringe Steigerung der Diuresis von 200 bis 500 cm<sup>3</sup> auf 800—1100 cm<sup>3</sup>, subjective Besserung des Allgemeinbefindens), die Wirkung war nicht grösser, als die eines Digitalisinfuses. 21 Mal aber, namentlich bei

Mitralfehlern, aber auch bei Dilatatio cordis bei Emphysem, Arteriosklerose, Struma, idiopathischer Herzvergrößerung, war der Effect ein sehr auffälliger und oft besonders in Bezug auf die Diuresis eclatanter. Zunächst machte sich ein Grösserwerden und eine Zunahme der Spannung des Radialpulses bemerkbar; wiederholt war die sphygmographische Aufnahme des fadenförmigen, kaum tastbaren Pulses anfänglich ganz unmöglich, während sie am 2. und 3. Behandlungstage schön gelang. Die Abnahme der Frequenz folgte in der Regel der Druckerhöhung erst nach. Was die Form anbelangt, so wurde wiederholt eine ausgeprägte Diuresis geringer oder verschwand ganz. Mit der Besserung der übrigen Pulsqualitäten wurden oft auch die Arrhythmie und Ungleichheit bedeutend besser, jedoch fiel es dem Autor öfters auf, dass eine von vornherein hochgradige Arrhythmie und Inäqualität sich unter der Digitoxinbehandlung kaum wesentlich änderte, während die Frequenz des Pulses bedeutend abgenommen hatte und die einzelnen Pulswellen viel höher waren, als früher. Solche Kranke sind von ihrer Athemnoth befreit, haben Oedeme und Albuminurie verloren und befinden sich subjectiv vollkommen wohl, trotzdem die Unregelmässigkeit der einzelnen Herzcontractionen nach wie vor besteht; würde man in einem solchen Falle etwa durch Fortsetzung der Digitoxinbehandlung ein Rhythmischeswerden der Herzthätigkeit zu erzwingen suchen, so würde man höchstens Steigerung der Arrhythmie erreichen. Tritt an einem von vornherein rhythmischen Pulse nach längerem Gebrauche von Digitoxin Arrhythmie auf, dann muss dies natürlich ein Warnungssignal sein, in der weiteren Zufuhr des Mittels grosse Vorsicht zu beobachten. Der günstige Einfluss auf Dyspnoë und Oppressionsgefühl war eine der constantesten Theilerscheinungen der Digitoxinwirkung. Sehr häufig gaben die Pat. spontan eine bedeutende Besserung der Athemnoth und damit einhergehend auch des ganzen Allgemeinbefindens an, ehe man noch den Einfluss des Mittels auf Puls oder Diuresis deutlich feststellen konnte. Was die letztere betrifft, so sah Autor wiederholt schon nach 24 Stunden eine solche von 5—6000 cm<sup>3</sup> pro die auftreten. Manchmal freilich musste man das Mittel mit Diuretin (3 gr pro die per clysmata) combiniren. Autor versuchte das Digitoxin auch bei Pneumonie,

indem er hier die Circulation zu beeinflussen versuchte, mit dem Nebengedanken, dass die hervorgerufene Begünstigung des Lungenkreislaufs vielleicht heilsam auf den localen Process wirken könnte. Unter 5 sehr schweren Fällen versagte das Mittel bei einer 68jährigen, fast schon in moribundem Zustand befindlichen Pat., in den anderen 4 Fällen war der Verlauf ein günstiger und die Hebung der geschwächten Herzthätigkeit deutlich. Autor fasst seine Ansichten in folgende Sätze zusammen:

1. Ist vorläufig auch natürlich die Mutterpflanze keineswegs ausser Curs zu setzen, so möge doch das Vorurtheil gegen die Anwendung der reinen Digitalisbestandtheile am Krankenbett eine Einschränkung erfahren. Die unleugbaren Uebelstände, welche speciell dem praktischen Gebrauch des Digitoxin entgegengehalten werden, scheinen dadurch ausgeglichen, dass diese Substanz schon in sehr kleinen Mengen rasch und ausgeprägt die charakteristische Digitalinwirkung hervorruft. In mancher Hinsicht macht es den Eindruck, dass das Infus vom Digitoxin in Bezug auf schnelles Eintreten und Intensität der Herzwirkung noch übertroffen wird.
2. Einzel- und Tagesdosis soll, den Bedingungen des individuellen Falles angepasst, möglichst klein gewählt werden. Ueber eine Tagesdosis von 0,002 gr braucht man nie hinauszugehen. Die Gesamtmenge des zugeführten Digitoxins sollte bei subcutaner Anwendung 0,005 gr, bei Einverleibung per rectum 0,007 gr nicht überschreiten.
3. Da das subcutane Verfahren ziemlich schmerzhaft ist, wird in der Regel die Klysmenapplication vorzuziehen sein. Eine specielle Indication für das erste giebt die Nothwendigkeit ab, die Digitalinwirkung möglichst rasch hervorzurufen.
4. Die wichtigste Gegenindication (von schweren degenerativen Veränderungen des Herzfleisches abgesehen) sind vorhandene hochgradige Magen-darmstörungen.
5. Bei Kindern wird das Digitoxin nur mit grösster Vorsicht zu gebrauchen sein.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 42.)

— Um den therapeutischen Werth des Digitalin. verum (Schmiedeberg) zu prüfen, hat Dr. Fr. Vas Versuche damit bei 10 Pat., meist mit Insufficienz der Bicuspidalis behafteten, angestellt und die Wirkung aufs Herz und den diuretischen Effect genau controlirt. Er gab das Mittel in Cognac gelöst in Dosen von 0,002—0,004 2—4 Mal täglich. Auf das Herz wirkte in täglichen Dosen von 0,004—0,016 das Digitalin so, wie die Digitalis selbst, da, von 1—2 Fällen abgesehen, stets die Herzfunction gehoben, die Contractionen regelmässig wurden und die Pulsfrequenz herabging, und zwar trat die Wirkung schon nach einigen Stunden, aber spätestens 24 Stunden nach der 1. Dosis ein und verlor sich nach Sistirung der Verordnung alsbald wieder, sodass also von einer cumulativen Wirkung keine Rede ist. Man kann das Digitalin lange Zeit, 10 bis 15 Tage lang verordnen, ohne dass eine schädigende Wirkung sich zeigt. Was die diuretische Wirkung nun aber anbelangt, so kann hierin Digitalin mit der Digitalis nicht concurriren. Von 9 Fällen von Oedem nahm nur bei 3 die Harnmenge bedeutend zu, aber erreichte auch kaum 2000 ccm und war die Zunahme noch dazu keine constante, sondern nahm schon am 3.—4. Tage wieder ab, sistirte vollständig mit Aufhören der Medication. Man wird also hier das Mittel mit Diuretin oder Calomel combiniren müssen, in Bezug auf die Wirkung auf die Compensationsstörungen vermag das Digitalin als durchaus unschädliches und rasch wirkendes Mittel durchaus mit der Digitalis zu concurriren.

(Orvosi Hetilap 1896 No. 27/28. — Ungar. medic. Presse 1896 No. 2/3.)



## Vermischtes.

---

- In Betreff der **Technik der subcutanen Injectionen** machte uns Dr. Graeser, Director des deutschen Krankenhauses in Neapel, folgende Original-Mittheilung: „Ueber den Vorzug der hypodermatischen Injectionen zur Einverleibung mancher Arzneimittel vor der Verabreichung derselben durch den Magen ist man sich längst klar. Trotz aller Vorsicht hat diese Technik jedoch manchmal, sei es durch den Reiz der Medicamente, sei es, dass die Flüssigkeit durch Zufall in das engmaschige Gewebe des Derma getrieben wird, statt in das lockere Unterhautzellgewebe, Reizung und Entzündung der Haut, Abscesse oder schwerheilende Nekrosen zur Folge. Um diesen unangenehmen Beigaben vorzubeugen, die hauptsächlich bei den hier vielfach nothwendigen subcutanen Einspritzungen von Chinin und Antipyrin vorkommen können, habe ich seit längerer Zeit im Krankenhause bei hypodermatischen Injectionen eine kleine Modification eingeführt, die mir bisher ausnahmslos genügt hat, um jede Reizung, Abscesse etc. zu vermeiden. Ich lasse nach jeder Einspritzung, nachdem die eventuelle Infiltration durch leichte Massage möglichst beseitigt ist, die Einstichstelle im Umkreis von etwa 2 Fingerbreite über die Infiltration hinaus mit einer Schicht von Collodium bepinseln. Dadurch erhält man einerseits einen luftdichten Abschluss der Einstichstelle, andererseits schnellere Resorption und Vertheilung von Hyperämieen durch die zusammenziehende Kraft des Collodiums.“

— **Medicamentöse Minimalklystiere** empfiehlt Dr. A. Kirstein (Senator's medic. Poliklinik in Berlin). Allerdings hat Autor bloss das Jodkali in einer Anzahl von Fällen von Syphilis, Bronchialasthma, Aortenaneurysma u. s. w. in dieser Weise applicirt, die Versuche sind aber so befriedigend ausgefallen, dass eine Prüfung auch bei anderen Arzneikörpern dringend erwünscht wäre. Gerade Jodkali wird per os oft sehr ungerne genommen und häufig recht schlecht vertragen. Solch kleine Klystiere (10 gr) können ohne alle Vorbereitung gegeben werden, kalt (da sich die kleine Menge rasch erwärmt) applicirt werden, und sie werden rasch resorbirt. Als sehr gut verträglich und ziemlich indifferent hat sich die 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>ige Lösung erwiesen. Von der Sol. kal. jodat. 10,0:200,0 hat Autor oft wochenlang 3 Mal tägl. 10 gr mittelst einer kleinen Spritze (nach seiner Angabe vom Instrumentenmacher Pfau, Berlin NW., Dorotheenstr. 67, gefertigt; aber auch die gewöhnliche krumme Oidtmann'sche Spritze) gegeben, ohne unangenehme locale Wirkung; allerdings entsteht bei manchen Leuten nach der Einspritzung ein leises Erregungsgefühl des Darmes, dessen Ueberwindung aber meist nur einen minimalen Aufwand von Willenskraft erfordert. Die Jodkalimenge der 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>igen 10 gr Klysmas (0,5) ist für die meisten Fälle zur Therapie genügend, sie wird resorbirt und ergiebt den gleichen therapeutischen Effect, wie die gleiche per os genommene. Vielleicht werden später solche Minimalklystiere auch die Manchem unangenehmen subcutanen Injectionen ersetzen können.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 Nr. 77.)

— Ueber **praktische Verwerthung von Leukocytose** lässt sich Oberstabsarzt Dr. Seydel aus. Die Arbeiten von H. Buchner über die Immunitätsfrage, insbesondere über die chemotaktische und entzündungserregende Wirkung nicht nur der Bakterienproteine, sondern auch anderer nicht bakterieller Eiweisskörper, namentlich der Pflanzencaseine, brachten ihn auf den Gedanken, diese entzündungserregende Wirkung zur Verklebung getrennter Körpertheile, event. zur Verwachsung von einander entfernt liegender Gewebe zu benützen. Er ging von folgender von Buchner constatirten Thatsache aus: „Bringt man in die Bauchhöhle eines Kaninchens

einen Wattepfropf, welcher in sterilisirte Emulsion von Waizenkleber getaucht wird, so kann man bei einer in 2 Tagen folgenden abermaligen Eröffnung der Bauchhöhle den Wattepfropf nicht mehr entfernen; derselbe ist so innig mit dem Peritoneum verwachsen und verfilzt, dass eher letzteres einreißt, als dass man ihn entfernen kann. Der Wattepfropf ist durchtränkt mit trübem Exsudate, einer Ansammlung von Leukocyten, aber gänzlich steril, frei von Bakterien“. Autor machte nun an Thieren Versuche, indem er z. B. die vordere Wand des Magens mit Aleuronat bestrich und an die Stelle ein Stück Netz legte, oder beide Leberlappen mit Aleuronat bepinselte; nach 4—6 Tagen war feste Verwachsung eingetreten. Behandelte er so 2 Darmschlingen oder die beiden Pleurablätter, so war nur die Aleuronatlösung verschwunden, aber keine Verwachsung zu Stande gekommen, wohl aber zeigte sich letztere wiederum, wenn durch Nähte vorher eine leichte Befestigung erzielt worden war. Es ergab sich also, dass die serösen Häute nur dann mit einander verklebten, wenn sie einander berührten und stetig in ruhiger Lage zu einander erhalten wurden. Autor ging nun zu einem Versuch am Menschen über, und zwar einer Hydrocele, wo ja nach der Punction 2 seröse Häute ruhig neben einander liegen. Es handelte sich um eine Hydrocele, die sich aus einer Haematocele entwickelt hatte, welch' letztere durch eine vor 7 Wochen stattgefundene Contusion eines Hodens entstanden war. Autor punctirte, entfernte 60 gr Flüssigkeit und injicirte, ohne den Troicart zu entfernen, durch denselben 5 gr steriler Aleuronatlösung. 2 Tage lang machten sich Reactionerscheinungen geltend (Fieber, Schmerzen), dann gingen dieselben zurück, und am 6. Tage bestand Euphorie, Pat. war geheilt und blieb recidivfrei. Versuche, auch andere Flächen, z. B. Muskelflächen, durch Aleuronat zur Verklebung zu bringen, blieben bisher erfolglos, doch können wir vorläufig zufrieden sein, in der Leukocytenanlockung ein sicheres Mittel zu besitzen, von serösen Häuten umgebene Organe zur Verwachsung bringen zu können, wodurch vielleicht manche Misserfolge der Unterleibs Chirurgie werden vermieden werden können.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 38.)



— **Dass Jod im Harn nach Einnahme von Thyreoidin-Tabletten** erscheinen kann, zeigt ein von Dr. S. H. Frenkel (Heiden) und Dr. M. Frenkel (Paris) beobachteter Fall, allerdings der einzige bis jetzt bekannte. Es scheinen also Verhältnisse vorzukommen, bei denen der Harn unter Thyreoidinbehandlung Jod aufweist.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 37.)

— **Verletzungen der Vagina sub coitu**, wie sie im letzten Decennium mehrfach beobachtet worden sind, hat auch S. Michnow 2 Mal gesehen. Beide Male handelte es sich um Rupturen des Scheidengewölbes bei erwachsenen Frauenzimmern, entstanden sub coitu. Schon das Aussehen der Rupturen sprach dafür, dass sie in Folge einer zu starken Dehnung der Scheide durch einen stumpfen Körper entstanden waren; es waren nämlich 3—5 cm lange, ziemlich oberflächliche Risswunden, wobei an den äusseren Geschlechtstheilen auch die geringsten Spuren einer stattgehabten Verletzung fehlten. — Unter den prädisponirenden Ursachen kommen für die Entstehung von Rupturen sub coitu folgende in Betracht:

1. Grössendifferenz der Geschlechtstheile beim Manne und Weibe.
2. Falsche Richtung der vom männlichen Gliede sub coitu angewandten Kraft.
3. Mangelhafte Stärke der Vaginalwände und pathologische Zustände, welche die Dehnbarkeit derselben verhindern.
4. Starke geschlechtliche Erregung und stürmischer Coitus.

(Wratsch 1896 No. 24/25. — Litteraturbeilage zur St. Petersburger med. Wochenschrift 1896 No. 8.)



## Bücherschau.

---

**Medicinal-Kalender für das Jahr 1897.** Herausgegeben von Dr. Wehmer, Regierungs- und Medicinalrath in Berlin. Berlin 1897, Verlag von August Hirschwald.

**Lorenz' Taschenkalender für Aerzte 1897.** Herausgegeben von Stabsarzt a. D. Lorenz. Berlin, Verlag des Berliner Lith. Instituts (Julius Moser).

**Medicinischer Taschenkalender 1897.** Herausgegeben von Privatdoc. Dr. Kionka, Prof. Dr. Partsch und S. R. Dr. Leppmann. Breslau, Verlag von Preuss & Jünger.

Nachdem wir jüngst bereits das Erscheinen zweier beliebter ärztlicher Kalender angezeigt haben, liegen uns heute 3 weitere vor, die nicht nur den Lesern unserer Monatsschrift, sondern auch der Aerztewelt überhaupt seit Jahren vortheilhaft bekannt sind. Wer die Wahl hat, hat die Qual! Wenn Jemand uns fragte, welchen Kalender er sich für das nächste Jahr aussuchen sollte, wir würden in Verlegenheit sein um die Antwort. Auch die obigen 3 Kalender haben ihre Vorzüge gleich den ersten beiden, die wir anzeigten, alle Herausgeber haben sich bemüht, ihre Kalender auf der Höhe der Zeit zu erhalten, kleine Verbesserungen anzubringen und möglichst der praktischen Verwendbarkeit gerecht zu werden. Wem daran liegt, ein genaues Personalverzeichniss aller Aerzte, des Universitätskörpers aller Hochschulen u. s. w. zu besitzen, der findet in dem Kalender von Wehmer, dem Nachfolger Wernich's, Alles das ganz genau im II. Bande des Medicinalkalenders. Der I. Band desselben ist, obwohl er nicht in Quartalshefte getheilt ist und einen grossen

Abschnitt wichtigen Daten zum Nachschlagen eingeräumt hat, doch handlich und compendiös, da dieser Abschnitt auf ganz dünnem Papier gedruckt ist. Auch wissenschaftliche Abhandlungen bewährter Autoren, wie Salkowski's, Klemperer's fehlen nicht in diesem Theile des beliebten Kalenders. Die beiden anderen Kalender blicken jetzt auch auf ein Alter von 10 Jahren zurück und haben sich in dieser Zeit zahlreiche Freunde erworben. Sie sind beide in Quartalshefte getheilt und sehr compendiös, obwohl auch sie einen reichen Inhalt neben dem Notizkalender besitzen. Lorenz' Kalender zeigt dies Jahr eine besonders reiche Auswahl von Receptformeln für die tägliche Praxis und ist auch sonst den Bedürfnissen des Praktikers nach jeder Richtung hin auf's beste angepasst, und das Gleiche lässt sich von dem dritten der Kalender sagen, bei dem nur zu wünschen wäre, dass für jeden Tag eine volle Seite dem vielbeschäftigten Praktiker zur Verfügung stände, da derselbe schon recht klein schreiben muss, wenn er mit der halben Seite auskommen soll.

**Realencyclopädie der gesammten Heilkunde.** Herausgegeben von Prof. Dr. Eulenburg, III. Auflage. Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien. Preis pro Band: M. 10.—

**Anatomischer Atlas.** Herausgegeben von Prof. Carl Toldt. Ders. Verlag. 4. Lieferung. Preis: M. 8.—

**Balneotherapeutisches Lexikon.** Von Prof. Dr. E. Kisch. Ders. Verlag. Preis der Lieferung: M. 1.20.

Von den 3 grossen zur Zeit im Verlage von Urban & Schwarzenberg erscheinenden Lieferungswerken haben wir die ersten beiden schon vielfach in ihrer Bedeutung gewürdigt, zumal die Realencyclopädie, deren 11. Band uns heute vorliegt. Er enthält wieder eine Fülle von bedeutenden Aufsätzen, von denen wir nennen wollen: „Hydroelektrische Bäder“ von Eulenburg, „Hydronephrose“ von M. Mendelsohn (50 Seiten! sehr interessant und lehrreich), „Hydrotherapie“ von Winternitz (36 Seiten), „Hypertrichosis“ von Behrend, „Hypnotismus“ von Preyer und Binswanger (70 Seiten mit Abbildungen!), „Hysterie“ von Ziehen (80 S.), „Idiotie“ von Sander, „Impfung“ von Peiper, „Iritis“ von Goldzieher, „Irrenbehandlung“ von Pelman. Mit letzterem Artikel schliesst dieser Band, der sich den früheren würdig anreihet. — Der prächtige Atlas von Toldt schreitet ebenfalls rüstig vorwärts. Lieferung 4 enthält die Muskellehre, die in höchst anschaulichen und vortrefflich ausgestatteten Bildern dem Leser vorgeführt wird. — Das 3. Werk

ist die 2., wesentlich vermehrte Auflage des „Grundrisses der klin. Balneotherapie“, die Kisch, den Bedürfnissen des Praktikers entsprechend, lexikalisch geordnet hat. Die uns vorliegenden ersten 6 Lieferungen (das Ganze soll in ca. 15 Lieferungen à M. 1.20 erscheinen) zeigen bereits die Vorzüge dieser neuen Eintheilung und des Werkes überhaupt im schönsten Lichte und sind wir auf die Fortsetzung recht gespannt. Während der 1. Abschnitt eine gedrängte Darstellung der balneo-therapeutischen Disciplinen giebt, soll der 2. Theil ein vollständiges, auf die neuesten Daten basirtes Bäder-Lexikon bringen. Schöne Abbildungen begleiten den präcis und klar geschriebenen Text, der sich zum Studium und zur raschen Orientirung in gleicher Weise eignet und alles Wissenswerthe dem Praktiker vorführt.

**Dr. G. Beck's Therapeutischer Almanach.** Herausgegeben von Oberstabsarzt Dr. Schill. 1897, I. Semester. Leipzig 1897, Verlag von B. Koenig. Preis: M, 1.—.

**Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik.** Herausgegeben von Oberstabsarzt Dr. Schill. Ders. Verlag. Preis: M. 3.40.

Die beiden periodisch erscheinenden Jahresberichte haben sich bereits unter den Praktikern viele Freunde erworben, besonders der „Therapeutische Almanach“, der jetzt im 24. Jahrgang erscheint und an dem Princip festhält, jährlich die therapeutischen Nova, soweit sie sich in der Praxis bewährt haben, nach Disciplinen geordnet, kurz wiederzugeben, damit der Praktiker sich nöthigenfalls rasch Rath holen kann, wenn er eine neue Therapie anwenden will. Denselben Zweck verfolgt der Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik, der, nach Organen getheilt, alles Wichtige über neue diagnostische Methoden und Untersuchungsergebnisse in gedrängter Kürze bringt. An Vollständigkeit und Genauigkeit lässt auch dieses Unternehmen, das seit dem vorigen Jahre erscheint, nichts zu wünschen übrig, sodass es sicherlich ebenso beliebt werden wird, wie der „Therap. Almanach“.

**Vierteljahrsbericht über die Gesamtleistungen aus dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.** Herausgegeben von Dr. Casper und Dr. Lohnstein. Berlin 1896, Verlag von Oscar Coblentz.

Wir leben litterarisch in unserem Fache im Zeitalter der „Berichte“. Und das kann nicht Wunder nehmen, wenn man bedenkt,

wie schwierig es bei den riesigen Fortschritten unserer Wissenschaft und den zahlreichen Zeitschriften, in denen jene zerstreut den Lesern vorgeführt werden, für den Praktiker ist, sich auf dem Laufenden zu erhalten und im geeigneten Moment sich rasch über das, was dem Gedächtnisse entschwunden ist, zu orientiren. Diesen Erwägungen entsprang auch der Gedanke, die zahlreichen Errungenschaften auf dem Gebiete der Harn- und Sexualaffectionen wohlgeordnet periodisch zu sammeln, ein Gedanke, den die beiden auf diesem Gebiete wohlbewanderten Autoren in vorzüglicher Weise verwirklichen, wie die beiden uns vorliegenden Hefte 2 und 3 von Neuem zeigen. Alle Arbeiten in- und ausländischer Forscher, soweit sie für den Praktiker interessant sind, werden berücksichtigt und in mehr oder weniger ausführlichen Referaten besprochen. Die Ausstattung ist eine splendide, der Preis (der Band zu 4 Heften M. 8.—) ein mässiger.

**Lehmann's Medicin. Atlanten.** München 1896/97, Verlag von J. F. Lehmann.

Die Lehmann'schen Atlanten, welche den Zweck verfolgen, für sehr billiges Geld vorzügliche bildliche Darstellungen aller Gebiete der medicinischen Wissenschaft dem Praktiker in die Hand zu geben, sind bereits so oft von uns gerühmt worden, dass wir uns eigentlich darauf beschränken könnten, das Erscheinen zweier neuer Bände: Band 13, Verandlehre von Dr. Hoffa und Bd. 14, Kehlkopfkrankheiten von Dr. Grünwald anzuzeigen. Ersterer mit seinen 128 prächtigen Tafeln kostet nur M. 7.—, letzterer mit 44 farbigen Tafeln M. 8.—. Wie gewöhnlich sind auch diese Bände nicht allein Atlanten, sondern sie enthalten auch sehr anschauliche textliche Darstellungen der betreffenden Gebiete, sodass sie Handbücher mit idealen Abbildungen darstellen, die jeder ärztlichen Bibliothek zur Zierde gereichen. — Von Bd. XI, Atlas und Grundriss der pathol. Anatomie von Prof. Bollinger, ist Heft 3/4 erschienen, womit der 1. Theil dieses ausgezeichneten Bandes abgeschlossen ist. In diesen Heften finden wir den Digestionsapparat, Leber, Gallenwege und Pankreas sowohl bildlich als textlich vollendet geschildert.

---

*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.*

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**Nr. 5.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*Februar*

*VI. Jahrgang*

*1897*

---

**D**ie früher erschienenen fünf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Die Silberwundbehandlung hat bisher Dr. B. Crédé (Dresden, Carolaus) etwa 2000 Pat. zu Theil werden lassen und ist zugleich mit der besseren Ausbildung der Technik immer zufriedener geworden mit den erzielten Erfolgen. „Ganz besonders aber ist das Gefühl der Sicherheit bei uns Aerzten ein starkes geworden; wir sind überzeugt, dass Alles, was zu verhüten in menschlicher Kraft steht, so gut wie ausgeschlossen ist.“ Autor giebt jetzt vom praktischen Standpunkt auch für die Fälle, wo die Asepsis durchführbar ist, der Silberbehandlung den Vorzug, weil er überzeugt ist, in viel einfacherer Weise, in kürzerer Zeit, mit weniger Arbeit, mit geringeren Kosten und bei noch grösserer Sicherheit dasselbe gute Resultat erreichen zu können. „Weniger Zeit brauche ich, weil ich mit einer normalen gr  nd-

lichen Reinigung der Hände und des Kranken mit Seife, Bürste und Aether oder Alkohol vollkommen auskomme, weil meine Verbandstoffe, Schürzen, Gefässe etc. nicht sterilisirt zu werden brauchen. Gut gewaschen genügen sie mir, nur die Instrumente werden natürlich gekocht. So spare ich Arbeit, und ebenso bei dem Wechseln der Verbände, da diese kleiner und einfacher als die aseptischen sind. Die Ersparniss an Verbandmaterial ist eine ganz bedeutende, ziffernmässig kann ich sie jedoch erst nach Jahresschluss angeben. Die Sicherheit der Silberbehandlung liegt erstens in ihrer Eigenschaft als milder, aber energischer antiseptischer Behandlung; bei ihr werden noch Keime zerstört, deren man bei der Asepsis nicht habhaft werden kann, oder die von den bisher gebräuchlichen Mitteln nicht sicher abgetödtet werden. Sicherer ist die Silberbehandlung auch deshalb, weil man jedem geistig normalen Menschen einen einfachen Verbandwechsel und jedem chirurgisch nicht besonders geschulten Arzt die laufenden kleinen chirurgischen Verletzungen und Krankheiten ruhig überlassen kann.“ Die Wundbehandlung, wie Autor sie seit einem Jahre ausführt, schildert er folgendermaassen: „Wunden, die ich anlege, bedecke ich, einerlei ob sie geschlossen wurden oder offen bleiben, mit Silbergaze, höchstens stäube ich auf die event. Stichcanäle, um eine Secundärinfection ganz sicher zu verhüten, etwas Itrol (Arg. citric.) auf. Diese Silbergaze, die in feinsten Vertheilung metallisches Silber enthält, ist absolut reizlos und kann auch sterilisirt werden, was ich aber für unnöthig halte; sie wird antiseptisch, sobald Krankheitskeime sich in den Wunden entwickeln, weil die durch letztere producirte Milchsäure sofort ein energisches Antisepticum, das milchsaure Silber, bildet. Bei Wunden, die ich vorfinde, reinige ich mit Wasser, Seife, Bürste und Aether die Umgebung und spüle Alles mit abgekochtem Wasser ab. Ich halte es aber auch für keinen Nachtheil, wenn Jemand mit schwachen antiseptischen Lösungen, wie Sublimat 1:2000, oder mit Silberlösungen 1:5000 abspült. Nur fast vollständig abgelöste Gewebstheile entferne ich, nur grosse Unterminirungen lege ich frei, sonst lasse ich alle Nischen und Spalten, geöffnete Gelenke etc. gänzlich unberührt, pulvere die Wundfläche mit Itrol dünn ein, lege entweder, wenn schon entzündliche Processe im Gange waren, für einige Tage einen Wasser-

priessnitz an, oder wenn keine Reaction sichtbar ist, so decke ich etwas Silbergaze und dann Watte darauf und Sorge für ruhige und sichere Lagerung. Bei theilweiser Durchnässung des Verbandes mit Blut und Serum versuche ich den Verband abtrocknen zu lassen, indem der betreffende Körpertheil öfter aufgedeckt wird oder bedecke ihn noch mit einer Lage Watte (mehr des Aussehens wegen). Bei sehr stark secernirenden Fällen erneuere ich die obere Verbandlage. Dass die Luft in Contact mit den Wundsecreten in den Verbänden kommt, stört mich nicht im Geringsten, ich habe die volle Sicherheit, dass die Wunde vor Infection geschützt ist. Sind Krankheitserreger bei der Verletzung in die Tiefe eingedrungen, so wird sich daselbst im schlimmsten Falle ein Abscess bilden, den ich als solchen behandle. Der 1. Verbandwechsel bei trockenen Verbänden wird nach 5—10 Tagen vorgenommen“. Autor hat nie Ekzeme beobachtet. Die Methode ist auch werthvoll für die Landpraxis und hat Autor Tabletten von Actol (Arg. lactic.) à 0,2 in der chem. Fabrik von Heyden (Dresden-Radebeul) anfertigen lassen, die genau so wie die Sublimatpastillen anzuwenden sind. Mit diesen, sowie mit Itrol und Silbergaze (M. Arnold, Chemnitz) ist der Arzt allen Ereignissen gegenüber gewappnet. Autor warnt vor den im Handel befindlichen Itrol- und Actolgasen, da dieselben dem Princip der Methode nicht entsprechen, auch viel zu schwach imprägnirt und gar nicht haltbar sind. Die Silbergaze hält sich Jahre lang in jedem Klima, ebenso ist Itrol unbegrenzt haltbar, wenn es in braunen oder gelben Gläsern aufbewahrt wird. Bräunt es sich unter dem Einflusse des Lichtes, so wird die Wirkung nicht beeinträchtigt, ebenso wenn es sich in Hartgummigefässen in Folge des Schwefelgehaltes des Hartgummis bräunt.

(Centralblatt für Chirurgie 1896 No. 43.)

- Die Resultate, die mit **Jodoformin** in der Münchener Poliklinik erzielt wurden, theilt A. Rosenstern mit. Das Mittel wurde in Form von Pulver, Salbe, Glycerinemulsion, Gaze, Bougies angewendet bei 51 Fällen, und zwar *Ulceracruis* (22), tuberculösen Lymphomen (11), tuberculösen Geschwüren (11), ferner luetischen Geschwüren, kalten Abscessen, Quetsch- und Riss-



wunden (je 4—6); bei mehreren war vorher Jodoform ohne Erfolg benützt worden. Die Resultate sind folgende: Jodoformin regt die Granulationsbildung noch energischer an, als Jodoform. Seine austrocknende Wirkung ist eine grössere, da es als feines Pulver besser auf den Wunden haftet; ab und zu kommt dabei Krustenbildung vor, genau wie beim Jodoform. Jodoformin hat stark desodorirende Wirkung und ist als Antisepticum mindestens ebenso kräftig wie Jodoform, letzterem auch in antituberculöser Beziehung ebenbürtig, wie übrigens begreiflich, da sich in den Wunden ja sofort Jodoform abspaltet. Völlig geruchlos ist das Mittel nicht, es riecht freilich nicht so sehr wie Jodoform. Reizlos ist es auch nicht; Autor hat 4 Mal Ekzeme gesehen, allerdings bei besonders zu Ekzemen veranlagten Individuen. Bei der geringen in Frage kommenden Jodoformmenge werden natürlich nicht so häufig, wie bei diesem, Reiz- und Vergiftungserscheinungen vorkommen. Letztere hat übrigens Autor nicht beobachtet. Er kommt zu dem Schluss, dass Jodoformin zwar gewisser Vortheile wegen dem Jodoform vorzuziehen ist, besonders auch bei dem geringen Preisunterschied, dass aber in demselben das Ideal eines Jodoformersatzmittels nicht erreicht ist.

(Inaug.-Dissert. München 1896. — Centralblatt f. Chirurgie 1896 No. 43.)

— **Amyloform** nennt Prof. Classen eine chemische Verbindung des Formaldehyd mit Stärke. Das Präparat wird im lebenden Organismus ununterbrochen unter Freiwerden von Formaldehyd und Abspaltung von Stärke, welche resorbirt wird, zerlegt, sodass die Wirkung eine bis zur völligen Zersetzung der Substanz andauernde ist. Das Amyloform, ein weisses, vollständig geruchloses und ungiftiges Pulver, ist in allen Lösungsmitteln unlöslich und hat eine so hohe Beständigkeit, dass selbst bei Temperaturen bis zu 180° keine Zersetzung eintritt und in Folge dessen die damit imprägnirte Gaze vor dem Gebrauch noch im strömenden Dampf sterilisirt werden kann. Dr. C. Longard (Aachen, Borromäus-Krankenhaus) stellte nun mit dem Mittel Versuche an und gelangte zu dem Resultat, dass das Amyloform ein energisch wirkendes, desodorirendes und secretionshemmendes Antisepticum ist, das, völlig reizlos

und ungiftig, dem Jodoform in keiner Weise nachsteht. Behandelt wurden Panaritien, Abscesse, Phlegmonen, Furunkel, eiternde Wunden, auch 10 Fälle von acuter Osteomyelitis. Unter letzteren befand sich ein Fall von Pyämie mit osteomyelitischer Erkrankung des rechten Schenkelkopfes, der Pfanne, des linken Handgelenkes und ein anderer von acuter Osteomyelitis des linken Schenkelkopfes und Oberschenkels bei einem Kinde von 5 Monaten. Nach Entfernung der erkrankten Knochen wurde stets die Wunde mit Amyloform reichlich eingestäubt und mit Amyloformgaze austamponirt. Die ersten Verbände lagen meist 4--5 Tage; beim Verbandwechsel hatten die Wunden ein gutes Aussehen und es hatte den Anschein, als ob frische Granulationen noch rascher emporschossen, als z. B. unter Jodoform. Obschon auch bei dem 5monatlichen Kinde die Ausdehnung der Erkrankung eine sehr grosse war und bei dem schmutzigen Aussehen der Wundhöhle viel Amyloform applicirt wurde, vertrug Pat. das Medicament ohne Reaction. In einem Falle von Empyem bei einem 1 $\frac{1}{2}$  Jahre alten Kinde wurde das Mittel nach erfolgter Rippenresection bei jedem Verbandwechsel in den Thoraxraum eingestreut; es wirkte gut, ebenso wie bei einer ausgedehnten Weichtheilszerreissung des Unterschenkels und der Hand, bei 8 schweren Phlegmonen, 4 Exstirpationen von Bubonen und bei einer eitrigen Prostatitis, die vom Damme aus gespalten wurde und bei welcher die tiefe Wundhöhle mit 10%iger Amyloformgaze austamponirt wurde. Die Unschädlichkeit des Mittels zeigt z. B. ein Fall von Nierenexstirpation, noch dazu mit Schwangerschaft complicirt, wo ebenfalls 10%ige Gaze zur Ausstopfung der Wundhöhle verwandt wurde. Die Gaze leistete auch in gynäkologischen Fällen gute Dienste, 1 Mal auch bei Tamponade der Bauchhöhle nach Totalexstirpation per laparotomiam bei jauchendem Carcinom, wo trotz aller Vorsicht etwas von den jauchenden Massen in die Bauchhöhle gelangte und trotzdem Genesung eintrat. In Zukunft wird Autor sich stets bei Tamponade der Bauchhöhle der Amyloformgaze bedienen, um so mehr, als noch kürzlich bei einer geplatzten Tubarschwangerschaft mit starker Blutung, wo Jodoformgaze benützt wurde, eine 2 Tage andauernde Psychose, jedenfalls durch Jodoformintoxication, beobachtet wurde. Gerade in Fällen, wo der Blutverlust ein

grosser und die Resorption eine energische ist, ist ein solch ungiftiges und doch stark antiseptisch wirkendes Mittel, wie Amyloform es ist, von grosser Bedeutung. Auch bei tuberculösen Processen, 5 Mal nach Exstirpation von tuberculösen Halsdrüsen, nach Resection eines tuberculösen Ellenbogengelenks und von 2 ausgedehnten tuberculösen Coxitiden, wo ausgiebige Resectionen erforderlich waren, kam Amyloform zur Verwendung. Auch hier versagte dasselbe nicht, es ging vielmehr die Heilung ebenso prompt und sicher von statten, wie bei Jodoform.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 10.)

- Die **Desinfection von Wohnräumen mittelst Formaldehyd** hat Dr. F. Niemann (Berlin) experimenti causa mittelst verschiedener Apparate, nämlich dem Bartel'schen, Oppermann-Rosenberg'schen (mit Holzinol) und dem Trillat'schen ausgeführt. Die Desinfection mittelst der beiden ersten war eine so ungenügende, dass sie als unsicher bezeichnet werden muss, dagegen arbeitete der Trillat'sche, der ausserdem noch den Vortheil hat, dass er ausserhalb der inficirten Räume steht und frisch gefüllt werden kann, ohne dass man in die Locale hineinzugehen braucht, so exact, dass eine sichere Desinfection durch ihn gewährleistet wurde.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 46.)

- Das **Vorkommen von Streptokokken in der Scheide Schwangerer und Gebärender** ist von verschiedenen Autoren bestritten, von anderen als vorhanden betont worden. Vahle (Marburg) hat 30 Schwangere und 60 Gebärende daraufhin untersucht und fand bei ersteren ausser verschiedenen anderen Mikroorganismen 3 Mal Streptokokken (2 Mal in Reincultur, 1 Mal zusammen mit Staphylokokken), bei letzteren 15 Mal, d. h. in 25% (11 Mal in Reincultur, 4 Mal nur als vereinzelte Colonien). Diese Befunde mahnen, durch Desinfection des Geburtscanals prophylaktisch der Gefahr zu begegnen, und empfiehlt Autor bei jeder Geburt Scheidenausspülungen mit 0,75%iger Lösung von Liq. Kresol. saponat. vorzunehmen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 35 Heft 2.)

**Asthma.** Ein Fall von A. uterinum, also von typischem, durch die Menstruation hervorgerufenem A. bronchiale wird von Katz mitgeteilt. Eine 32jährige, aus einer gesunden, neuropathisch durchaus nicht belasteten Familie stammende und selbst kein Symptom von Neurasthenie darbietende, stets regelmässig menstruirte Pat. bekam vor 1 Jahr plötzlich während der Menstruation einen Anfall von A. mit heftigster Athemnoth. Diese Erscheinung wiederholt sich seitdem bei jeder Periode, dauert so lange wie diese und verschwindet mit ihr, indem sie sofort wie weggeblasen ist. Während der Attaque ist charakteristisches Sputum mit Asthmakrystallen vorhanden. Nach dem Anfall ist vollkommene Euphorie zu constatiren. — Auch v. Leyden hat mal einen ähnlichen Fall erlebt, nur dass hier schon vorher Anfälle aufgetreten waren. Das junge Mädchen hatte schon als Kind an A. gelitten, war dann aber verschont geblieben, bis die Menses sich einstellten. Da kam das A. wieder zum Vorschein, und meist im Anschluss an die Menstruation traten Anfälle auf.

(Verein f. innere Medicin in Berlin 2./XL 1896. —  
Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 90.)

— Auf eine Anfrage nach der besten Behandlung eines hartnäckigen Falles von A. bronchiale antwortet ein College, er behandle seit Jahren solche Fälle mit vorzüglichem Erfolge mit einer von Davis angegebenen Verordnung, die stets so gute Dienste leistete, dass alle anderen Medicationen überflüssig waren. Das Recept lautet:

**Rp.**

*Chloral. hydrat. 15,0*  
*Ammon. chlorat. 10,0*  
*Morph. mur. 0,2*  
*Stib. sulfur. aur. 0,15*  
*Extr. Grindel. robust. 50,0*  
*Aq. dest. 120,0.*

M. D. S. 3stündl. 1 Theelöffel davon in heissem Wasser zu nehmen.

(Aerztl. Central-Anzeiger 1896 No. 45.)

**Combustio.** Ueber Nachbehandlung geheilter Brandwunden sprach Dr. Brodnitz (Frankfurt a. M.). Er ging davon

aus, dass es, besonders bei ausgedehnten Verbrennungen der unteren Extremität, eine fast regelmässige Folge ist, dass nach eingetretener Heilung der verletzte Theil in kleinerer oder grösserer Ausdehnung exulcerirt, ein Vorgang, der sich oft immer wieder wiederholt. Das narbige, zu Abschilferungen neigende Gewebe ist eben gegen äussere Einflüsse besonders empfindlich, das subcutane Fettgewebe fehlt, die tiefer gelegenen Theile sind infiltrirt, es fehlt den afficirten Parthieen die Elasticität des normalen Gewebes, endlich behindern die Narben bisweilen wie Schnurringe die venöse Circulation und befördern Varicenbildung. Wollen wir diese Folgezustände verhüten, so müssen wir schon bei der Behandlung der C. diesen Ursachen entgegen-treten; wir haben darauf zu achten, dass die äussere Bedeckung widerstandsfähig wird, dass die Infiltrationen in den tieferen Schichten beseitigt werden, dass die Füllung der venösen Gefässe corrigirt und schliesslich die afficirten Theile vor Insulten geschützt werden. Die Kräftigung der Narbe, die Beseitigung der Infiltrationen, die Besserung der Circulation in dem erkrankten Theile sind Aufgaben der Massage, Effleurage und Frictionen, welche hier natürlich mit grosser Vorsicht, damit sie nicht selbst als Insult wirken, ausgeführt werden müssen, also Sache des Arztes selbst sind. Diese manuelle Behandlung soll bereits während des Wundheilungsprocesses, den sie befördert, und nach der Heilung durch mehrere Wochen bei absoluter Bettruhe fortgesetzt werden, bis die Weichtheile eine gewisse Elasticität gewonnen haben, und die Narbe in Falten sich erheben lässt. Verlässt jetzt der Pat. das Bett, so gilt es nunmehr, die afficirten Theile vor einer zu starken venösen Blutfülle, sowie vor Insulten zu schützen. Flanellbinde und Gummistrumpf sind dazu nicht empfehlenswerth; letzterer befördert durch die Behinderung der Transpiration die Ulceration, die Anlegung der Flanellbinde setzt aber eine gewisse Geschicklichkeit voraus, und eine schlecht angelegte Binde stiftet durch ihre ungleichmässige Druckwirkung nur Schaden. Autor empfiehlt nun hierzu sehr den Zinkleim von Unna. Derselbe wird warm auf das längere Zeit hoch gelagerte Bein recht dick aufgetragen; während des Erstarrens werden auf demselben in der Längsachse zur Verstärkung des Ver-

bandes Mullstreifen derart gelegt, dass jeder Streifen von dem benachbarten etwa 1 cm entfernt ist; nach dem Erstarren wird eine gleich dicke Schicht Zinkleim aufgetragen; ist der ganze Verband erstarrt, so wird er mit einer Mullbinde umwickelt. Dieser Verband, welcher in 1—2 Stunden völlig fest ist, übt einen gleichmässigen Druck aus, ohne die Transpiration aufzuheben, er verhütet eine übermässige Füllung des venösen Kreislaufs, ist ein wirksamer Schutz gegen Insulte, und die Pat. können in Folge der Elasticität des Verbandes, der die Bewegungen in den Gelenken nicht hemmt, Gehversuche machen und dann die Arbeit aufnehmen. Die Verbände bleiben 3—4 Wochen liegen, werden dann erneuert und erst nach mehreren Monaten fortgelassen. Als empfehlenswertheste Mischung für den Zinkleim giebt Autor an:

## Rp.

*Aq. dest.* 50,0  
*Gelatin.* 15,0  
*Glycerin.* 10,0  
*Zink. oxyd.* 25,0  
*adde*  
*Ichthyol.* 2,5.

(68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Sept. 1896. — Monatschrift f. Unfallheilkunde 1896 No. 10.)

— Dr. Beauxis-Lagrange hat 4 Fälle, darunter 3 sehr schwere, mit **Pikrinsäure** behandelt:

## Rp.

*Acid. picrinic.* 5,0  
*Alcohol. (65%)* 50,0  
*Aq. dest.* 950,0.

In solcher Verdünnung beseitigt das Mittel fast momentan den Schmerz und die Vernarbung erfolgt rascher als unter jedem anderen Verband. Mit obiger Lösung wird sterile Gaze imbibirt, dann ausgepresst und in dicken Lagen mittelst Binden auf die afficirten Stellen fixirt, wo sie 3 Tage liegen bleiben. Die Gelbfärbung von Wäsche und Händen kann leicht mit Wasser und Seife entfernt werden.

(Gaz. hebd. 1896 No. 91. — Wiener medic. Presse 1896 No. 47.)

— Dr. Dejace rühmt das **Loretin** als ölige Paste:

**Rp.**

*Loretin. 30,0*  
*Ol. Olivar. sterilis. 60,0.*

S. Aeusserlich!

(Le Scalpel 1896 pag. 213. — Wiener medic. Presse 1896 No. 45.)

**Diphtherie.** Tinct. Myrrhæ bei D. empfiehlt Dr. E. Grätzer (Sprottau). 1893 hat Ströll (München) diese Behandlung publicirt. Derselbe hatte 20 Fälle, darunter 3 Kehlkopfdiphtherieen bei Kindern unter 4 Jahren ohne locale Therapie, nur durch interne Darreichung von 2%iger Myrrhentinctur geheilt, die er folgendermaassen verschrieb:

**Rp.**

*Tct. Myrrh. 4,0*  
*Glycerin. 8,0*  
*Aq. dest. ad. 200,0.*

Diese Lösung liess er Tag und Nacht darreichen, bei Tag 1stündlich (bei schweren Fällen  $1\frac{1}{2}$  stündl.), bei Nacht 2stündl. (resp. 1stündl.) und zwar bei Kindern in den ersten 2 Jahren 1 Kaffeelöffel (5 gr), von 3—15 Jahren 1 Kinderlöffel (10 gr), vom 16. Jahre ab 1 Esslöffel. Sobald sichtliche Besserung eintrat, wurde die Arznei seltener verabfolgt. Locale Therapie hielt er nicht für erforderlich, doch ginge die Heilung noch rascher vor sich, wenn man bei grösseren Kindern bei Tag 1stündlich, Nachts 2stündlich mit 2 Esslöffeln Chloroformwasser (2,0 : 400,0) gurgeln liesse; auch könne man die Mandeln 1stündlich mit reiner Myrrhentinctur pinseln und bei Kehlkopfdiphtherie von obiger Lösung  $1\frac{1}{2}$  stündl. 1—2 Esslöffel inhaliren lassen. Auch Andere versuchten diese Therapie darauf und waren ebenfalls sehr zufrieden. Båthori behandelte 34 Fälle so, heilte sie in 3—10 Tagen und hatte nur eine Mortalität von 15%, Seidler behandelte 8 Kinder von 1—4 Jahren so und rettete trotz ausgebreiteter Erkrankung alle bei sichtlich abgekürzter Krankheitsdauer, ebenso verlor Miloslawski von 42 Fällen (12 schwere, 20 mittlere, 10 leichtere) nur 3, während die anderen in 6—8 Tagen geheilt waren. Grätzer hatte schon früher (s. Excerpta IV, S. 12) 2 Beobachtungen mitgetheilt, wo er die Ströll'sche Methode schätzen lernte. Seitdem hat

er weitere 10 Fälle von D. bei Kindern von 11 Monaten bis 6 Jahren mit Myrrhen behandelt und keinen Todesfall, wohl aber bedeutende Abkürzung der Krankheitsdauer zu verzeichnen. Obwohl er die Serumspritze immer parat hielt, kam er nicht dazu, sie anzuwenden, weil sich sehr bald eine solche Besserung zeigte, dass er auch ohne Serum Heilung zu erreichen hoffen konnte. Allerdings kamen 8 Fälle frühzeitig in Behandlung (freilich nicht immer mit leichten, sondern bisweilen sogar recht bedrohlichen Erscheinungen) und alle Fälle konnten nur als „mittelschwer“ angesehen werden. Aber auch bei einigen Tagen alten Fällen bewährte sich die Ströll'sche Methode (freilich nicht so rasch wirkend) und Autor gewann auch den Eindruck, dass selbst schwere Fälle dieser Therapie unterzogen werden sollten; allerdings müsste hier noch das Serum mit angewendet werden, wodurch die Mortalität, die ja bei Serumbehandlung allein immerhin noch eine ziemlich grosse ist, wohl bedeutend herabgedrückt werden würde. Autor ordinarie die Tinct. Myrrh. wie Ströll. Von localer Therapie nahm er stets Abstand, nur liess er in der ersten Zeit permanent eine Eiscravatte um den Hals appliciren und grössere Kinder fleissig Eisstückchen schlucken. Intern gab er meist neben der Myrrhentinctur ein Chinadecoct:

## Rp

*Decoct. cort. Chin.* 5,0—10,0:75,0

*Acid. mur.* 0,5

*Spir. aeth. nitr.* 1,5—2,5

*Syr. Cort. aur. ad.* 100,0.

M. D. S. 2stündl. 1 Thee-, Kinder- bis Esslöffel.

Die Kinder nahmen die Myrrhenmixture nicht gern, wiesen dieselbe aber auch nie zurück. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nie beobachtet. Was die Theorie der Myrrhenwirkung anbelangt, so wird nach Binz durch Myrrhentinctur die Zahl der weissen Blutkörperchen ganz bedeutend vermehrt, sodass der Organismus sich gegen die eindringenden Feinde vertheidigen kann. Andere nehmen an, die Tinctur vernichte die in den afficirten Theilen entwickelten Toxine und Ptomaine und verhindere so ihr weiteres Eindringen in den Körper.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 47.)



— Dr. F. Lueddekens (Liegnitz) wendet das schon von seinem Vater mit Erfolg benützte **Hydrarg. cyanat.** ebenfalls mit bestem Erfolge an. Beide haben damit seit 1893 81 Fälle von D. und 30 Fälle von Scharlach behandelt und hatten nur im Ganzen 2 Todesfälle zu verzeichnen. Die Behandlung bestand in Folgendem: Local: 3—2—1 Mal täglich zunächst Abschabung der nekrotischen Beläge mit dem Stielende des Löffels, der zur Halsuntersuchung gebraucht wurde, hierauf Auswischen des ganzen Pharynx mit Liq. ferri sesquichlorat. mit einem Wattetupfer, der fest um ein Holzstäbchen gewickelt, fast völlig damit getränkt war. Sobald die Ränder der diphtheritischen Stellen entschiedene Tendenz zur Abheilung erkennen liessen, wurde nur noch mit Liq. ferri sesquichlorat. und Wasser zu gleichen Theilen touchirt. Wenn möglich, Gurgeln mit Kal. chloric. (1 Theelöffel auf 1 Glas Wasser,  $\frac{1}{4}$  stündlich), anderenfalls wenigstens öfters Auswaschen des Mundes mit gleicher Lösung. Intern: Täglich 1—2 Citronen in Zuckerwasser ausgedrückt, reizlose Kost, am liebsten Milch, event. Laxans und eine Mixtur von Hydrarg. cyanat., stündl. 1 Theelöffel, allmählig eingeflösst und langsam herunterzuschlucken. Die Dosis 0,01:100,0 darf nicht unterschiedslos verabreicht werden, sondern Alter, Kräftezustand, Verdauung (bei Obstipatio grössere Gaben, bei Durchfall kleinere!) u. s. w. müssen berücksichtigt werden. Der Erfolg war stets: schon am folgenden Tage Herabgehen der Temperatur, Besserung des Allgemeinbefindens, Genesung in 5—8 Tagen bei Diphtherie, in 8—10 Tagen bei Scharlach. Nur 3 Mal Complicationen: 2 Mal recidirte nach Scharlach eine schon vor längerer Zeit bestandene Otorrhoë, und 1 Mal kam es zu Nephritis; letzterer Fall ist der einzige, wo noch Serum zur Anwendung kam.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 11.)

**Elephantiasis.** Einen Fall von **E. Arabum acuta faciei** stellt Prof. Kaposi vor: Das Uebel trat bei dem 19jährigen Mädchen vor 10 Monaten sehr rasch zu dem heutigen Bilde auf, nachdem durch einige Tage mehrere „Knötchen“ im Gesicht erschienen waren. Beide Wangen flachkuchenförmig, aufgetrieben von der Nasolabialfalte bis zum Kinnwinkel, Unterkieferwinkel und Regio zygomatica, rechts noch über die Halskiefer-

furche bis zum Kopfnicker übergreifend, die Lider beider Augen zu grossen, ödematösen Wülsten aufgetrieben, sodass nur eine schmale Lidspalte offen ist. Im Bereiche der aufgetriebenen Wange zeigt die sonst glatte Haut eine rosigrothe Injection, während sie sonst zumeist, wie die ödematösen Augenlider, fahlweiss sich präsentirt. Beim Betasten fühlt man die Cutis selbst scheinbar in ihren oberen Antheilen wenig verdickt und etwas faltbar, dagegen in den tiefen Schichten ungleichmässig teigig-derb bis nahezu fibromartig resistent, nicht schmerzhaft. Solche Pachydermie pfl egt wie an den unteren Extremitäten auch im Gesicht aufzutreten als Folge recidivirender Erysipele, da, wo zu letzteren Anlass gegeben ist, z. B. durch chronische Excoriations- und Geschwürsprocesse der Nasenschleimhaut, Ekzem bei scrophulösen Kindern, Lupus u. s. w. Allein da kommt doch die Veränderung sehr allmählig, binnen Jahren zu Stande, und erscheint auch diesem chronischen Entwicklungsgange entsprechend die Haut braunroth, pigmentirt, verdickt, teleangiektatisch. Hier ist aber die Entwicklung rasch vor sich gegangen, die oberste Cutisschichte scheinbar normal, die Färbung meist äusserst blass und auch die Schwellungsmasse mehr einem derben Oedema entsprechend, sodass Mancher an Myxödem denken könnte, was es aber in der That nicht ist. Es handelt sich vielmehr um ein lymphatisches Oedem in Folge von Erysipel, das mit der Zeit zu bindegewebiger Hypertrophie, also zu E. führt und in einzelnen Schichten des Gewebes hier bereits geführt hat. Es haben sich auch bei dem Patienten während des Spitalaufenthaltes, d. h. innerhalb der letzten 3 Monate, wiederholt Erysipele des Gesichts eingestellt, auch in den letzten Tagen eins, dessen Rest die jetzige Hautröthe noch bildet. Ein ätiologisch maassgebender Localisationsheerd konnte jedoch nicht eruirt werden, der die Erysipele erklären könnte. Autor ist der Ansicht, dass es Individuen giebt, bei denen eine besondere Irritabilität der Lymphgefässe besteht, in Folge dessen nach Entzündung eine Parese und consecutive Ektasie mit Stauung entsteht, denn er sah Fälle, wo nach einer einzigen Lymphangoitis, z. B. nach einem Puerperium, oder auch sonstwie in kürzester Frist, in 2—3 Jahren die colossalste E. der ganzen Unterextre-

mitäten sich entwickelte, während andere wiederholte Erysipele ohne Consequenzen durchmachten.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 1. October 1896. — Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 43.)

**Furunculosis.** Nach Landolt und Gigax soll sich folgende Verordnung bei hartnäckiger F. der Lider sehr gut bewähren:

**Rp.**

*Spirit. camphorat.*  
*Sulf. praec. aa 1,0*  
*Aq. Calc.*  
*Aq. Rosar. aa 10,0*  
*Gummi arab. 0,2.*

M. D. S. Täglich 1 Mal aufs Lid zu streichen.

(La Belgique Médic. 1896 No. 25. — Wiener klin. Rundschau 1896 No. 39.)

**Gonorrhö.** Ueber die Resultate der Argoninbehandlung im Alten Allgem. Krankenhaus in Hamburg berichtet Dr. R. Boltz. Es handelt sich um 104 Fälle. Die Behandlung dauerte im Durchschnitt 25 Tage, die Gonokokken verschwanden aber schon nach ca. 21 Tagen. Bei der Blenorrhoea ant. und post. kam hauptsächlich die Spritzmethode in Betracht; es wurde 3 Mal tägl. 3%ige Lösung injicirt; bei einigen hartnäckigen Fällen von Blennorrhoea ant. auch eine 7,5%ige Lösung angewandt oder 5%ige Argoninstäbchen benutzt, bei hartnäckiger Urethritis post. auch mit der Guyon'schen Spritze 7,5%ige Lösung instillirt. Von Urethritis ant. wurden 45 Fälle behandelt, bei denen das Verschwinden der Gonokokken stattfand in der

|       |     |      |     |    |     |      |       |     |       |
|-------|-----|------|-----|----|-----|------|-------|-----|-------|
| I.    | II. | III. | IV. | V. | VI. | VII. | VIII. | IX. | Woche |
| bei 5 | 8   | 12   | 9   | 4  | 3   | 2    | 1     | 1   |       |

im Durchschnitt also in der 3. Woche. Die Zeit des Eintritts der Behandlung nach der Infection war sehr verschieden, von 8 Tagen bis 1 Jahr. Auf den Erfolg der Behandlung hatten diese Zeitunterschiede keinen Einfluss. So findet sich unter den in der 1. Woche geheilten Fällen einer, welcher erst  $\frac{1}{4}$  Jahr nach der Infection zur Behandlung kam, während nach 8—14 Tagen behandelte Fälle erst nach 4—7 Wochen gonokokkenfrei waren. Meist genügte die Spritzmethode und 3%ige Lösung. Bei dem einen Fall, der 9 Wochen behandelt werden

musste und die Pars anter. allein betraf, wurde, als die 3<sup>o</sup>/<sub>o</sub>ige Lösung nicht wirkte, 7,5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>ige 6 Mal tägl. injicirt und als auch diese nicht wirkte, 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>ige Stifte applicirt, die schliesslich zur Heilung führten. Nie wurde eine Reizung beobachtet. Von Urethritis ant. et post. wurden 59 Fälle behandelt, bei denen die Gonokokken verschwanden in der

|    |     |      |     |    |     |      |       |     |    |       |
|----|-----|------|-----|----|-----|------|-------|-----|----|-------|
| I. | II. | III. | IV. | V. | VI. | VII. | VIII. | IX. | X. | Woche |
| 9  | 12  | 16   | 8   | 8  | 3   | 2    | 0     | 0   | 1. |       |

Complicirt waren die Fälle 30 Mal durch Epididymitis und 2 Mal durch Cystitis, die übrigen waren frische Blennorrhöen und einzelne Recidive. Eigenthümlich mag es erscheinen, dass hier eine grössere Zahl von Heilungen in der I. und II. Woche verzeichnet ist, als bei der Urethritis ant. Doch muss man berücksichtigen, dass von den 9 Fällen der I. Woche 7 mit Epididymitis complicirt waren und hier erst, nachdem letztere behandelt war und so gleichzeitig für eine Spontanheilung günstige Bedingungen geschaffen waren, die eigentliche Argoninbehandlung einsetzte. Auch bei den Fällen der II. und III. Woche ist die Complication mit Epididymitis vorwiegend. Ein Wiederaufflammen derselben, wie sonst häufig bei Behandlung der G., ist bei keinem Falle beobachtet worden. 2 Mal fand sich als Complication heftige blutige Cystitis. Beide Male wurde eine Blasen-ausspülung mit 7,5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>iger Argoninlösung angewandt, die trotz grosser Reizbarkeit des Blasenhalbes gut vertragen wurde; nach 3—4 Tagen waren die Gonokokken im katheterisirten und centrifugirten Urin verschwunden, der häufige Harndrang ging rasch zurück und bald war die Heilung erreicht. Während des Vierteljahres, wo Argonin bei G. angewandt wurde, trat keine Blasencomplication bei der Affection ein. Man kann also wohl sagen, dass Argonin ein Mittel ist, welches 1. die Gonokokken durchschnittlich in 3 Wochen zum Verschwinden bringt, 2. in der nöthigen Concentration von 3—7,5<sup>o</sup>/<sub>o</sub> keine Reizerscheinungen hervorrufft und 3. beim blennorrhöischen Blasenkatarrh rasch heilende Wirkung hat.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1896 Bd. XXIII No. 8.)

— Mit **Airol** behandelten F. Legueu und L. Lévy (Paris) 45 Fälle von männlicher G., 20 acute und 25 subacute und chronische. Nachdem sie die vordere Urethra mittelst Spritze mit 4<sup>o</sup>/<sub>o</sub>igem Borwasser gewaschen, spritzten sie täglich 1 Mal 3 cm<sup>3</sup> der folgenden Emulsion ein:

**Rp:**

*Airol 2,0*  
*Glycerin.*  
*Aq. dest. āā 10,0.*

Von den 20 acuten Fällen handelte es sich 17 Mal nur um vordere G., 3 Mal um vordere und hintere. Zu Beginn der Behandlung bestand der Ausfluss bereits 2—17 Tage. 4 Pat. hatten bereits eine Behandlung mit Zink. sulfur. oder Kal. permang. durchgemacht, die anderen waren noch unbehandelt oder hatten Balsamica innerlich genommen. Bei Allen wurde die Behandlung auf die vordere Harnröhre beschränkt. 16 Fälle wurden geheilt, bei 4 blieb die Behandlung erfolglos. Die 16 Heilungen wurden nach 8—12 Injectionen erzielt. Im Allgemeinen stand die zur Heilung erforderliche Zahl der Injectionen im umgekehrten Verhältniss zum Alter und zur Intensität der Infection, d. h. die frischeren Fälle erforderten eine grössere Zahl von Injectionen, als die älteren. Stets war die Heilung eine definitive. Die 25 Fälle von chronischer G. waren 2 Monate bis 13 Jahre alt. Die meisten Pat. hatten ganz unbedeutenden Ausfluss, der sich durch den Morgentropfen äusserte und nur durch Biergenuss oder Coitus zunahm. Alle ausser einem wurden durch 5—9 Injectionen geheilt. In einem Falle trat Heilung nach 2, in einem anderen nach 3, in einem dritten nach 4 Injectionen ein. Alle diese Fälle hatten verschiedene Behandlungen erfolglos durchgemacht; in einem 4jährigen Falle waren 2 Serien zu 24 Ausspülungen mit Kal. permang. vorangegangen; nach 12 Airol-injectionen Heilung. In einem anderen, 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Monate alten, waren 12 Ausspülungen mit Kal. permang. gemacht worden, ohne Erfolg; nach 6 Injectionen mit Airol Heilung. Ein Pat., der mit Kal. permang. seit 1889 wiederholt behandelt worden war, wurde durch 9 Injectionen geheilt. Die Resultate sind also recht befriedigende, besonders bei chronischer G. Das Airol scheint nicht ge-

nügend antiseptisch zu wirken, um die Virulenz der ersten Zeit zu bekämpfen, hingegen kommen seine Eigenschaften bei abgeschwächter Virulenz voll zur Geltung.

(Therap. Wochenschrift 1896 No. 46.)

- Einen Fall von gonorrhöischer Gonitis bei einem Säugling stellt Dr. H. Müller vor. Der etwa 1 Monat alte Knabe zeigt starke Schwellung (Erguss) des linken Kniegelenks, welches in erheblicher Flexionsstellung sich befindet und bei passiven Bewegungsversuchen heftig zu schmerzen scheint. Das Kind, das keinerlei Zeichen von Lues aufweist, fiebert nur wenig. Am 4. Tage nach der Geburt war es an Conjunctivalblennorrhö erkrankt und deshalb auf der ophthalmol. Klinik behandelt worden, wo sich, am 4. Tage nach der Aufnahme, d. h. also am 8. Tage post infect., die Gelenksaffection entwickelte. Die Augenblennorrhö ist bereits abgeheilt, das eitrige Secret aus der Urethra der Mutter enthält Gonokokken. Es ist dies der 1. Fall von gonorrhöischer Arthritis im frühen Kindesalter, den Autor sieht, trotzdem er in der Poliklinik weit über 100 Fälle von Vulvovaginitis gonorrhöica zu behandeln Gelegenheit hatte. In der ophthalm. Klinik sollen schon einige Fälle beobachtet worden sein, was vermuthen lässt, dass vielleicht die Gonokokken leichter von der Conjunctiva in die Blutbahn gelangen können.

(Gesellschaft der Aerzte in Zürich, 11. Juli 1896. — Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1896 No. 22.)

- Zur Casuistik der diffusen gonorrhöischen Peritonitis berichtet Dr. M. Bensinger (Mannheim) über folgenden Fall: Eine 28jährige Frau, deren Mann wegen frischer G. in Behandlung stand, klagt über heftige Kreuz- und Leibschmerzen und zeigt ein recht leidendes Aussehen. Die letzten, rechtzeitig eingetretenen Menses hatten unter heftigsten Schmerzen und colossaler Blutung 14 Tage gedauert und waren jetzt seit 4 Tagen verschwunden. Aus Scheide, Cervix und Urethra entleerte sich eitriges Secret, das Gonokokken enthielt; starkes Brennen beim Wasserlassen, vermehrter Harndrang; Uterus etwas vergrössert, empfindlich, desgleichen der rechte Eierstock; links ein prallelastischer, über faustgrosser, mit der seitlichen Beckenwand verwachsener Tumor. Diagnose: Acute Gonorrhöe, acute

gonorrhöische Oophoritis rechts, Pyosalpinx gonorrhöica acuta links. Die Therapie war die übliche: Bettruhe, Priessnitz, Tinct. Opii simpl., Scheidenirrigationen unter gelinder Druckhöhe mit Kal. hypermang. 3 Tage später Pat. in elendem Zustande. Sie hatte die Vorschrift, ruhig auf dem Rücken zu liegen, nicht befolgt, sondern sich Nachts brüsk im Bett herumgeworfen und dabei auf der linken Seite im Becken einen plötzlichen stechenden Schmerz verspürt. Puls klein, 120, Temp. 39,2° (in den nächsten Tagen 41,5—42°); angstvolles Wimmern, Apathie, Abdomen stark aufgetrieben, in der Bauchhöhle geringer Flüssigkeitserguss, Icterus. Therapie: Alkohol in concentrirter Form und grossen Gaben per os et per clysmata, Moschusätherinjectionen, Campher, Eisblase. Eine vorsichtige Palpation ergab, dass der Tumor links verschwunden, also die Pyosalpinx geplatzt und so eine diffuse Peritonitis erzeugt war. Das Fieber hielt mit einigen Remissionen bis zum 7. Tage an, um dann völlig zu verschwinden. 11 Tage nach dem Platzen sehr profuse, schmerzlose Menses, die 8 Tage anhielten. Pat. erholte sich rasch. Eine 6 Wochen nach der Erkrankung vorgenommene Untersuchung ergab einen normal grossen und ebenso gelagerten, gut beweglichen Uterus; rechtes Ovarium nur wenig vergrössert, nicht schmerzhaft; im Douglas nach links fixirter, harter, kleinfingerdicker, etwas gewundener Strang, der nicht empfindlich war. Nach einer Resorptionscur verschwand auch dies bis auf minimale Residuen; Pat. fühlte sich absolut wohl, nahm an Gewicht zu, sah sehr gut aus und hatte normale Menses. — Autor schliesst sich dem Rathe Bröse's, bei gonorrhöischer Peritonitis nicht operativ einzugreifen, sondern eine rein expectative und symptomatische Therapie anzuwenden, voll und ganz an.

(Allgem. medicin. Central-Ztg. 1896 No. 97.)

**Haematomyelie.** Einen Fall von H. nach einem eigenartigen Trauma beschreibt Dr. Th. Benda (Berlin). Ein 40jähriger, aus gesunder Familie stammender, selbst bisher stets gesunder, kräftiger, nicht nervöser Turnlehrer ohne Lues, Potus, Tabakmissbrauch oder Excessen in Venere, geht Abends, nachdem er am Tage viel geturnt, zum Schwimmunterricht, wo er sich wieder gehörig anstrengt. Als ihm einmal Wasser in Mund und Nase tritt, wirft

er, um sich aus dieser Situation zu befreien, mit einem plötzlichen Ruck den Kopf nach hinten und zieht das Kreuz ein. Im selben Moment spürt er einen heftigen Schmerz im Rücken und in den Beinen und hat das Gefühl, als ob ihm letztere abstürben. Unfähig, eine weitere Bewegung zu machen, wird er aus dem Wasser gehoben, zittert und schwankt und fährt im höchsten Maasse erschöpft nach Haus, empfindet hier einen brennenden Schmerz im Rücken und hat bei Bewegung des Kopfes nach rückwärts das Gefühl, als ob sich im ganzen Körper viele kalte Stäbe bewegten. In den nächsten Tagen fühlt er sich sehr schwach auf den Beinen und kann nur wenige Schritte gehen, auch hat er ein eigenthümliches Spannungsgefühl in den Muskeln, wozu sich noch ein Gefühl von wechselnder Hitze und Kälte, von Taubheit in den Beinen, am Leib und Rücken, zeitweise ein Kribbeln in den Zehen und Fingern hinzugesellt. Das Urinlassen war sofort erschwert. Pat. liess sich 3 Wochen lang massiren, ohne grossen Erfolg, dann sah ihn Autor und constatirte Folgendes: Spastisch-paretischer Gang; Auftreten, namentlich rechts, mehr mit der Spitze des Fusses; nach wenigen Schritten vollständige Erschöpfung; Bewegungen sämmtlich ausführbar, bei Beugung im rechten Knie und im rechten Fuss aber deutliche Spannung; Muskulatur nicht atrophisch; elektrische Erregbarkeit rechterseits etwas herabgesetzt; Fussphänomen, besonders stark aber das Kniephänomen erhöht, namentlich rechts; auch spontan Tendenz zur Streckung des rechten Beins; rechterseits am Bein, Gesäss, Rücken, Leib bis zum unteren Ende des Brustbeins Gefühl für warm und kaltsehr unsicher, Schmerzgefühl nahezu erloschen, Tastempfindung erhalten; in diesen Parthieen Parästhesieen (Kribbeln, Taubheitsgefühl); solche zeitweise und sehr unbedeutend auch an den Fingern der rechten Hand; schlechter Schlaf. Therapie: Ruhe, strenge Diät, absolute Enthaltensamkeit von Spirituosen und Tabak; Galvanisation des Rückens mit schwachen Strömen (2 Milliamperes), Faradisation der Beine, kohlensaure Soolbäder. Sehr rasche Besserung; zuerst Verschwinden der Blasenstörung, dann Besserung des Schlafes und des Spannungsgefühls in den Muskeln. Nach 5 Tagen kann Pat. schon grössere Schritte machen, die Sehnenreflexe wer-



den schwächer; am 10. Tage kann Pat. bereits etwas warm und kalt unterscheiden und tiefere Nadelstiche empfinden. Am 18. Tage linke Seite vollkommen normal; in der Steiss-gegend noch etwas taubes Gefühl, in den Zehen auch noch Parästhesieen, Kniephänomen rechts stärker. Nach 5 wöchentlicher Behandlung Gang fast vollkommen normal, Pat. kann  $\frac{1}{2}$  Stunde ohne Ermüdung gehen, geringe Steifigkeit im rechten Hüft- und Kniegelenk, unter den Rippen schwaches Gürtelgefühl, auf dem Leib minimales Kältegefühl, Schlaf vorzüglich. Allmähig schwinden auch diese Erscheinungen und es tritt vollkommene Restitutio ad integrum ein. — Womit haben wir es zu thun gehabt? Gegen Syringomyelie spricht der plötzliche Beginn und das rasche Schwinden der Erscheinungen, gegen acute hämorrhagische Myelitis das Fehlen von Vorboten und das schnelle Schwinden der Symptome, gegen Hysterie das Fehlen einer complete Anästhesie, einer Gesichtsfeldeinschränkung, hereditärer Belastung und früherer persönlicher Erscheinungen von Hysterie, gegen intermeningeale Blutung das Fehlen von Schmerzen und die Art der Anästhesie. Es handelt sich zweifellos um eine Blutung im Rückenmark, und zwar in die graue Substanz des mittleren Dorsaltheils. Die körperlichen Anstrengungen, denen sich Pat. vor der Affaire ausgesetzt hatte, können sehr wohl eine Hyperämie des Rückenmarks erzeugt haben; nun kam der heftige Ruck, wobei jedenfalls der unbewegliche mittlere Theil der Wirbelsäule durch die heftigen Bewegungen des Hals- und Lendentheils stark comprimirt wurde, und so lässt sich bei der vorhandenen Hyperämie das Zustandekommen einer Blutung recht gut erklären. Wer weiss, ob nicht angestrenzte körperliche Anstrengungen, wie sie z. B. die Auswüchse des Sports mit sich bringen, sehr häufig kleine, spontan heilende, ähnliche Blutungen erzeugen, wodurch manche Erscheinungen nach Ueberanstrengungen, wie rheumatische Beschwerden, Parästhesieen u. s. w. sich erklären liessen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 44.)

**Helminthiasis.** *Ascaris lumbricoides* als Ursache einer heftigen Urticaria lernte Ritter (Gaukönigshofen) kennen. Ein 12jähriges Mädchen erkrankte plötzlich, nachdem mehrere Tage vorher Diarrhoë und Appetitlosigkeit be-

standen hatten, an ausgebreiteter Urticaria mit den typischen Erscheinungen (starkes Oedem der unteren Augenlider). Auf kalte Bäder mit nachfolgenden Essigabwaschungen und Einpuderung der am meisten juckenden Stellen erfolgte bedeutende Besserung des vorher unerträglichen Juckreizes und Zurückgehen der Quaddeln, was aber nur 5—6 Stunden anhielt. Am Abend desselben Tages erschien der Vater und meldete, dem Kinde wäre 1 Stunde vorher übel geworden, es hätte gespürt, wie etwas aus dem Magen nach oben stieg, es sei ein heftiger Brechanfall gekommen und dabei ein grosser Wurm erbrochen worden. Da am nächsten Tage Leibscherzen sich geltend machten, die Urticaria sich wieder über den ganzen Körper verbreitet hatte, leichtes Fieber und Verstopfung bestand, verordnete Autor Calomel und Santonin. Tags darauf gingen 2 Spulwürmer im Stuhl ab, die Urticaria verschwand darauf momentan, es stellte sich Wohlbefinden ein, und seitdem ist das Kind gesund.

(„Die Praxis“ 1896 No. 19.)

**Hyperidrosis.** Dr. G. Rosenfeld hat nicht nur bei den Schweissen der Phthisiker von **Campherölinjectionen** günstige Erfolge gesehen, sondern auch bei anderen Arten der H. So hörte bei einem anämischen Dienstmädchen, das seit Jahren Nachts ungemein stark zu schwitzen pflegte, der Nachtschweiss selbst in den heissesten Tagen auf, nachdem die Pat. durch 3 Wochen fast täglich 1 gr Campheröl injicirt erhalten hatte.

(Schles. Gesellschaft für vaterl. Cultur in Breslau, 10/VII. 96. —  
Allgem. mediz. Central-Ztg. 1896 No. 88.)

— **Formalin zur Behandlung der Schweissfüsse** empfiehlt warm Dr. Adler. Tägliche Bepinselung damit bewirkt nach 2—3 Tagen einen trockenen Schorf und die Secretion hört wie mit einem Schlage auf, welcher Effect 2—3 Wochen anhält. Event. Schrunden müssen vorher durch Salben abgeheilt werden, auch muss man sich vor den Formalindämpfen, da sie Mund- und Rachenschleimhaut leicht reizen, hüten.

(Prager medic. Wochenschr. 1896 No. 39.)

**Influenza.** Der Einfluss der I. auf den weiblichen Organismus ist nach den Erfahrungen von Prof. G. v. Engel

(Klausenburg) ein bedeutender, sodass man annehmen muss, dass die Schleimhäute der weiblichen Genitalien eine besondere Disposition für Localisation des Leidens besitzen. Vor allem erkennt man dies an den Menstruationsstörungen. Die Menses während der I. pflegen viel profuser und langdauernder zu sein, sie hören dann oft ganz plötzlich auf, um sich event. nach einigen Tagen wieder einzustellen. Häufig wird zu Ende der Menstruation und der I. aus der Scheide ein weinsuppeähnliches Secret abgesondert, was Tage lang dauert, sich nur langsam vermindert, an den äusseren Genitalien ein juckendes oder brennendes Gefühl verursacht und im Stande ist, Excoriationen hervorzurufen. Wenn die I. den Organismus während der Menstruationspause befällt, so stellt ferner sich die Menstruation, falls bis zu derselben weniger, als 6—7 Tage sind, früher als sonst ein, was man wissen muss, weil die nachfolgende Menstruation von diesem Monatsfluss an gezählt nach 4 Wochen sich einstellt und dieser daher als eine durch das Leiden beschleunigte Menstruation betrachtet werden muss, im Gegensatz zu jenen Metrorrhagieen, welche ebenfalls in Folge der I. inzwischen auftreten können. Noch auffallender ist die pathogene Wirkung der I. in solchen Fällen, in welchen die Geschlechtsorgane in Folge einer Krankheit ohnehin schon afficirt sind. Acute, sowie chronische Gebärmutterkatarrhe, gleichviel, ob sie infectiöser Natur sind oder auf Grund von Circulationsstörungen entstanden sind, erleiden eine Verschlimmerung; das Secret wird copiöser, besitzt eine eiterähnliche Farbe, die Schmerzen vergrössern sich, die Vaginalportion zeigt Auflockerung und Schwellung und wird empfindlich, nicht selten schwillt auch der Uterus an und es treten sämtliche Symptome der Gebärmutterentzündung in den Vordergrund. Autor verfügt über 2 Fälle, wo eine verborgene Perimetritis sich erneuerte; einer der Fälle führte zu allgemeiner Peritonitis mit letalem Ausgang. Autor hatte auch als Arzt eines Mädcheninstituts Gelegenheit, das Leiden bei Mädchen in der Pubertätszeit zu verfolgen. Bei chlorotischen Mädchen, bei denen die Menstruationen aussetzten und unregelmässig gewesen waren, stellte sich die Menstruation während oder nach der I. ein und wiederholte sich nachher lange Zeit hindurch in regelmässigen Perioden. In 6 Fällen trat die

1. Menstruation während der Krankheit ein, sodass also hier die I. die Entwicklung gewissermaassen beförderte. Bei 3 Frauen, die trotz ihrer Jugend (25, 34, 36 Jahre) in Folge übermässiger Fettablagerung bereits klimakterisch waren, stellten sich nach der I. wieder die Menses ein. Was nun den Einfluss der I. auf Schwangerschaft und Geburt anlangt, so lehren die Erfahrungen des Autors, dass die I. bei schwangeren Frauen eine ernste und für die Schwangerschaft schädliche Bedeutung besitzende Infektionskrankheit ist. So viele Aborte, Fehlgeburten, gestörte rechtzeitige Geburten hat Autor bei keiner anderen Krankheit beobachtet, trotzdem dass ihr Verlauf von kurzer Dauer ist, und die Störungen erfolgen ebenso nach leichten Fällen, wie nach schwereren Formen. Aborte hat Autor am häufigsten während der ersten 3 Monate beobachtet; der Verlauf ist minder heftig, als bei dem unbeeinflussten Abort und manchmal zieht er sich in die Länge, die Blutung ist verhältnissmässig gering und die Uteruscontractionen nicht so schmerzhaft, dagegen ist die ganze Gebärmutter gegenüber der Palpation empfindlicher. Die Fehlgeburten beginnen mit schwacher Blutung, die Schmerzen besitzen bisweilen einen krampfartigen Charakter. Erfolgt die Erkrankung am Ende der Gravidität, so pflegt sie die Einleitung der Geburt herbeizuführen. Beim Abortus geht das Ei ganz ab, das Fruchtwasser ist blutig, die Frucht ist ziemlich frisch, die Eihäute reissen jedoch leicht, ebenso auch der Mutterkuchen, der sogar eine breiförmige Consistenz besitzt und im Zerfallen begriffen ist. Bei Früh- und rechtzeitigen Geburten hat Autor diese Auflockerung nicht angetroffen, wahrscheinlich weil die Geburt nach der Krankheit sofort eintritt, während der Abort manchmal erst nach Wochen erfolgt. Autor beobachtete ferner 3 Fälle, in welchen sich der Muttermund — gegen Ende der Gravidität — beinahe bis zu 2 Querfinger breit erweiterte, trotzdem erfolgte die Geburt nicht und erreichte das normale Ende der Schwangerschaft. Bei den rechtzeitigen Geburten waren die Wehen schwach und verhältnissmässig schmerzhafter, die Geburt selbst von längerer Dauer. Der puerperale Zustand gewährt keinen Schutz gegenüber der I. Während des fieberhaften Zustandes pausirt die Rückbildung der Gebärmutter, die Lochien werden

reichlicher und stinkend, bisweilen stellen sich geringere Blutungen ein, die Milchabsonderung ist verringert. Tritt die I. in den ersten Tagen auf, so ist sie mit solchen Symptomen verbunden, dass sie das Krankheitsbild eines Puerperalfiebers vorzuspiegeln vermag, und nur das Bewusstsein des Vorhandenseins der Epidemie sichert die Diagnose. Mit der Mutter kann gleichzeitig noch der Säugling an I. erkranken, nach Comby durch Vermittelung der Milch. Bei einer seit 3 Monaten stillenden Frau schwoll der Uterus während der I. an und wurde empfindlich, Blutung stellte sich jedoch nicht ein. Bei 2 Frauen erlitt die Milchsecretion eine derartige Verminderung, dass die Lactation nicht fortgesetzt werden konnte.

(Wiener medic. Presse 1896 No. 43/44.)

- **Cerebrale Kinderlähmung als Complication einer I.** beobachtete Dr. M. Loeb (Frankfurt a. M.) bei einem  $\frac{3}{4}$  Jahre alten Kinde. Es stellten sich Convulsionen der linken Körperhälfte mit nachfolgender Hemiparese unter Mitbetheiligung des Facialis ein, sodass Autor eine hämorrhagische Encephalitis annimmt, wie sie ja bei Erwachsenen häufig die I. complicirt, bei Kindern aber erst 1 Mal verzeichnet ist.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 86.)

- **Multiple Abscesse nach I.** sind seltener, als z. B. nach Typhus oder Scarlatina, kommen aber vor, wie ein von J. L. Reverdin mitgetheiltes Fall zeigt, wo ein junger Mann einige Wochen nach I. 4 Abscesse bekam. Bakteriologisch liess sich nur der Streptococcus pyogenes nachweisen.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1896 No. 8. —  
Centralblatt f. innere Medicin 1896 No. 44.)

- Garzia empfiehlt warm das **Lactophenin** gegen I. und deren Complicationen.  $\frac{1}{2}$ —1 gr 3 Mal tägl. wirkte auf das Fieber und die nervösen Erscheinungen günstig ein und kürzte den ganzen Krankheitsprocess erheblich ab.

(Gaz. degli ospedali e delle clin. 1895 No. 76. —  
Centralblatt f. innere Medicin 1896 No. 45.)

**Insectenstiche.** W. Ottinger (Exbrücke) empfiehlt sehr **Ichthyol**, das er als ausgezeichnetes Mittel in zahl-

reichen Fällen von Fliegen-, Schnacken-, Bienen- und Wespenstichen schätzen gelernt hat, das schnell und sicher die Entzündungserscheinungen beseitigt, schon nach einigen Minuten Schmerz, Brennen, Jucken wegnimmt und rasch der Anschwellung ein Ende macht. Am schnellsten wirkt Ichthyol pur aufgetragen. Aber auch Salbe (Vaselin., Lanolin.  $\overline{aa}$ ) und 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>iger Ichthyol-Gutta-perchapflastermull sind ganz empfehlenswerth. Bei schweren Fällen könnte man gleichzeitig Ichthyol innerlich geben (mit Spirit. aeth.  $\overline{aa}$ , wobei letzteres als Corrigens und Excitans dient).

(Münchener medicin. Wochenschrift 1896 No. 49.)

**Kopfschmerz.** Dr. B. Lewy (Berlin) hat das **Methylenblau** bei 4 Fällen von habituellem chronischem K. mit so eclatantem Erfolge verordnet, dass er das Mittel, das ganz wie ein Specificum wirkte, sehr warm empfehlen kann. Es handelte sich um Fälle von reinem nervösen K., bei anderen Arten von K. versagte das Mittel. Alle 4 Fälle waren lange Zeit bestehende, anderen Mitteln trotzend. Und der Erfolg, der mit dem Methylenblau erzielt wurde, war kein momentaner, sondern ein andauernder, woraus zu schliessen ist, dass das Mittel direct heilende Wirkung besitzt; 4 Jahre, 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Jahre, 9 Monate sind jetzt die Heilungen alt. Nie zeigte sich eine Reizung der Blase; Autor setzt aber gleich dem Mittel Muscatnuss zu. Er verordnet:

Rp.

*Methylenblau (Merck)*  
*Gepulverte Muscatnuss  $\overline{aa}$  0,1*  
*M. f. pulv.*  
*D. t. dos. No. 10 ad caps. gelat.*

S. 4 Mal tägl. 1 Stück zu nehmen.

Meist zeigte sich die Wirkung schon nach 1 Pulver; Heilerfolg nach 4 Stück; Autor liess aber alle 10 Kapseln aufbrauchen. Der Urin wurde meist dunkelblau, seltener grün. Diese Färbung zeigte sich schon <sup>1</sup>/<sub>2</sub> Stunde nach dem Einnehmen und blieb noch 2—8 Tage nach Aussetzen des Mittels bestehen; die Nachwirkung ist also eine recht anhaltende. — Auch bei **angiospastischer Hemicranie** und bei **Neurasthenie** wirkte das Mittel recht zufriedenstellend.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 45.)

**Lupus.** Dr. J. Schütz (Frankfurt a. M.) macht Mittheilung über eine **neue Behandlungsweise des L. erythematosus**, nämlich Bepinselungen mit ganz schwachen Arsenlösungen. Arsenlösung 1:400—600, resp. eine 4—6fach verdünnte Solut. Fowleri wird 2 Mal täglich aufgespritzt und erzeugt innerhalb 6 Tagen eine Reaction unter Schwellung und geringer Schmerzhaftigkeit des kranken Gebietes, welche, ohne dass es zu serösen Ausschwitzungen kommt, unter milden Deckpasten in weiteren 8 Tagen wieder rückgängig wird. In 11 Wochen durchschnittlich ist durch wechselweise Anwendung von Arsen und indifferenten Pasten Heilung erzielt. Bisher sind 9 Fälle so behandelt und geheilt worden.

(68. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte, Sept. 1896. — Wiener medic. Presse 1896, No. 39.)

- Einen **operativ behandelten Fall von L. erythematodes** demonstriert Dr. Ehrmann. Die Haut wurde in einer Dicke von 2—3 mm bis zum Stratum reticulare cutis abgetragen. Wenn man so tief excidire, bilde sich eine neue Haut von normaler Beschaffenheit. An einer Stelle, an welcher der Schnitt tiefer geführt wurde, hat sich ein Granulom gebildet. Autor hat die Methode schon in 6 Fällen mit Erfolg angewendet, es trat bisher noch kein Recidiv ein. Wenn vollständige und dauernde Heilung erfolgen soll, müsse die erkrankte Hautstelle vollständig abgetragen werden, was sich unter localer Anästhesie mit Aethylchlorid bewerkstelligen lasse, wobei man mit einem Schnitte 4—5 cm<sup>3</sup> auf einmal abtragen könne. Auf die operirte Stelle kommt zunächst ein Pulververband, am nächsten Tage Emplastr. salicyl. saponat.

(Wiener medicin. Club, 18. Nov. 96. — Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 49.)

- Einen **Fall von L. vulgaris der Ohrmuschel** stellt Tomka vor. Die 17jährige, schwächliche, aber sonst gesunde und aus gesunder Familie stammende Pat. bekam in ihrem 6. Lebensjahre, als sie Ohringe zu tragen begann, rechts ein „wundes Ohr“. Das Leiden wurde 8 Jahre lang als gewöhnlicher Hautausschlag mit verschiedenen Salben behandelt, ohne besonderen Erfolg. Vor 1 Jahr kam Pat. zu Autor; der grösste Theil der Ohrmuschel, besonders der Helix und die hintere Seite

des Läppchens mit Schorfen bedeckt, nach deren Entfernung das knollige, narbige, das Ohr entstellende Bild des L. sichtbar wird. Ordination:

**Rp.**

*Acid. pyrogallic. 4,0*  
*Lanolin. 40,0.*  
 M. f. ung.

Nach 3wöchentlicher Benützung der Salbe, als sich das Leiden schon etwas besserte, blieb Pat. fort, meldete sich aber 5 Wochen später mit Verschlechterung des Zustandes. Die gleiche Behandlung zeigte wieder guten Erfolg und ist das Bild jetzt ein gänzlich verändertes. Bei solchen oberflächlichen Lupusfällen genügt jene Behandlung vollkommen.

(Gesellschaft der ungar. Ohren- und Kehlkopfarzte. — Pester medic.-chir. Presse 1896 No. 43.)

**Meningitis.** Die Bedeutung des Herpes labialis bei der Differentialdiagnose zwischen eitriger und tuberculöser M. würdigt A. Habel im Anschluss an eine Beobachtung aus der medic. Universitätsklinik in Zürich. Es wird allgemein angenommen, dass der Herpes labialis bei der tuberculösen M. nicht vorkommt, während er durchaus keine seltene Erscheinung bei der eitrigen Cerebrospinalmeningitis bildet. Ja es wurde sogar behauptet, der Herpes labialis genüge, um die tuberculöse Natur der M. auszuschliessen. Autor führt nun einen Fall vor, eine 23 Jahre alte Person betreffend, wo Herpes labialis auftrat, während bei der Section reine tuberculöse M. gefunden wurde. Er nahm mit Rücksicht auf diese Beobachtung alle seit 1884 auf der Züricher Klinik vorgekommenen Fälle von tuberculöser und eitriger M. durch, um zu sehen, wie oft Herpes labialis notirt war. Unter 65 Fällen tuberculöser M. war dies Vorkommen kein Mal verzeichnet (aus der Litteratur sind bloss 2 solche Beobachtungen bekannt). Unter 16 Fällen eitriger M. fand er nur 1 Mal Herpes labialis; freilich waren darunter nur 9 primäre eitrige Cerebrospinalmeningitiden, die anderen waren von der Nachbarschaft auf die Meningen übergegangene Eiterungen, sodass wir hieraus keinen Schluss über die Häufigkeit des Herpes bei dieser Krankheit ziehen können. Nach den verschiedenen Autoren soll Herpes



labialis in der Hälfte der Fälle vorkommen. Autor stellt also folgenden Satz auf: „Herpes labialis ist zwar eine sehr seltene Erscheinung bei der tuberculösen M., berechtigt aber keineswegs, diese auszuschliessen und entscheidet also nicht ausnahmslos die Differentialdiagnose mit eitriger Cerebrospinalmeningitis.“ — Die Beobachtung des Autors hatte noch eine andere Eigenthümlichkeit: Als man die Lumbalpunktion ausführte, war es unmöglich, nur einen einzigen Tropfen Cerebrospinalflüssigkeit zu gewinnen, was sich bei der Section daraus erklärte, dass der Duralsack leer war: Welcher Grund dafür vorlag, ist nicht aufgeklärt worden. Jedenfalls kommt das also vor und kann die diagnostische Wirkung der Lumbalpunktion vereiteln. In der Züricher Klinik ist die Lumbalpunktion bisher 12 Mal ausgeführt worden. 8 Mal handelte es sich um tuberculöse M. und nur in einem einzigen Falle gelang der Nachweis von Tuberkelbacillen nicht, die 4 anderen Fälle betrafen 2 purulente Meningitiden, von denen eine gleich bei der Punction durch die eitrige Beschaffenheit der Cerebrospinalflüssigkeit diagnosticirt werden konnte, eine seröse und eine syphilitische M. Bemerkenswerth ist, dass bei allen Fällen tuberculöser M. sich nach einigen Stunden in der Punctionsflüssigkeit ein schleimartiges Gerinnsel bildete, in dem man die Tuberkelbacillen nachweisen konnte; dieses Gerinnsel hat sich nie in anderen Punctionsflüssigkeiten gezeigt.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 42.)

- 2 Pat. mit abgelaufener M. cerebrospinal. epidem. stellt Schlesinger vor, einer Erkrankung, die seit etwa 4 Monaten in Wien epidemisch auftritt. Von 5 an der III. medic. Klinik beobachteten Fällen genasen 3, bei 2 trat rascher Exitus ein. In allen vom Autor beobachteten Fällen trat bereits im Frühstadium Hirnnervenlähmung (Facialis- und Augenmuskellähmungen) auf; in einem 3. Falle trat Ptosis neben Erbrechen und Nackenstarre als Initialsymptom auf. Bei einem der vorgestellten Pat. (Knabe) bestanden Symptome von Erkrankung peripherer Nerven, Druckempfindlichkeit der Nervenstämmen, Hyperästhesie, rasche Muskelatrophie. Weiter wurden Blasen- und Mastdarmstörungen beobachtet, bei beiden Fällen be-

standen zur Zeit der Akme des Fiebers Symptome von Nephritis. Das Fieber zeigte in einem Fall typhusähnlichen Verlauf, im 2. Fall war es irregulär. Das Allgemeinbefinden litt in allen Fällen sehr erheblich, namentlich war die rapide Abmagerung auffallend. Erbrechen war in 2 Fällen auch in den späteren Stadien der Erkrankung beobachtet. Die Reconvalescenz vollzieht sich sehr langsam trotz reichlicher Nahrungsaufnahme. Die Diagnose war in allen Fällen aus dem Verlaufe leicht zu stellen. Bei dem einen vorgestellten Falle ergab die Lumbalpunktion eine trübe, zellhaltige Flüssigkeit und Diplokokken, welche jedoch nicht vollständig dem Meningococcus intracellularis entsprachen. Die Therapie erzielte in einem Falle ganz auffallende Erfolge; Einwickelungen in heisse Tücher führten in geradezu überraschender Weise einen Rückgang der bedrohlichen Symptome herbei, und mit vorübergehender Unterlassung der Einpackungen verschlimmerten sich auch die Erscheinungen wieder. Auch in dem 2. Falle übten die Einpackungen eine günstige Wirkung aus, namentlich auf das subjective Befinden. — Discussion: Kaufmann hat vielfach Ohrenerkrankungen bei der *M. cerebrospinal. epid.* beobachtet. Dieselben vollzogen sich vom inneren Ohre aus, und zwar waren sowohl der vestibuläre, als auch der cochleäre Apparat betroffen. Die Erkrankungen waren sehr schwer, meist doppelseitig und führten bei kleinen Kindern oft zur Taubstummheit, auch sind sie der Therapie fast gar nicht zugänglich. Anhauch hat auf der Drasche'schen Abtheilung 3 Fälle beobachtet, die alle letal endeten und wo der Meningococcus intracellularis im Exsudat constatirt wurde. In einem Fall wurde durch heisse Einpackungen vorübergehende Besserung erzielt, doch ging Pat. in scheinbarer Reconvalescenz zu Grunde. In einem 4. Falle, wo nach Ablauf einer doppelseitigen Pneumonie die Erscheinungen der *M. cerebrospinal. epid.* in Verbindung mit Endocarditis auftraten, wurde im Exsudat der Pneumococcus nachgewiesen. Singer hat Fälle von Combination einer acuten Otitis mit *M. cerebrospinal. epid.* gehabt; vielleicht bietet manchmal das Ohr den Ausgangspunkt der Erkrankung. Müller bemerkt, dass gewisse Formen von Otitis (*Otitis intima*) in ihrem Symptomencomplex der *M. cerebrospinal.* sehr ähnlich sind. In einem

Falle wurde das Bild der *M. cerebrospin.* vorge-  
täuscht durch Secretretention im Atticus und es ver-  
schwand nach Beseitigung der localen Affection.

(Wiener medicin. Club, 14. October 96. — Therap. Wochenschrift 1896 No. 42.)

- Dr. M. Jewnin (Moskau, St. Olga-Kinderspital) wandte **heisse Bäder** bei 5 Fällen von Cerebrospinalmenin-  
gitis, Kinder von 6—11 Jahren betreffend, an und  
rettete alle Pat. Erwähnenswerth erscheint dem Autor,  
dass, während sonst in solch protrahirten Fällen eine hoch-  
gradige Abmagerung einzutreten pflegt, die an Tubercu-  
lose oder Carcinom erinnert, in diesen 5 Fällen, die  
einige Wochen dauerten, nicht nur keine Abmagerung,  
sondern 3 Mal sogar Zunahme des Körpergewichts  
zu constatiren war.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 11.)

**Nephrolithiasis.** Gegen den Nierensteinschmerz Gly-  
cerin empfiehlt Dr. G. Rosenfeld. Als Abtreibungs-  
mittel, als welches es gerühmt wurde, hat es sich dem  
Autor nicht bewährt, wohl aber hat es sich als unge-  
mein schmerzlindernd erwiesen, bei Pat., welche in  
Folge N. einen ständigen Schmerz hatten. Hier wirkte  
Glycerin sofort schmerzlindernd, und der Schmerz  
kehrte Monate lang nicht wieder. Dosis: etwa 100 gr  
für 60 kg schwere Menschen, für schwerere entsprechend  
mehr. Darreichung braucht nur 1 Mal zu erfolgen.  
Darreichungsweise: in Kaffee und Wasser innerhalb  
10 Stunden. Keine Nebenwirkungen.

(Schles. Gesellschaft f. vaterl. Cultur in Breslau, 10/VII. 96. —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 88.)

- Privatdoc. Dr. G. Klemperer (Berlin) verabfolgte bei  
42 Fällen Urea und vermisste nie günstige Ein-  
wirkung. Verordnet wurde oft 5<sup>o</sup>/<sub>10</sub>ige Lösung, stündl.  
1 Esslöffel (s. auch „Vermischtes“ in dieser No.). Em-  
pfehlenswerth auch ein Schachtelpulver:

**Rp.**

*Nitr. bicarb.*

*Calc. carb.*

*Ureae pur. aa 25,0*

*M. f. pulv.*

D. S. In den Vormittagstunden und gegen Abend  
4—5 Mal  $\frac{1}{8}$  Kaffeelöffel.

Diese Medication für Pat. geeignet, die eben eine Kolik überstanden haben; zur Vorsorge lasse man sie 100—150 gr Urea verbrauchen. Ebenso giebt Autor das Mittel, wenn Pat., denen bereits früher Uratsteine abgegangen sind, von rheumatoiden Rücken- und Lendenschmerzen gequält werden. Während der Kolik leistet das Mittel nichts Besonderes.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 47.)

**Neuralgien.** Wie Dr. Dumstrey (dirig. Arzt des mechano-therap. Instituts in Leipzig) mittheilt, hielt Staatsrath Hoffmann in der Leipziger Medicin. Gesellschaft am 14. Juli 96 einen sehr interessanten Vortrag über **traumatische Potatoren-Neuralgie**. Es gäbe zweifellos Fälle, in denen nach erlittenen und gut geheilten Traumen sehr heftige Schmerzen bestehen blieben, ohne dass auch nur der geringste objective Befund vorhanden wäre. Diese Schmerzen würden keinesfalls simulirt, sondern seien wirklich da, und zwar beruhten sie zweifellos sehr oft auf chronischem Alkoholismus. Die Schmerzen seien, gerade wie bei den hysterischen, nicht genau auf den Verlauf eines bestimmten Nervenstammes localisirt, als ihr Sitz wird bloss im Allgemeinen die Stelle, wo seiner Zeit das Trauma stattgefunden hatte, bezeichnet. Dumstrey kann dem nach seinen Erfahrungen nur beipflichten; der Alkohol spielt bei solcher Art Leiden eine viel grössere Rolle, als man gemeinhin annimmt, ja er bewirkt sie oft genug ganz allein, indem nicht bloss traumatische N., sondern viele traumatische Neurosen einzig und allein durch Alkoholismus verursacht werden und nur durch Abstinenz geheilt werden können. Auch Hoffmann meinte, dass manche typische N. allein auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen sind, und führte einige Beispiele an. Eines hier: Ein Maurer erhielt durch eine Maschine einen Schlag in die Seite und brach mehrere Rippen. Die Heilung ging gut von statten und nach einiger Zeit war nichts mehr zu constatiren; aber der Verletzte klagte noch über heftige Schmerzen an der Bruchstelle und erhielt deshalb eine Uebergangsrente von 20% zugebilligt. Nach 5 Jahren starb er, und durch die Section wurde festgestellt, dass die Verletzung tadellos geheilt war und nirgends etwas von etwaigen Folgen zu finden war. Dabei hatte der

Verletzte fast unausgesetzt während der letzten 5 Jahre über unerträgliche Schmerzen an der ehemaligen Bruchstelle geklagt, war während des letzten halben Jahres bettlägerig gewesen und hatte zuletzt wegen der lebhaften Schmerzen starke Morphiuminjectionen bekommen müssen. Der Mann war Potator strenuus. Während der 5 Jahre war er einmal mehrere Monate im Gefängniss, wo er keinen Schnaps erhielt, da waren die Schmerzen weg, um dann, als er frei geworden war, wieder bald zu erscheinen. Simulation war auszuschliessen. Auch Dumstrey hat Pat. behandelt, bei denen eine ganz auffallende Besserung ihres Zustandes eintrat, nachdem ihnen der Alkohol entzogen war. Ein ganz ungewöhnlich kräftiger, athletisch gebauter Mann z. B. hatte einen schweren Stoss in den Rücken in der Gegend unterhalb der linken Scapula erhalten und so eine ausgedehnte Quetschung der Brust und Infractio zweier Rippen erlitten; aber trotz aller angewendeten Mittel konnte keine Besserung der enormen Schmerzhaftigkeit und Arbeitsunfähigkeit erzielt werden. Auch in der Anstalt war der Erfolg zunächst sehr gering und erst, nachdem dem Pat. der Schnaps entzogen worden war, trat rasche Besserung ein. Ein anderer Pat. übte bloss täglich 1 Stunde in der Anstalt wegen einer Zerreiſung des rechten Schultergelenks, wodurch das Extendiren des Armes behindert war, sodass Pat. den Arm nur mit Mühe bis zur Horizontalen heben konnte. Schmerzen hatte er nicht. Es war ein Privatpatient, dem sehr viel daran lag, rasch und radical geheilt zu werden. Eine 3 wöchentliche Cur richtete aber nicht viel aus; Pat. trank viel Schnaps. Autor machte nun dem Pat. klar, dass letzterer Umstand der Heilung hinderlich sei, und bewog ihn, stationär in der Anstalt zu verbleiben, damit zuerst eine Entziehungscur vorgenommen und dann erst die Uebungen fortgesetzt würden. Und nun wurde in 10 Tagen erreicht, was vorher nicht zu erreichen war! Autor hat es sich jetzt zur Regel gemacht, alle in Behandlung Tretenden auf Alkoholismus zu untersuchen und vor allem event. Alkoholismus zu heilen, ehe die eigentliche Behandlung beginnt.

(Monatshefte für Unfallheilkunde 1896 No. 8.)

**Syphilis.** Empfohlen wird eine **modificirte Schmiercur**: die Fusssohlen des Pat. werden jeden Morgen mit grauer Salbe bestrichen, die durch die Bewegung zur Resorption gelangt.

(The Philadelphia Policl. 1896 No. 7. —  
Wiener medic. Wochenschrift 1896 No. 40.)

— Dr. Th. Marschalkó hat mit dem von Ledermann eingeführten **Resorbin als Salbengrundlage** Versuche angestellt, die sehr befriedigend ausfielen. Besonders verdient die damit dargestellte graue Quecksilbersalbe warme Empfehlung, da sie die übliche Salbe bezüglich der Leichtigkeit ihrer Anwendung und Wirkung übertrifft und daher einen entschiedenen Fortschritt in der Therapie der S. bedeutet. Die bisherige Salbe durchsetzt erst nach 20—25 Minuten langer Anwendung gehörig die Haut, hat einen üblen Geruch, irritirt oft die Haut u. s. w. Alle diese Nachteile fallen, wie sich Autor bei mehreren hundert Fällen überzeugte, bei der Resorbinsalbe fort, die angenehm riecht, schon nach 5—6 Minuten eingetrocknet ist und rascher und in erhöhter Menge aufgenommen wird, wofür die raschen und sicheren Involutionen schwerer Eruptionen und die grössere Anzahl von leichten Stomatitiden, Albuminurieen u. s. w. spricht. Man darf deshalb auch nicht mehr als 3 gr pro dosi verordnen, bei Kindern 0,3—1,0.

(Orvosi Hetilap 1896 No. 29. — Ungar. medic. Presse 1896 No. 3.)

— **Soolbäder bei S.** empfiehlt warm Dr. E. Vollmer (Kreuznach), und zwar ist am besten eine solche Bädercur verbunden mit Trinkcur. Durch die quantitativ verstärkte Ausscheidung des Harns ist zunächst ein Weg zur schnelleren Ausgabe des applicirten Quecksilbers gegeben. Man kann also hier mit den Dosen höher gehen, als zu Haus und es auch Pat. geben, deren schwächliche Constitution eine energische Application z. B. der grauen Salbe sonst contraindicirt. Dampfbäderbehandlung und andere energische Schwitzcuren sind dazu nicht geeignet, während Soolbäder, selbst mit starken Zusätzen von Mutterlaugen, gut vertragen werden und die Pat. stärken, statt ihnen Kraft zu entziehen. Ferner werden durch die Soolbäder gewiss schädliche Stoffwechselproducte zum Austritt aus dem Organismus veranlasst werden.

Die Einwirkung starker Kochsalzbäder auf die Haut stelle man sich als eine physikalisch-chemische Action vor, sodass, wie bei osmotischen Versuchen mit Salzlösungen von verschiedenem Gehalte das Wasser aus der schwächeren Lösung in die stärkere strömt, so auch beim Baden in Soole ein centrifugaler Secretionsstrom stattfindet. Dieser aber ist geeignet, schädliche Substanzen aller Art aus den Organen zu entfernen, und somit ist im Soolbade auch dieser Weg für die Eliminirung des Syphilisgiftes offen. Starke Roseolaflecke blassen nach wenigen Soolbädern oft erheblich und rasch ab, breite Condylome verschwinden schnell; es mag eine Regeneration vom Rete Malpighi aus stattfinden, es mögen die Schweissdrüsen lebhafter secerniren, die platten Muskeln sich anspannen und reflectorische Einflüsse durch die Nervenendigungen ausgelöst werden, die zur Contractur der dilatirten Gefässe führen, aber der letzte Grund dieser Vorgänge beruht doch wohl auf dem durch die starke Kochsalzlösung auf die Gesammtheit der Haut ausgeübten Reiz, der ein physikalischer ist. Wie bei einer Luftverdünnung das Blut aus den Gefässen schießt, so überwindet auch im Salzbad der physikalische Zwang die vitalen Kräfte des Zellverbandes der Gesammthaut. Und so wird der Körper des Luetikers im Soolbade von Syphilisstoffen, die mit dem aus den schwächer chlornatriumhaltigen Gewebssäften in die starke Soole überdifferirenden Wasser ausgeschieden werden, entlastet. Endlich ist zu berücksichtigen der günstige Einfluss der Soolbäder auf Drüsenhypertrophieen, wie er ja bei tuberculösen Lymphomen so glänzend zu Tage tritt. Eine specifische Einwirkung auf die Organe der Lymphgefässe besteht unzweifelhaft, und da die Lymphdrüsen auch Dépôts für das Syphilisgift bilden, dürfte zur Mobilmachung der deponirten Syphilisstoffe eine Soolbädercur recht geeignet sein. Eine solche ist also besonders indicirt für:

1. schwächliche Pat., die nicht viel Quecksilber vertragen;
2. solche mit starker Roseolaeruption,
3. solche mit markanter Polyadenitis.

Bei ärmeren Pat. müssen Badecuren natürlich ersetzt werden durch Salzbad (Zusatz von Viehsalz oder Kreuznacher Mutterlauge) zu Hause oder in der Klinik.

(68. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte, Sept. 1896. — Monatshefte für prakt. Dermatologie 1896 Bd. XXIII No. 11.)

- **Zur Wirkung des Jodkali in der Frühperiode der S.** macht Dr. Th. Bär (Frankfurt a. M., Abtheilung Herxheimer des städt. Krankenhauses) Mittheilungen. Jodkali hat nach den dort gemachten Erfahrungen auch auf organische Veränderungen der Secundärperiode ganz deutlichen Einfluss. Ulcerirte Schleimhautpapeln und Zerfallsprocesse der Haut und besonders der Genitalien, vorzüglich aber die hypertrophischen Processe der Secundärperiode, wie sie namentlich an den Genitalien und am Analeingang, seltener auf der Mundschleimhaut sich entwickeln, wurden sehr schön geheilt, während andere Processe, wie Exantheme, impetiginöse Efflorescenzen u. s. w. unbeeinflusst blieben. Begonnen wurde mit kleinen Dosen Jodkali (1 gr pro die), rasch aber gestiegen bis zu 20 gr pro die, welche Dosen sehr gut vertragen wurden. Je rascher gestiegen wurde, desto rascher wichen die Wucherungsproducte, zu deren Beseitigung grosse Dosen Jodkali erforderlich sind.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 10.)

- **Einen Fall von S. der Wirbelsäule** beobachtete Dr. A. Staub (Posen). Leichte Periostosen an einzelnen Processus spinosi der Wirbelsäule oder am Kreuzbein trifft man nicht selten im secundären Stadium der S., und auch im späteren Verlauf bei specifischer Erkrankung des Rückenmarks, der Meningen oder Nierenwurzeln documentirt sich häufig die Mitbetheiligung der Wirbelknochen durch schmerzhaftes Anschwellen. Degegen sind stärkere Zerstörungen der Wirbel, wie sie zur Spondylarthrocace führen, selten. Wenn auch die meisten Fälle bei Erwachsenen beobachtet worden sind, und gerade die Entwicklung einer Wirbelsäulenverkrümmung bei Gesunden und Erwachsenen, die sonst keine Anzeichen von Tuberculose haben, nach Fournier den Verdacht einer S. hervorrufen muss, so berichtet doch Jasinski über specifische Wirbelerkrankung bei Kindern und über günstige Beeinflussung durch specifische Curen. Die Diagnose ist natürlich leicht, wenn irgendwo anders noch charakteristische Spuren von S. vorhanden sind. Wenn aber, wie in des Autors Fall, der Process am Knochen sehr schleichend verläuft, sodass er, länger als ein Decennium bestehend, nur zu einer geringen Verkrümmung der Wirbelsäule führt, concomitirende Erscheinungen



an der Haut und an den Lymphdrüsen einen mehr tuberculösen Charakter tragen, ein schlechtes Allgemeinbefinden und eine sich langsam entwickelnde Kachexie den Eindruck der Tuberculose begünstigen, dann ist es nicht zu verwundern, dass ein solcher Fall lange Jahre dunkel blieb. Der jetzt 45jährige Pat. weiss von luetischer Infection nichts anzugeben. Ziemlich plötzlich traten 1879 neuralgische Schmerzen am Rücken auf, an einer ganz bestimmten Stelle im Kreuz ausstrahlend nach Rücken und Beinen. In der motorischen Sphäre zeigten sich leichte paraplegische Erscheinungen; Pat. fühlte sich oft wie gelähmt, konnte sich oft kaum erheben, wenn er im Bette lag oder sass, einmal in Bewegung aber, war er ganz Herr seiner Muskeln. Patellarreflexe zuerst stark gesteigert, später abgeschwächt, aber deutlich vorhanden. Der Schmerz blieb beständig, einer allmählig sich ausbildenden Verkrümmung der Wirbelsäule wurde keine Aufmerksamkeit geschenkt, der Umgebung aber fiel die eigenthümlich steife Haltung beim Gehen, Bücken u. s. w. auf. 1880 gesellten sich Veränderungen der Haut hinzu, ein pustulöses Exanthem im Gesicht, das lange als lupös imponirte und, mit Auskratzungen behandelt, häufig abheilte, während bald wieder neue oberflächliche Infiltrate sich zeigten. 1893 kam noch hinzu eine Drüsenaffection am Halse: es bildeten sich beträchtliche Lymphome rechts aus, die nach mehrmonatlichem Bestehen operativ beseitigt wurden. Die Wunde heilte per primam bis auf eine kleine, sehr resistente Fistel. Dennoch erholte sich Pat. sehr schwer nach der Operation, und nach einigen Monaten entwickelten sich neben der Narbe neue Lymphome, die Autor 1894 sah; gleichzeitig traten im Gesicht einzelne tiefe knotige Infiltrate auf. Die Diagnose S. wurde durch die Therapie bestätigt: auf Hg-Injectionen und Jodkali involvirten sich die Lymphome und Knoten im Gesicht rasch, die Fistel, seit über 1 Jahr bestehend, schloss sich, das Allgemeinbefinden hob sich und die Schmerzen liessen nach. Die Veränderungen an der Wirbelsäule sind stationär geblieben: Es besteht ein kleiner Buckel in der Höhe des 10. Brustwirbels und eine Lordose der beiden letzten Brustwirbel mit geringer Skoliose. Während der Process. spinos. des 10. Brustwirbels sich in der geraden Linie, die von den darüber liegenden gebildet wird, befindet und stark hervor-

springt, sinkt die Wirbelsäule unter demselben tief ein, der 11. und 12. Wirbel sind eingeknickt und ihre Process. spinos. nach rechts abgewichen; Druck auf den 11. und 12. Brustwirbel ist noch jetzt schmerzhaft, ganz besonders auch der Druck auf den Zwischenraum zwischen dem 10. und 11. Brustwirbel. Die Dornfortsätze, sowie die hinteren und seitlichen Theile an den erkrankten 11. und 12. Wirbel sind also Hauptsitz der Affection. Eine compensatorische Kyphose zeigt sich an den beiden obersten Brustwirbeln mit leichter Drehung ihrer Process. spinos. nach links. Dadurch erscheint der Hals des sehr schlanken Pat. verkürzt; die rechte Schulter springt stark hervor, die Brust ist vorn rechts breiter, stärker gewölbt, links abgeflacht. — Es handelt sich wahrscheinlich um Caries sicca, die zu geringer Schmelzung an den erkrankten Wirbeln, hauptsächlich in den hinteren und seitlichen Parthieen, und auf diese Weise nicht zu einer typischen Kyphose, sondern zu einer leichten Skoliose und Lordose geführt hat; die tuberculöse Spondylarthrocace endet typisch mit spitzwinkligem Gibbus, indem die Erkrankung hauptsächlich die vorderen Theile des Wirbels zerstört, während die luetische Erkrankung solche Prädilectionstellen nicht kennt. So erscheinen besonders atypische Verkrümmungen, auf entzündlicher Wirbelerkrankung beruhend, geeignet, die Vermuthung syphilitischer Genese nahe zu legen.

(Wiener medic. Presse 1896 No. 47.)

— **Welches ist der diagnostische Werth des Leukoderms?**

Mit dieser Frage beschäftigt sich Dr. M. Dreysel (Leipzig) auf Grund seiner als Assistent von Jadassohn (Breslau, Allerheiligen-Hospital) gemachten Erfahrungen. Neisser hatte die charakteristische Farbenveränderung für ein sicheres Zeichen der S. erklärt und auch Andere hatten die diesbezügliche diagnostische Bedeutung dieser Affection sehr hoch gestellt, während zuerst Lewin diese Bedeutung vernichtete, indem er sich auf eine Statistik bei nicht syphilitischen Weibern (4800) stützte, unter denen er bei 4<sup>0</sup>/<sub>100</sub> Leukoderm fand. Doch diese Statistik hat nach Dreysel's Ansicht nichts zu bedeuten. Lewin's Untersuchungen sind angestellt an Kranken, „die nie syphilitisch waren und zur Zeit der Untersuchung nur an localen venerischen Affectionen litten“. Lewin untersuchte also

wohl wesentlich das Material seiner Abtheilung, d. h. die öffentlichen und geheimen Prostituirten und andere Frauen, die schon durch das Vorhandensein localer venerischer Affectionen in Bezug auf ihre Anamnese nicht unverdächtig erscheinen mussten. Durch objective Kennzeichen aber die sichere Diagnose stellen, dass ein Mensch „nie syphilitisch“ war, das ist auch für die sorgfältigste Untersuchung nicht möglich; selbst in den ersten Latenzstadien der S. findet man nicht selten kein einziges Zeichen der überstandenen Erkrankung, wie viel weniger ist das in späteren Stadien, in denen das Leukoderm nach der übereinstimmenden Erfahrung Aller noch bestehen kann, der Fall. Es ist kein Zweifel ferner, dass auch bei den Prostituirten die S. vielfach nicht bloss für sie selbst, sondern auch für die controlirenden Aerzte latent verläuft; einmal, weil die S. schon vor der Einschreibung zur Controle vorhanden gewesen sein kann, dann weil ihre manifesten Erscheinungen in die überall sehr zahlreichen Perioden fallen können, in denen sich die Prostituirten der Untersuchung — oft vielleicht gerade wegen der Erkrankung — entziehen, endlich weil bei der Controluntersuchung Primäraffecte häufig übersehen werden müssen — dieselben sind auf allen Prostituirten-Abtheilungen im Verhältniss zu der Zahl der constitutionell Erkrankten relativ selten — und weil bei der Controle der Stamm meist nicht untersucht wird und daher auch Exantheme oft der Beobachtung entgehen. Aus diesen Gründen erschien es nothwendig, die Angabe Lewin's nachzuprüfen an einem Material, das den eben vorgebrachten Einwänden nicht ausgesetzt war, d. h. an Frauen, welche nicht an localen venerischen Erkrankungen litten, also wenigstens von vornherein nicht auf S. verdächtig waren. Autor untersuchte 2018 weibliche Personen auf den inneren und chirurg. Abtheilungen des Allerheiligen-Hospitals und anderen Anstalten und fand nur 3 Fälle von Leukoderm (= 0,15%) bei „nicht syphilitischen“, und auch diese 3 müssen keineswegs als nicht syphilitisch aufgefasst werden, indem es sich um eine von ihrem Mann getrennte und mit ihrem Liebhaber lebende Frau und 2 „Virgines“ defloratae handelte. Wie sehr man Täuschungen bei der Diagnose „Leucoderma non syphiliticum“ ausgesetzt ist, bewies ein 4. Fall,

den Autor zuerst als Leucoderma ohne S. buchte und wo kurze Zeit später sich nässende Papeln an den Genitalien zeigten! Die differentialdiagnostisch beim Leukoderm in Frage kommenden Prozesse, wie Vitiligo, Pityriasis versicolor, Chloasmata können wohl immer bei genügend sorgfältiger Untersuchung abgegrenzt werden. Nur Psoriasis vulgaris kann zu sehr analogen hellen Flecken führen, da diese selten ohne, etwas häufiger nach Chrysa-robinbehandlung mit meist kurzen, selten längere Zeit bestehen bleibenden Depigmentierungen abheilt. Aber diese Flecke sind nicht in der für das Leukoderma syphiliticum so charakteristischen Weise localisirt und es bestehen neben ihnen meist noch frische Psoriasis-herde. Es ist natürlich unmöglich, mit positiver Bestimmtheit zu behaupten, dass es ein nicht syphilitisches Leukoderm nicht giebt. Die Statistik Lewin's ist aber nicht im Stande, die relative Häufigkeit oder überhaupt die Existenz eines solchen zu erweisen! Durch die von Jadassohn und Raffim vorigen Jahre vorgenommene Gesamtuntersuchung aller Prostituirten Breslaus ist Autor in der Lage, der Lewin'schen Statistik eine, freilich kleinere, Statistik gegenüberzustellen: Es fanden sich unter 700 Prostituirten 291, die weder nach den Acten, noch der Anamnese nach S. durchgemacht hatten und die auch weder floride Erscheinungen von S., noch Zeichen abgelaufener S. aufwiesen, nur dass 11 von ihnen ein typisches Leukoderm am Halse hatten; d. h. also unter den scheinbar nicht syphilitischen, aber durch ihren Lebenswandel auf S. verdächtigen Frauen fand sich in Breslau wie in Berlin etwa bei 4% das Leukoderm.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 42.)

**Tabes dorsalis.** Nach Dr. P. A. Ostankof (St. Petersburg, Klinik von Prof. Bechterew) bewährte sich **Cerium oxal.** bei **gastrischen Krisen** vortrefflich. Er gab es in Dosen von 0,05—0,15 3—4 Mal täglich.

(Wiener medic. Presse 1896 No. 42.)

— **Amaurose als erstes Symptom einer T.** hatte sich, wie J. Charcot mittheilt, bei dem jetzt seit 12 Jahren leidenden Pat. gezeigt. Trotzdem selbst bei Tabetikern, bei denen als 1. Symptom Erblindung eintritt, das Auftreten des Romberg'schen Phänomens nicht beobachtet wird, kam es hier

vorherrschend zu einer vollkommenen Entwicklung dieser Erscheinung. Nach 1monatlicher Behandlung mittelst Suspension verschwand die Ataxie wieder.

(Soc. de hist. 30. Mai 96. — Wiener medic. Wochenschrift 1896 No. 43.)

**Ulcus ventriculi.** Die Behandlung des frei in die Bauchhöhle perforirten U. soll, wie C. Pariser (Berlin) betont, angesichts der Ergebnisse der Statistik in sofortiger Operation bestehen. Von 99 Fällen sind 33 geheilt. Dieser Procentsatz wird noch viel besser, wenn man nur die rechtzeitig, d. h. 10—15 Stunden post perforat. operirten Fälle berücksichtigt. Von diesen 33 Fällen sind 23 gerettet, d. i. ca. 75<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Bei noch später operirten und geretteten Fällen (4) sind besondere Umstände, wie frische Verklebungen der Perforation, Magenleere zur Zeit der Operation vorhanden gewesen. Ausser dem frühen Termin ist zum segensreichen Erfolge noch wichtig:

1. Die schnelle und gute Erreichbarkeit des perforirten Geschwürs.
2. Der Füllungszustand des Magens und das Verhalten seines Inhaltes in Bezug auf Zersetzungen.
3. Die Grösse der gesetzten Perforationsöffnung und die Anwesenheit von frischen Verklebungen der Perforationsstelle.
4. Möglichst kurze Dauer der Operation.

Der classische Ort der Perforation ist die vordere Magenwand in der Nähe der kleinen Curvatur an der Cardia. Das weibliche Geschlecht überwiegt enorm (82<sup>0</sup>/<sub>0</sub>: 18<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Geschwüre der vorderen Wand haben besondere Neigung zur Perforation und sind dabei selten. Von 200 Geschwüren sitzen nur 10 an der vorderen Magenwand, und davon perforiren 8,5, von den 190 der hinteren Wand nur 4. Die Anlässe zur Perforation sind oft sehr unbedeutend: Husten, Stolpern, Niesen. Die frühe Diagnose der Perforation ist nicht immer leicht. Wichtig ist die Nachfrage und Beachtung der letzten speciellen vorgängigen Verrichtung der Pat., resp. der Gelegenheitsursache, bei der die Störung des Befundes eintrat. Ein objective's Symptom ist die rasende Steigerung des Schmerzes im Anschluss an Zufuhr kleiner Mengen von Ingesten; das tritt oft deutlich zu Tage, wenn den Pat. bei dem eintretenden Collaps kleine Mengen von Spirituosen eingeflösst werden. Bei langsamer oder

circumscripiter Entwicklung der Peritonitis ist 2—3 Stunden nach Ueberwindung des Shoks das Krankheitsbild oft ein so wenig schweres, dass Irrthümer in der Diagnose, resp. Irrewerden an der früher gestellten, häufig sind. Man achte hier auf subfebrile Temperaturen von 37,8° bis 38,2°, verbunden mit einem Puls von 128; oft ist Pulsbeschleunigung allein vorhanden.

(68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, 1896. 23. Sept. — Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 43.)

— Die **Wismuthbehandlung** des U. empfiehlt Dr. Witthauer (Halle a. S.) aufs Wärmste. Er wandte sie an bei Fällen mit hartnäckigen Magenbeschwerden, die entweder auf ein altes U. oder nur auf Hyperacidität zurückzuführen waren, ferner bei Magenblutungen, endlich bei frischem U. Er stieg bis zur Maximaldosis von 20 gr pro die, wenn erstmalige Gaben von 10—15 gr gut vertragen wurden. Genau nach der Vorschrift Fleiner's gab er diese 20 gr in 200 gr Wasser suspendirt früh nüchtern, spülte mit einigen Schlucken Wasser nach und liess dann die Pat. mit erhöhtem Becken etwa 1 Stunde lang horizontal im Bett liegen. War keine Blutung kurz vorhergegangen, so durften sie danach aufstehen und umhergehen; war Blut erbrochen worden, so bekamen sie erst 2 Tage einen Eisbeutel auf die Magengegend, schluckweise eisgekühlte Milch und erst am 3. Tag nach Aufhören der Blutung Wismuth. Während der Cur genossen die Pat. Milch, altes Weissbrod, Cakes, Zwieback, grosse Mengen Butter, dicke Suppen von Reis, Gries und Sago; bald bekamen sie fein geschabtes rohes Fleisch oder rohen Schinken, gelegentlich ein weiches Ei, und gingen erst nach längerer Zeit zur gewohnten Kost mit Ausschluss schwer verdaulicher Speisen über. Zum Schluss wurde Eisen, meist in Gestalt des Liquor ferri albuminat. verabreicht. Autor wich von der Fleiner'schen Vorschrift (10 gr pro die 3 Wochen lang) nur darin ab, dass er die Cur (20 gr pro die) 10 Tage gebrauchen liess und dann folgendes Pulver gab:

**Rp.**

*Codein. 0,75*

*Natr. bicarb. 50,0.*

S 3—5 Mal tägl.  $\frac{1}{2}$  Theelöffel in etwas Wasser nach dem Essen.

Autor hat es nie nöthig gehabt, die Wismuthcur über 10 Tage auszudehnen, weil ausnahmslos alle Beschwerden da verschwunden waren.

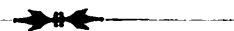
(Therap. Monatshefte 1896 No. X.)

- Eine andere Behandlung, als die übliche (Bettruhe, heisse Kataplasmen, flüssige Kost, Bismuth. subnitr.), die oft nur Scheinerfolge zeitigt, aber häufig Recidive aufkommen lässt, empfiehlt Ratjen, nämlich ausser heissen Kataplasmen und strengster Bettruhe als Hauptsache wesentliche Ernährung per rectum 10 Tage lang; absolut keine Nahrung per os, höchstens Eisstückchen, klares Wasser oder mit etwas Cognac und Fenchelthee. Der Magen kann sich so zusammenziehen und verkleinern, seine Bewegungen einschränken und sendet keine HCl ab, die eine Weiterverätzung der Geschwürsränder veranlassen könnte. So hat Autor im letzten Jahre 55 Fälle mit Erfolg behandelt. — In diagnostischer Beziehung erinnert Autor daran, dass nicht jede Haemotoemesis ihren Sitz im Magen hat; besonders bei Milzkrankungen müsse man an Varicenbildung der unteren Oesophagusvenen denken.

(Aerztl. Verein zu Hamburg, 1896, 20. October. — Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 44.)

- Ueber das Verhalten der Gärtner'schen Fettmilch bei der Magenverdauung hat Docent Dr. E. Schütz (Wien) an Magenkranken vergleichende Experimente mit gewöhnlicher Milch angestellt. Er fand in Bezug auf die Dauer des Verweilens im Magen deutliche Unterschiede. Die Fettmilch hatte jedesmal in dem gleichen Zeitraum den Magen in grösserer Menge verlassen, als die gewöhnliche Milch. Die Fettmilch kann also jedenfalls für Magenkranke, namentlich mit U. behaftete Pat. empfohlen werden und ist auch bei ausschliesslicher Milchdiät für die Mastcur u. s. w. der gewöhnlichen Milch vorzuziehen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 48.)



## Vermischtes.

---

— **Stoffwechseluntersuchungen mit dem Fleischpepton der Compagnie Liebig** führte Dr. W. Zinn (Berlin, Gerhardt's medic. Klinik) aus und kam zu folgenden Schlüssen:

1. Das nach Prof. Dr. Kemmerich's Methode hergestellte Fleischpepton der Comp. Liebig besitzt, wie andere künstliche Peptonpräparate, eine eiweissersparende bzw. eiweissersetzende Wirkung.
2. In der Krankendiätetik empfiehlt sich die Darreichung des Fleischpeptons in erster Linie bei Anaemischen, Chlorotischen, bei Phthisikern und bei Reconvalescenten mit darniederliegender Verdauung. In diesen Fällen sind kleine Gaben zu etwa 20 gr pro Tag ausreichend, um eine Anregung des Appetits und eine bessere Verdauungsthätigkeit, welche die Aufnahme einer reichlicheren Kost gestattet, zu erzielen.
3. Die äusseren Eigenschaften (Form, Geschmack, Haltbarkeit, gleichmässige Zusammensetzung) zeichnen das Kemmerich'sche Fleischpepton in vortheilhaftester Weise vor vielen anderen Präparaten des Handels aus.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 46.)

— **Ueber eine vereinfachte Methode der Inhalation mittelst des Nasenspülglassinhalators** berichtet Dr. R. Kafemann, Privatdoc. (Königsberg O/P.). Derselbe hatte schon 1894 versucht, ätherische Medicamente in kleinen Glasbehältern zur Verdampfung zu bringen und die bei der geringsten Erwärmung sofort sich entwickelnden Dämpfe direct aus denselben in Nase und Mund einathmen zu



lassen. Es lag nahe, einen der gebräuchlichen birnförmigen Nasenspülapparate zu benützen, um im Interesse der Vereinfachung der gesammten medicamentösen Nasen- und Halstherapie dem Pat. in seinem Spülglyse zugleich einen äusserst handlichen, zu jeder Zeit und an jedem Ort mühelos in Thätigkeit zu setzenden Inhalationsapparat zu verabfolgen. Bald stellte es sich aber heraus, dass die im Handel befindlichen Modelle beim Erhitzen zu leicht zerplatzten. Autor liess deshalb jenes Modell, welches sich der weitesten Verbreitung erfreut und sich dadurch auszeichnet, dass es einen flachen Boden besitzt, derart zum Zwecke der Inhalation modificiren, dass der flache Boden zu einem convexen umgestaltet wurde. Da diese Convexität nur in der Rothgluth herzustellen ist, ist das Glas, wofern es sonst nur ziemlich dickwandig ist, jeden Erhitzungsgrad auszuhalten im Stande (zu haben bei Apotheker Guttman in Königsberg). Autor lässt inhaliren:

**Rp.**

|                                  |   |                                               |
|----------------------------------|---|-----------------------------------------------|
| <i>Menthol.</i> 4,0              | } | (bezogen von Schimmel & Co.)                  |
| <i>Eucalyptol. pur. alb.</i> 2,5 |   |                                               |
| <i>Terpineol</i> 2,0             |   |                                               |
| <i>Ol. pini puriss.</i> 1,0      |   | (bezogen von Gebr. Unterweger, Thal Assling). |

Die Medicamente müssen absolut rein sein! Man schüttet 2—3 Tropfen der Mischung in das Gläschen, erwärmt dasselbe schwach über einer Spiritusflamme, Lampe etc., steckt sich darauf das birnförmige Nasenansatzstück einige Millimeter weit in den Introitus narium und hat nun weiter nichts zu thun, als unverändert fortzuathmen, da die Einathmungsluft gezwungen ist, durch den Glasbehälter zu streichen und bei ihrem Durchgang durch denselben die in Form eines feinsten Nebels in demselben suspendirten ätherischen Stoffe mit sich zu führen. Diese Dämpfe erfüllen zweifellos die Bronchien. Will man bei Laryngitis und Bronchitis stärker wirken, so kann man auch mit Vortheil sich des röhrenförmigen Eingussrohres als Mundstück bedienen, indem man dasselbe pfeifenartig zwischen die Zähne nimmt. Es gelangen dann die Dämpfe ungeschmälert um den bei der Nasenathmung in der Nase zurückbleibenden Antheil in die tieferen Luftwege. Man kann so, indem man zu gleicher Zeit liest, Stunden lang inhaliren, da auch die Conjunctiva

nicht gereizt wird. Diese Inhalationen haben sich in der Praxis sehr bewährt. Auch zahlreiche nicht mit palpablen Nasenerkrankungen complicirte Fälle von nervösem Asthma, von Parästhesieen und nervösen Reizzuständen der Nase und des Nasenrachenraums wurden durch sie geheilt, ferner viele Fälle von Kopfschmerz, bei denen alle internen Mittel fehlgeschlagen.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 11.)

- **Filmogen (Liquor adhaesivus), ein neues Vehikel zur Application von Arzneistoffen auf die Haut,** hat Doc. Dr. E. Schiff (Wien) erfunden. Es ist das eine Lösung von nitrirter Cellulose in Aceton, welche, auf die Epidermis aufgespritzt, in Form eines dünnen Häutchens erstarrt. Dem Präparate ist behufs Erzielung einer gewissen Elasticität Oel hinzugesetzt, sodass das Ganze, als dünner Ueberzug auf die Haut applicirt, durch Verdunsten des Acetons sofort eine fest anhaftende, undurchdringliche Schicht bildet, die die betreffenden Theile hermetisch abschliesst und zufolge seines Oelgehaltes so geschmeidig bleibt, dass es jeder Bewegung der Haut folgt, ohne dabei brüchig zu werden. Die Lösung dient als Träger medicamentöser Stoffe, welche ihr in flüssiger oder fein zerkleinerter fester Form (suspendirt) zugesetzt und innig mit ihr vermischt werden. In hohem Procentsatz vollständig lösen lassen sich in ihr Salicylsäure, Resorcin, Jodoform, Pyrogallol, Sublimat, Carbonsäure, Chrysarobin, Theer, Ichthyol. Zur Suspendirung geeignet und dabei noch immer ziemlich amalgamirungsfähig sind Schwefel, Plumb. acetic., Zink. oxyd., Jodblei etc. Das Präparat hat also Vorzüge vor den Salben und Pflastern, auch vor den Firnissen, die sich schwer mit Arzneistoffen vermengen und bei längerem Verweilen auf der Haut dieselbe meist reizen, vor Collodium und Traumaticin, die nicht die genügende Resistenz besitzen, daher leicht brüchig werden und einreißen. Filmogen ist in Wasser nicht löslich, es hat daher noch den grossen Vortheil, dass man die Stellen mit Wasser waschen kann, ohne dass die geschützte Haut dadurch Schaden erleidet.

(Wiener medic. Wochenschrift 1896 No. 46.)

- Ein **neues Kinder-Nachtgeschirr**, construirt von Th. Kolmsperger (München), empfiehlt S.-R. Dr. L. Fürst (Berlin). Bei Kindern von 1—5 Jahren, welche das Nachtgeschirr sitzend benützen, zumal bei Knaben, kommt ein Uebelstand häufig vor: Während des Urinirens fließt nämlich bei den bisher in Gebrauch befindlichen Geschirren leicht der Harn über den Rand weg und macht die Strümpfe und Kleidchen, die Beine, den Boden nass. Diesem unangenehmen und unhygienischen Zustand hilft eben in einfacher und praktischer Weise das neue Geschirr durch einen Auffangtrichter ab, welcher zugleich der hohle Henkel des Topfes ist. Die elliptisch geformte Trichteröffnung beginnt 5 cm über dem Sitzrande und erstreckt sich durch den Anschluss des Rohrenkels mittelst eines Ausschnittes in der Topfwandung noch 3 cm unter den Sitzrand. Hierdurch wird zugleich das Zurückspritzen des tiefer einlaufenden Urins verhindert, indem derselbe genöthigt ist, durch den hohlen Henkel in den Topf zurückzulaufen. Körper, Kleidung, Bettvorleger bleiben trocken, eine nicht unwesentliche Ursache der Luftverderbniss in der Kinderstube kommt in Wegfall. Der Topf ist aus Eisenblech gestampft, gut emallirt, fast unverwüsthlich; er kostet M. 3.

(Zeitschrift f. Krankenpflege 1896 No. 9.)

- Die **Indicationen des Aderlasses** sucht Dr. A. Albu (Berlin, städt. Krankenhaus Moabit) nach seinen Erfahrungen zu präcisiren. Der Aderlass ist in Vergessenheit gerathen, weil er als Allheilmittel gepriesen wurde und es an einer strengen Kritik in der Auswahl der geeigneten Fälle fehlte. Eine solche ist hier unbedingt nöthig. Denn der Aderlass ist weder ein universelles Heilmittel, noch ein specifisches Heilmittel für irgend eine Krankheit, sondern er ist ein brauchbares und werthvolles, ja sogar lebensrettendes Hülfsmittel bei gewissen gefahrvollen Zuständen, er ist keine *Indicatio morbi*, sondern eine *Indicatio vitalis*. In der Hauptsache lassen sich folgende 2 Zustände als Indicationen für den Aderlass betrachten: 1. Ein abnorm hoher Blutdruck bei starker Gefäßspannung und Congestionen in einzelnen Organen; 2. die Anhäufung normaler Stoffwechselproducte im Blut oder der Uebergang fremdartiger Substanzen in

dasselbe. Die erste Indication kommt bei der Apoplexia sanguinea in Betracht, aber nicht bei jeder, sondern es eignen sich dafür hauptsächlich die Fälle, welche Personen in noch nicht vorgeschrittenem Alter, von kräftiger Constitution, mit kräftigem, vollem Pulse und hoher Spannung desselben, Turgor des Gesichts und event. tiefer, schnarchender Respiration und mehr oder minder stark ausgeprägter Bewusstlosigkeit betreffen; alle diese Symptome schwinden nach Aderlass zuweilen sehr schnell und machen einem relativen Wohlbefinden Platz, das langsam zur Genesung führt. Die Ableitung des Blutes aus einem abgegrenzten Gefäßbezirk, wie es das Gehirn besitzt, kommt als Indication für den Aderlass auch bei anderen Erkrankungen des Gehirns in Betracht, bei denen freilich gleichzeitig auch die Ueberladung des Blutes mit abnormen Stoffwechselproducten Veranlassung zu demselben giebt: Epilepsie und Uraemie, bei denen Autor mehrfach geradezu überraschende Erfolge gesehen hat, wenn der Eingriff frühzeitig zur Ausführung gelangte. In denjenigen Fällen von Uraemie freilich, wo es sich um veraltete Fälle von chronischer Schrumpfniere handelt, die mit schweren Compensationsstörungen, Herzschwäche etc. einhergehen, auch bei abgemagerten Personen mit schwachem Pulse und Anaemie soll der Aderlass nicht versucht werden! Auch Vergiftungen, z. B. mit Kohlenoxyd, Leuchtgas, Kal. chloric. und anderen Blutgiften indiciren den Aderlass, ebenso solche mit Kohlensäure, die sich namentlich bei einer Reihe von verschiedenen Affectionen der Brustorgane im Körper anhäuft und zu bedrohlichen Erscheinungen führt. Nicht diese Erkrankungen der Lunge oder des Herzens an sich bilden die Indication für den Aderlass, sondern die durch sie herbeigeführte Kohlensäureintoxication. Zunächst kommt die Pneumonie in Betracht, doch wiederum mit strenger Auswahl der Fälle, bei denen es aber nicht als ultimum refugium, wenn etwa schon Trachealrasseln eingetreten ist, zu dienen hat, sondern in dem Momente angewendet werden soll, wo die Krankheit noch auf der Höhe ist, die Erscheinungen der Herzschwäche sich so gesteigert haben, dass ein unglücklicher Ausgang durch Lungenödem zu befürchten ist. In erster Reihe soll er nur zur Ausführung gelangen bei jugendlichen Pat. mit kräftiger Constitution, plethorösem Habitus u. s. w., und zwar nur in schweren

Fällen, wo z. B. mehrere Lappen befallen sind, das Fieber andauernd hoch ist, permanent Delirien bestehen, die Cyanose sich andauernd steigert, die Athmung immer frequenter und oberflächlicher wird, der Puls anfängt, an Fülle und Spannung zu verlieren und leicht unregelmässig wird; in diesen Zuständen ist der Aderlass oft ein zuverlässigeres Rettungsmittel, als die Analeptica, indessen kein untrügliches. Auch bei Bronchitis capillaris diffusa, wie sie z. B. so oft und schwer nach Influenza auftritt, denke man an den Aderlass, desgleichen bei schwerer Bronchitis chronica, die mit Bronchiektasieen und bronchopneumonischen Herden einhergeht. Einen überraschenden Erfolg erzielte Autor einmal bei einem acut entstandenen Pneumothorax, welcher zur Verdrängung des Herzens und hochgradiger Stauung im Lungenkreislauf geführt hatte; er betraf einen jungen, kräftigen Menschen mit rechtsseitiger Spitzeninfiltration, der anscheinend mitten in voller Gesundheit plötzlich mit heftigster Athemnoth und starker Cyanose erkrankte. Bei Tuberculose an sich, auch der acuten miliaren, ist der Aderlass immer nutzlos. Bei Herzkrankheiten kann er in Betracht kommen, wenn es sich um schwere Compensationsstörungen von Klappenfehlern handelt, von denen insbesondere die Mitralstenose zu Erscheinungen führt, welche den Aderlass nützlich erscheinen lassen könnten. Zweitens kommen Erkrankungen des Herzmuskels selbst in Betracht, bei denen man indessen damit sehr vorsichtig sein muss. Viel dreister darf man bei Pericarditis sein, wenn es sich um grosse Ergüsse in den Herzbeutelraum handelt. Im Allgemeinen verbietet sich der Aderlass bei Herzkrankheiten deshalb, weil gerade bei diesen eine Anstrengung der Herzkraft in den bedrohlichen Krankheitszuständen contraindicirt erscheint und durch absolute Ruhelage und Schonung des Herzens oft gerade am schnellsten eine Kräftigung des Herzens zu erwarten ist, welche die Circulationshindernisse überwindet. Die Schwierigkeit, die heilsame Wirkung des Aderlasses exact beweisen zu können, ist ihm in der Geschichte der Heilkunde schon wiederholt verhängnissvoll geworden, und sie ist es auch, welche uns die Pflicht auferlegt, dies Heilmittel auch wirklich nur da anzuwenden, wo wir uns annähernd richtige Vorstellungen über das Zustandekommen seiner Einwirkung auf den Organismus machen können. Dieser Mangel jeder logischen

Erklärungsweise muss uns davon abschrecken, bei der Chlorose den Aderlass anzuwenden, wo er sogar in den Fällen, die mit kleinem Pulse, Oedem, Herzschwäche einhergehen, gefährlich werden kann und andererseits für die leichteren Fälle entbehrlich ist, bei denen man auch auf andere Weise (längere Bettruhe!) die schönsten Erfolge erzielt. — Auch die **blutigen Schröpfköpfe** verdienen nicht, ganz vergessen zu werden. Sie stellen ein Diminutivum des Aderlasses dar und sind besonders bei Pneumonie, Pleuritis, Pericarditis am Platz, wo die Blutentziehung eine locale, entzündungswidrige und gleichzeitig schmerzlindernde Wirkung ausübt, welche oft vom wohlthätigsten Einfluss auf subjectives und objectives Befinden ist. Auch in einem Falle von Uraemie sah Autor durch reichliche Blutentziehung mittelst Schröpfköpfen eine günstige Beeinflussung eintreten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 43.)

— **Harnstoff als Diureticum** hat Privatdoc. Dr. G. Klemperer (Berlin) bei zahlreichen Pat. angewandt. Er beginnt die Ordination mit einer 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>igen Lösung:

**Rp.**

*Uraeae pur. 10,0*  
*Aq. dest. 200,0.*

D. S. Stündlich 1 Esslöffel.

Wenn möglich, soll die ganze Menge an einem Tage verbraucht werden. Nach 2 Tagen verschreibt er 15 gr auf 200 gr, nach weiteren 2 Tagen 20 gr auf 200. Das Medicament wird fast immer gut vertragen. Wo der Geschmack stört, lässt Autor einen Esslöffel der Lösung in einem Weinglas Milch oder Selters lösen. Einige Male traten Diarrhoeen auf, die bei dem Krankheitszustand nicht unerwünscht die diuretische Wirkung unterstützten. Gewöhnlich lässt er das Medicament 14 Tage lang nehmen, sodass dann 200—250 gr verbraucht sind. Genau untersucht wurden:

| Krankheitsfälle                     | Im Ganzen behandelt | Mittlere 24stündige Urinmenge |         |         |         |         | Guter Erfolg |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------|---------|---------|---------|---------|--------------|
|                                     |                     | 4 L.                          | 3 L.    | 2 L.    | 1 L.    | < 1 L.  |              |
| Ascites bei Lebercirrhose .         | 11 Fälle            | 5 Fälle                       | 2 Fälle | 2 Fälle | 2 Fälle | —       | in 63%       |
| Pleuritisches Exsudat . .           | 7 "                 | 3 "                           | 1 Fall  | 3 "     | —       | —       | " 57%        |
| Herzkrankheiten:<br>Klappenfehler . | 13 "                | 2 "                           | 3 Fälle | 6 "     | 2 "     | —       | " 38%        |
| Muskel-<br>erkrankung .             | 17 "                | 5 "                           | 2 "     | 2 "     | 4 "     | 4 Fälle | " 41%        |
| Morbus Brightii                     | 9 "                 | —                             | —       | 1 Fall  | 3 "     | 5 "     | " 0%         |

Also bei Erkrankungen der Niere erhöhte der Harnstoff die Urinausscheidung nicht. Die besten Erfolge finden sich bei Ascites und pleuritischen Exsudat; in einzelnen Fällen von Lebercirrhose überstieg die Urinmenge Tage lang 5 Liter, und grosse Unterleibsergüsse schwanden schnell dahin. Einige Male war die Wirkung sehr geringfügig. Es ist anzunehmen, dass in diesen Fällen der Druck des Exsudats auf die Nieren ein besonders hoher war; vielleicht auch, dass es sich um wirkliche parenchymatöse Nierenentzündungen in Folge von Alcoholismus handelte. Bei den mit Urea behandelten Fällen von Herzkrankheit waren die Erfolge sehr schwankend. Einige Pat. mit schweren Compensationsstörungen, bei denen andere Mittel unwirksam gewesen waren, bekamen erstaunliche Urinmengen und verloren grosse Oedeme in kurzer Zeit; bei der Mehrzahl war die Wirkung nur mässig, bei einigen fehlte sie ganz. Jedenfalls vermag, wo die Nierenthätigkeit durch Stauung allzusehr alterirt ist, der Harnstoff keine Angriffspunkte mehr zu finden. Wesentliche Albuminurie ist deswegen in der Regel eine Contraindication gegen die Anwendung von Urea; doch blieb oft deren Wirkung aus, auch wenn der Urin der Herzkranken eiweissfrei war. Trotz der nicht geringen Zahl der Misserfolge möchte Autor doch rathen, in allen Fällen von Hydrops und Ascites nicht renalen Ursprungs, wenn andere Mittel versagen, noch an die diuretische Wirkung des Harnstoffs zu appelliren. Die Wirkung pflegt am 2.—3. Tage der Medication einzutreten; fehlt sie am 5. Tage, nachdem bereits 50 gr gegeben sind, so setze man das Mittel aus.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 47.)

- Eine neue „**Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie**“, herausgegeben von Prof. Wernike (Breslau) und Prof. Ziehen (Jena) erscheint vom Januar 1897 ab im Verlage von S. Karger (Berlin). Sie wird enthalten Originalarbeiten, umfassende Sammelreferate, Recensionen, Berichte über Vereine und Versammlungen und wird M. 32.— pro anno kosten.



*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Gratzor in Sprottau.*



## —\*— **Einzig in seiner Art!** —\*—

Angesichts der durchgreifenden Wandlungen, welche sich in unserer Zeit auf dem Gebiete der wissenschaftlichen und praktischen Medicin mehr als auf jedem anderen vollziehen, angesichts ferner der immer intensiver sich gestaltenden Bestrebungen, den ärztlichen Stand wirthschaftlich und social zu heben und zu festigen, lag der Gedanke nahe, **in einem eigenen, nur für Mediciner bestimmten Organe den kritischen Humor und die maassvolle Satyre zum Worte gelangen zu lassen.**

Welche praktische Bethätigung wissenschaftlicher Erkenntniss wird so viel, so mannigfaltig und gewiss im Ganzen so ungerecht angefochten, wie diejenige des Arztes, welcher Stand hat in diesem Maasse gegen Bornirtheit und Böswilligkeit anzukämpfen, für welchen Beruf dürfte daher ein Blatt erwünschter sein, das **mit den Waffen des Witzes und der Satyre gegen alles Unlautere, Schädliche und Verkehrte streiten will?**

Diesem Zwecke in erster Linie soll das neue Journal dienen, das seit erstem Januar 1897 in's Leben getreten ist unter dem Titel:

# „Das Bistouri“

**Illustrierte, humoristisch-satyrische Blätter für Mediciner.**

Redaction:

**Dr. EUGEN GRAETZER,**

Sprottau.

Verlag:

**CARL SALLMANN,**

Leipzig und Basel.

Erscheint monatlich zwei Mal. Preis halbjährlich **Mk. 4. = Frs. 5.**  
ohne Porto.

Zu beziehen durch alle Postanstalten, Zeitungsbureaux, Buch- und Kunsthandlungen, sowie direct von der Expedition in Leipzig und Basel.

Mit hoher Befriedigung können wir constatiren, dass über Erwarten zahlreiche ausgezeichnete Mitarbeiter unsere Idee mit Freuden begrüsst haben, wir dürfen daher wohl mit Zuversicht hoffen, dass unserem Blatte auch die thatkräftige Unterstützung des Aerztestandes, für dessen Interessen und dessen gesunde Entwicklung es einsteht, nicht fehlen wird.

**Beiträge textlichen und zeichnerischen Inhaltes sind stets bestens willkommen und an Herrn Dr. E. Graetzer in Sprottau (Schlesien) zu senden.**

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup>. 6.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*März*

*VI. Jahrgang*

*1897*

---

**D**ie früher erschienenen fünf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Agrypnie.** Ist das Trional ein brauchbares Hypnoticum und besitzt es Vorzüge vor dem Sulfonal? Diese Frage sucht Prof. J. v. Mehring zu beantworten sowohl auf Grund eigener Versuche, als auch durch die Erfahrungen Anderer. Zu letzterem Zwecke bat er 17 Aerzte und Kliniker, darunter Jastrowitz, Fürstner, Binswanger, Emminghaus, Krafft-Ebing, Rabow um Auskunft über ihre Erfahrungen. Aus denselben geht hervor, dass gegenwärtig kein Schlafmittel vor dem Trional den Vorzug verdient. Nur in einem der Berichte wird das Trional als gleichwerthig mit dem Sulfonal bezeichnet. Alle übrigen stellen das Trional erheblich über das Sulfonal; einige wenden Sulfonal wegen seiner unangenehmen Nebenwirkungen gar nicht mehr an. Haematoporphyrinurie ist zwar in vereinzeltten Fällen auch nach Trional beobachtet worden, allein das Auftreten gerade dieser Erscheinung

bleibt, wenn sie auch viel seltener vorkommt, als nach Sulfonal, ebenso unaufgeklärt wie dort. Fast sämtliche Kliniker stimmen darin überein, dass das Symptom leicht zu vermeiden ist und, wenn es eingetreten, beim Aussetzen des Mittels ohne weitere Folgen verschwindet. Nimmt man diese Urtheile mit dem in der Litteratur bereits Niedergelegten zusammen, so ergibt sich Folgendes: Das Trional ist ein vorzügliches Hypnoticum, welches von keinem der bisher bekannten Mittel übertroffen wird, und es wirkt sicher und prompt bei einfacher A., bei solcher Neurasthenischer und der psychischer Kranker mit Unruhe und selbst stärkerer Erregung. Bei A. in Folge körperlicher Schmerzen kann das Trional gleichfalls gute Dienste leisten, wenn z. B. 1 gr mit 0,005 Morphium combinirt wird. Alles dies wird auch durch die eigenen Erfahrungen v. Mehring's bestätigt. Derselbe wandte das Trional etwa 1000 Mal an und erlebte nie Unangenehmes, obwohl er es mitunter 3—4 Monate lang fortnehmen liess, und zwar jeden 2.—3. Tag in einer Gabe von 1,0—1,5. Ein Idealschlafmittel ist es freilich nicht, ein solches wird auch wohl kaum geschaffen werden, aber es nimmt die 1. Stelle unter allen solchen Mitteln ein. In der grossen Mehrzahl der Fälle kommt man mit 1 gr aus, event. kann eine geringe Erhöhung (um 0,25) oft eclatant wirken. Längere tägliche Dargreichung ist streng zu vermeiden, auch in der Regel überflüssig. Event. muss man dann mit anderen Mitteln zeitweilig abwechseln. Bei solcher Vorsicht wird man stets von unangenehmen Zufällen verschont bleiben.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 8.)

- **Pellotin** wandte Dr: Alex. Pilcz (Wien, I. psychiatr. Klinik) bei 58 Fällen subcutan an und erlebte dabei nie unangenehme Zufälle, obwohl mehrere höchst marantische Individuen darunter waren. Bei 29 Fällen (= 50%) wurde vollständiger Erfolg erzielt, d. h. die Pat. schiefen  $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  Stunden nach der Injection ein und die ganze Nacht durch; bei 17 Fällen (= 29,3%) war der Erfolg ein mittelmässiger, d. h. die Pat. schiefen einige Stunden lang, lärmten dann, schiefen wieder u. s. w. oder sie schiefen nicht, blieben aber ruhig; bei 12 Kranken (= 20,7%) war kein Erfolg zu constatiren. Die 58 Fälle

betrafen absolute, aber reine A. bei Paralyse, Mania, Amentia, Dementia senilis und Paranoia. Von den 29 positiven Erfolgen wurden 19 bei einer Dosis von 0,02 erreicht, sonst waren 0,04—0,06 erforderlich. Erwähnenswerth Fall von Amentia, wo 5 gr Paraldehyd gar nicht wirkten, mit 0,04 Pellotin langer Schlaf erzielt wurde, dann 4 Fälle von aufgeregter Paralyse, die auf 5 gr Paraldehyd oder 2 gr Chloral gar nicht reagierten, während durch Pellotin aber befriedigende Wirkung erreicht wurde.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 48.)

**Angina.** Zur Verhütung der häufigen Rückfälle phlegmonöser Anginen empfiehlt Dr. W. Kramer (Glogau) sehr warm parenchymatöse Carbolinjectionen. Er hat im Laufe mehrerer Jahre in einer grossen Anzahl von Fällen wiederholt bald in kürzeren Pausen von 2—3 Monaten, bald in längeren Zwischenräumen von  $1\frac{1}{2}$ —1 Jahren Recidive eintreten sehen, welche durch die heftigen Beschwerden und die in Folge derselben stets von Neuem aufgetretene starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens zu einer wahren Calamität für die Pat. wurden. Wodurch die Häufigkeit solcher Rückfälle bedingt war, hierfür konnte die Ursache weder in dem Verhalten der Kranken, noch in der vorausgegangenen Behandlung gefunden werden, die, wo nicht bereits spontaner Durchbruch des peritonsillären Eiterherdes erfolgt war, für breite Eröffnung desselben, für Offenhalten des angelegten Schnittes und reichliche antiseptische Gurgelungen gesorgt hatte. Andererseits hatte auch die bei mehreren Pat. vorgenommene Abtragung hypertrophischer Parthieen, galvanokaustische resp. elektrolitische Behandlung oder Schlitzung von Löchern und Taschen der Mandeln, ebenso wie die Entfernung eines cariösen oberen Backenzahns, der als Ursprungsstelle der Eiterung in 2 Fällen verdächtig erschienen war, jenen Rückfällen nicht vorzubeugen vermocht. Diese letzteren werden sich höchstwahrscheinlich aus latenten Eiterkokkenherden entwickeln, welche, in dem peritonsillären Bindegewebe von einer früheren Erkrankung desselben liegen geblieben, plötzlich, vielleicht unter dem Einfluss irgend einer Gelegenheitsursache, zu neuem Leben erweckt wurden. Von dieser Annahme ausgehend, machte eben Autor Carbolinjectionen, um durch diese die latenten Herde virulenter

Keime unschädlich zu machen. Einige Wochen nach Ablauf des Recidivs führte er wöchentlich 2—3 Mal, im Ganzen 4—6 Einspritzungen von etwa  $\frac{1}{2}$  ccm einer 2—3 $\frac{0}{0}$ igen Carbollösung durch den vorderen Gaumenbogen aus, dabei zunächst, mitunter nach vorheriger Cocainisirung, die Hohnadel einer Pravaz'schen Spritze ca. 1 cm tief einstechend und erst dann, wenn kein Blut durch die Nadel hervortrat, den Spritzeninhalt tropfenweise in das Gewebe entleerend, wobei er die Nadelspitze vorsichtig nach verschiedenen Richtungen hinleitete. Die Pat., ausschliesslich Erwachsene, hatten wenig Schmerzen dabei, nachher nur für einige Stunden leichte Schlingbeschwerden, sonst keine Belästigung. Sämmtliche früher wiederholt an Recidiven erkrankten Pat. sind nach dieser Behandlung bisher von Recidiven verschont geblieben, 15 seit über  $2\frac{1}{2}$  Jahren, die übrigen erst 2 Monate bis 2 Jahre. Dies kann wohl kaum ein Zufall sein, vielmehr wird man wohl annehmen müssen, dass eben jene zurückgebliebenen Keime durch die Carbolinjectionen abgetödtet worden sind.

(Centralblatt f. Chirurgie 1896 No. 47.)

**Asphyxie.** Die Behandlung der *Asphyxia neonatorum* mittelst **Katheterismus des Larynx** bringt Dr. E. Köhl (Chur) in empfehlende Erinnerung. Er hat in mehreren Fällen, wo ihn andere Methoden, auch die Schultze'schen Schwingungen, im Stich liessen, mit grossem Vortheil diese Methode benützt, die bei *Asphyxia pallida* wirklich verdient, mehr gewürdigt zu werden. Autor verfährt folgendermaassen: Das gut in warme Tücher eingewickelte Kind, bei dem bloss Gesicht und Hals unbedeckt bleiben, wird auf den Wickeltisch gelegt. Der Zeigefinger der linken Hand geht in den Mund, nimmt den Kehldeckel nach vorn und fixirt den Kehlkopfeingang, die rechte Hand ergreift den mit Mandrin versehenen Larynxkatheter und bringt die Spitze desselben unter Zufühlen des linken Zeigefingers in die Stimmritze und durch sie hindurch. Nun fixirt die linke Hand den Katheter vor dem Kiefer und schiebt ihn, während der Mandrin mit der rechten Hand entfernt wird, noch weiter in die Trachea hinein. Ist Schleim vorhanden, so wird derselbe durch Aussaugen mit dem Mund am Katheterende in den Katheter hineingebracht, dieser herausgezogen, ausgeblasen und aufs Neue

eingelegt. Dies wird event. ein zweites, ja ein drittes Mal wiederholt, wenn sich während der nun folgenden künstlichen Respiration wieder Schleim störend bemerklich macht. Diese künstliche Respiration geschieht durch Einblasen von Luft mittelst des Mundes durch den Katheter und sanftes Auspressen der Luft durch Druck auf Thorax und Abdomen. Autor hat auf diese Weise mehrere hochgradig asphyktische Kinder gerettet, eines z. B. nach 3stündiger Arbeit. Eines verlor er nach langer und schliesslich erfolgreicher Arbeit doch noch nach 2 Stunden durch Verbluten aus der schlecht unterbundenen Nabelschnur, indem er die Blutung bei dem in warme Tücher eingehüllten Kinde zu spät wahrnahm. Wo künstliche Zufuhr atmosphärischer Luft überhaupt nöthig ist, benützt Autor nur noch den Katheter, besonders seit er bei den Schultze'schen Schwingungen einmal das Pech hatte, in einer niedrigen Bauernstube das Kind an der Decke anzuschlagen, wobei es ihm aus den Händen glitt und an den Boden fiel. Der Katheterismus ist leicht, namentlich mit dem vom Autor angegebenen Instrument (Hanhart-Ziegler in Zürich), das für billigen Preis hergestellt wird.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1896 No. 22.)

**Augenentzündungen.** E. v. Hippel (Heidelberg) stellt in Betreff der **Keratitis parenchymatosa** etwa folgende Sätze auf:

1. Ein principieller Unterschied zwischen klinisch-primärer und secundärer Keratitis parenchymatosa besteht wahrscheinlich nicht. Ein anatomischer Beweis dafür, dass bei der klinischen primären Keratitis parenchym. die Hornhaut der einzige erkrankte Theil des Auges sein kann, fehlt bisher. Klinische, anatomische und experimentelle Thatsachen sprechen dafür, dass die Keratitis, auch wo sie klinisch-primär ist, die Theilerscheinung oder einfach die Folge eines im Tractus uvealis verbreiteten Krankheitsvorganges darstellt.
2. Die klinisch-primäre Keratitis hat keine einheitliche Aetiologie.
3. Die Syphilis hereditaria ist mit grösster Wahrscheinlichkeit als das wichtigste und häufigste ursprüngliche Moment der Keratitis parenchym. zu bezeichnen.

4. Gegen die ausschliessliche Bedeutung der Syphilis als ursächliches Moment sprechen: a) das Fehlen von sonstigen Anhaltspunkten für das Bestehen hereditärer oder erworbener Syphilis in 30—50% der Fälle; b) das Vorkommen der Keratitis parenchym. bei Thieren; c) der anatomische Nachweis, dass die K. parenchym. sehr wahrscheinlich auf tuberculöser Infection des Auges beruhen kann; d) die Thatsache, dass Erkrankungen des Tractus uv. auf verschiedenen Ursachen beruhen können; e) die Thatsache, dass auch Pat. in höherem Alter ohne erworbene Syphilis an K. parenchym. erkranken.
5. Die Hutchinson'sche Zahnform scheint nicht bei der Mehrzahl der Fälle von K. parenchym. vorzukommen. Ihr Vorhandensein spricht mit Wahrscheinlichkeit, aber nicht mit Sicherheit für das Bestehen hereditärer Syphilis.
6. Schwerhörigkeit bzw. Taubheit kann als beweisend für das Bestehen hereditärer Syphilis nur dann angesehen werden, wenn es sich handelt um eine meist acute, prognostisch ungünstige Gehörstörung mit subjectiven Gehörerscheinungen ohne otiatrischen Befund oder um eine meist bei kleinen Kindern auftretende, ganz ohne subjective Beschwerden verlaufende Obreiterung.
7. Einstweilen ist die Möglichkeit zuzulassen, dass die in Verbindung mit K. parenchym. auftretenden Gelenkerkrankungen unter Umständen tuberculöser Natur sind.
8. Sehr wahrscheinlich hat ein Theil der Fälle von K. parenchym. seine Ursache in einer tuberculösen, relativ milde verlaufenden Infection des Auges.
9. Rheumatismus und Malaria scheinen in manchen Fällen von ätiologischer Bedeutung zu sein; unsicher ist dies von Diabetes und Influenza.
10. Beschläge der Cornea sowie Synechieen kommen sowohl bei der wahrscheinlich syphilitischen, wie bei der wahrscheinlich tuberculösen Form vor, ebenso das Auftreten an beiden Augen, wie die diffuse Trübung der Hornhaut. Die nach Ablauf der Erkrankung zurückbleibenden tiefen Hornhautgefässe von charakteristischer Form kommen bei der syphilitischen K. sehr häufig, aber nicht durchaus regelmässig vor; sie

finden sich aber auch bei der wahrscheinlich tuberculösen Form. Letzteres gilt auch für die manchmal vor dem Eintritt der Hornhautentzündung und sehr oft, aber keineswegs regelmässig nach Ablauf derselben mit dem Augenspiegel nachweisbaren chorioretinischen Veränderungen im Aequator bulbi. Knötchenbildungen in Iris, Kammerwinkel und Hornhaut im Verlauf der K. parenchym. scheinen sich zwar häufiger bei der tuberculösen Form zu finden, kommen aber auch in Fällen vor, in denen das Bestehen hereditärer Syphilis als sicher angenommen werden muss. Es ist die Möglichkeit zu beachten, dass auch bei hereditär Syphilitischen das Auge tuberculös erkranken kann.

11. Rückfälle sind bei der K. parenchym. ziemlich häufig (unter den Fällen des Autors 17 $\frac{0}{0}$ ).
12. Die Therapie vermag nur verhältnissmässig wenig auszurichten; eine Beurtheilung ihrer Leistungen ist erschwert durch die verschiedene Schwere der einzelnen Fälle, sowie durch die Thatsache, dass die meisten auch ohne Behandlung zur Ausheilung kommen. a) Bisher kann keine Behandlungsmethode es verhindern, dass während ihrer Anwendung das zweite Auge erkrankt. b) Wenn Syphilis nachweisbar ist, so ist die antisiphilitische Behandlung am Platz. c) Wenn man überhaupt subconjunctivale Injectionen machen will, so können diese nur als Unterstützung der Allgemeinbehandlung angesehen werden. d) In einzelnen Fällen, in denen Syphilis nicht nachweisbar ist, scheint Natr. salicyl. die K. günstig zu beeinflussen. e) Die bekannt gemachten Erfahrungen über die Paracentese der vorderen Kammer sind zu spärlich, als dass man ihr einen wesentlichen therapeutischen Werth zuschreiben könnte. f) Der Iridektomie kann kein therapeutischer Werth zuerkannt werden. g) In gewissen seltenen Fällen, in denen der Vorgang noch auf einen kleinen Theil des Hornhautrandes beschränkt ist, kann unter Umständen durch Excision des erkrankten Gewebes das weitere Fortschreiten coupirt und rasche Heilung erzielt werden.

(v. Gräfe's Archiv f. Ophthalm., 42, 2. —  
Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 91.)



— Ueber **Heilung einer Keratitis bullosa** berichtet Dr. H. Göring (Meissen): 40jährige Frau, *gravida*, constitutionell gesund, die vor etwa 2 Jahren eine Verletzung des rechten Auges durch anfliegenden Stein erlitten hatte. Das vorher — abgesehen von mässigem Thränenträufeln — gesunde Auge war seitdem krank und konnte nicht zur Heilung gebracht werden; es wechselten heftige entzündliche Anfälle mit kurzen, erträglichen Ruhepausen ab. Status praesens: Rechtes Auge lichtscheu, schmerzhaft, reichlich thränend, Lider ödematös, Bindehaut sehr hyperämisch und etwas chemotisch, im unteren inneren Quadranten der Hornhaut nahe dem Limbus und fast parallel zu demselben eine weisse, schmale, 6 mm lange Narbe, das Epithel des unteren Hornhautdrittels durch einen Erguss von der Bowman'schen Membran abgehoben, im Uebrigen die Hornhaut durchsichtig und durchaus nicht unempfindlich bei Berührung; Iris blutreich, keine Synechie, Augeninneres normal, keine Erhöhung des intraocularen Drucks. Verengung des Thränennasencanals, der nur mühsam für schwächste Sonden passirbar war. Sehschärfe ca.  $\frac{1}{15}$ . Linkes Auge gesund. Die zunächst liegenden therapeutischen Maassnahmen: Erweiterung der Stenose des Ductus lacrymalis, Abtragung der vorderen Blasenwand, darauf Betupfung mit 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>iger Lapislösung, Einträufelung von Atropin resp. Scopolamin und Cocain, Einstreichen von Sublimatvaselin und Anwendung feuchter Wärme verminderten den Reizzustand zwar erheblich, brachten aber keine Heilung; es bildete sich zwar keine Blase mehr, aber auch keine regelrechte Vernarbung, und auch nach sorgfältigem Abkratzen der erkrankten Parthie mit dem scharfen Löffel zeigten sich immer wieder lockere, grauweisse Epithelmassen im Bereiche derselben, aber kein Narbengewebe. Selbst die Kauterisation mit der galvanokaustischen Glühspitze hatte keinen Dauererfolg. Da sich Autor doch noch nicht zur Iridektomie entschliessen konnte, versuchte er nach nochmaliger Verschorfung der kranken Stelle die Punction der vorderen Kammer mittelst des Glühdrahtes. Nun erst kam er ans Ziel; nach relativ kurzer Zeit präsentirte sich an Stelle der früheren Blase eine weisse, scharf begrenzte Macula corneae. Der Abfluss und Wiederersatz des Kammerwassers übte hier offen-

bar einen günstigen Einfluss auf die Ernährungsverhältnisse der Hornhaut aus, sodass in ähnlichen Fällen ein gleicher Versuch vor Ausführung der Iridektomie oder gar Enucleation vielleicht lohnte. Aetiologisch interessant ist das Auftreten einer Keratitis bullosa an einem nicht glaukomatösen, relativ sehtüchtigen Auge mit grosser Hornhautnarbe, aber sonst klarer und normal empfindlicher Cornea. Vielleicht kam dem durch das Thränenträufeln bewirkten Reize eine Bedeutung zu.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 50.)

- Ueber **Anwendung des Marmorek'schen Streptokokken-serums bei eitriger Dakryocystitis** berichtete Bouche-ron. Bekanntlich wird eine grosse Anzahl von Fällen eitriger Dakryocystitis durch Streptokokken erzeugt, die man gewöhnlich im Eiter vorfindet. Diese Fälle charakterisiren sich durch einen sehr schweren Verlauf, durch Auftreten einer Phlegmone des Thränensackes, welche nicht selten recidivirt, durch das Fortbestehen einer reichlichen Eiterung auch nach dem acuten Stadium, durch häufige Conjunctivitis und noch häufigere Rhinitis. Mit der Eiterung des Thränensackes geht sehr häufig auch eine Verengung des Nasencanals einher. In solchen Fällen sieht man nach 3—4maliger subcutaner Einspritzung von je 5 cm<sup>3</sup> des Serums in Intervallen von einigen Tagen die Eiterung ohne jede andere Behandlung aufhören und gleichzeitig Rhinitis und Conjunctivitis verschwinden. So brachte bei einer Pat., die seit 4 Jahren an dieser Affection litt, schon die 1. Injection erhebliche Besserung, eine zweite, nach 14 Tagen vorgenommene brachte Eiterung und Conjunctivitis zum Verschwinden, die Rhinitis zur Besserung, und eine 3. Injection 8 Tage später vollkommene Heilung.

(Société de biologie in Paris, 14. Nov. 1896. — Therap. Wochenschrift 1896 No. 47.)

- **Aethylendiaminsilberphosphat**, das an keimtödtender Kraft dem Argent. nitric. bedeutend überlegen ist und ebenso gefässverengend wirkt, wandte Prof. Dr. Karl Hoor (Klausenburg) in 5%iger Lösung als Collyrium und Pinselwasser bei Conjunctivitis catarrhalis, Follicularkatarrhen, Trachom, Blennorrhöe, Iritis an. Das Mittel vereinigt alle Vorzüge des Argent. nitric., ohne dessen Nachtheile zu besitzen. Es

macht weniger Reaction auf Binde- und Hornhaut, dringt tiefer ein und verursacht nicht Argyrose; Cornealcomplicationen, Ulcera, Pannus bilden keine Contraindicationen.

(Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. 1896 No. 7.)

— **Formalin** (Schering) wandte Dr. Strscheminski bei Augenkrankheiten in steigender Concentration von 0,05 bis 0,1% an, indem er die Lösung reichlich in den Conjunctivalsack einträufelte oder, bei eitriger Conjunctivitis, ihn damit wusch. Die ersten Applicationen verursachten starkes, aber nur 1 Minute anhaltendes Brennen, das sich dann allmählig verlor. Autor gelangte zu folgenden Schlüssen:

1. Bei Conjunctivitis catarrhalis steht das Formalin in seiner Wirkung den anderen Behandlungsmethoden nach. Bei chronischem Verlauf dieser Krankheit zeigt es sich bisweilen nützlich, indem es die Mittel, welche schon längere Zeit in Anwendung waren und an welche der Organismus sich gewöhnt hat, zu ersetzen und den Krankheitsprocess abzukürzen vermag.
2. Im acuten Stadium des Trachoms versagt das Formalin gänzlich; im chronischen zeigte es sich nützlich, und zwar in dem sub 1 angedeuteten Sinne.
3. Bei Hornhautgeschwüren wirkte das Formalin in auffallend günstiger Weise. In 5 Fällen von Ulcus serpens, welche längere Zeit jeder Therapie getrotzt haben, besserte sich der Zustand sofort nach Einleitung der Formalinbehandlung. Die Infiltrationen an den Geschwürsrändern verschwanden in einigen Tagen; das Geschwür hörte auf zu kriechen, reinigte sich und heilte vollständig innerhalb 7—10 Tagen. Das Hypopyon, welches das Geschwür in einem Falle begleitete, verschwand in 4 Tagen.
4. Bei allen anderen infectiösen Affectionen der Hornhaut (Abscessen und Geschwüren), namentlich bei torpiden, erwies sich das Formalin ebenfalls von guter Wirkung; letztere ist jedoch hier nicht besonders hoch anzuschlagen (jedenfalls nicht so hoch, wie bei Ulcus serpens), da man hier auch mit den früheren Behandlungsmethoden gut auskommen kann.

(Wratsh 1896 No. 2. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 94.)

— **Ichthyol und Formol** bei Augenaffectionen benützte Aurelio Germani und war mit den Erfolgen recht zufrieden. Eine

10—15<sup>0</sup>/<sub>10</sub>ige Ichthyolsalbe bewährte sich ausgezeichnet bei hartnäckiger Blepharitis, Collyrien (1—3 gr: 100 gr Aq. dest.) ebenso bei Conjunctivitis catarrhalis und Keratoconjunctivitis phlyctaenulosa. Das Formol in Lösung von 1:2000 leistete bei Keratitis phlyctaenulosa und marginalis sowie bei Conjunctivitis mit reichlicher mucopurulenter Secretion gute Dienste.

(Gaz. d. ospedali 74/96. — Ibidem.)

— Trapeznikow hat Thioform bei 50 Fällen von verschiedenen Affectionen des Auges als Streupulver angewandt und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Thioform führt eine Anästhesie der Hornhaut herbei, jedoch keine vollständige.
2. In Anbetracht seiner anästhesirenden Wirkung auf die Hornhaut, sowie in Anbetracht seiner günstigen Beeinflussung der Hornhautgeschwüre ist das Thioform besonders bei Fällen von Lichtscheu in Folge von Keratitis, namentlich bei Verlust des oberflächlichen Epithels, zu empfehlen.
3. In den Fällen, in denen die Anwendung des Calomels ausgeschlossen ist, wie dies z. B. bei gleichzeitigem innerlichen Gebrauch von Jodpräparaten der Fall ist, vermag das Thioform das Calomel zu ersetzen.
4. Die desinficirende Kraft des Thioforms ist allem Anscheine nach nicht gross.

(Medicinskoe Obosrenie 1896 No. 2. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 94.)

**Blutungen.** Reverdin (Genf) empfiehlt als wirksames Haemostaticum Natr. sulfur. in stündlichen Dosen von 0,1. Das Mittel bewährte sich bei schweren spontanen und traumatischen capillären B., auch z. B. Menorrhagieen, wiederholt in eclatanter Weise.

(X. franz. Congress für Chirurgie, Octbr. 1896. — Therap. Wochenschrift 1896 No. 43.)

— Ferripyridin als Haemostaticum in der Gynäkologie wurde von Schäffer warm empfohlen. Dr. Friedr. Merkel (Nürnberg) hat bei 17 Fällen Versuche damit gemacht, die 18<sup>0</sup>/<sub>10</sub>ige Lösung, in 2 Fällen das reine Pulver verwendend. Die letzteren 2 Fälle betrafen inoperable Carcinome des Uterus; die Jauchung stand sofort gleichwie die Blutung, doch hat Autor zwar mit

anderen Mitteln gleiches Resultat mit nachhaltigerer Wirkung erzielt. Fall 3 betraf ein Collumcarcinom, das heftig blutete und bei dem versucht wurde, durch Einlegen einer mit 18<sup>o</sup>/<sub>o</sub>iger Lösung getränkten Wattekugel die B. zu stillen. Kein Erfolg. 3 Tage sah Autor zu, dann führte die Totalexstirpation zum Ziel. Bei einem Abort ätzte Autor, nachdem die B. 19 Tage angehalten, 2 Tage hinter einander ohne Erfolg; auf Abrasio mucosae, welche einen bohnergrossen Eihautrest zu Tage beförderte, Stillstand der Blutung. 4 ziemlich gleiche Fälle (Uterus durch alte Adhäsionen fixirt, theilweise retroponirt oder retrovertirt) zeigten ebenfalls keinen Erfolg durch Aetzung; eine andere Methode (Abrasio, Massage, Hodge) half jedesmal. Bei 5 Frauen mit Myomen führte in 9 Sitzungen Ferripyridin 2 Mal zum Ziel, sonst kehrte jedesmal  $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$  Stunde nach der Aetzung die Blutung wieder. Bei 4 Fällen von heftigen menstruellen B. in Folge Chlorose nützte das Mittel in 7 Sitzungen nur ein einziges Mal; 3 Mal versuchte sogar Autor, als die erste Aetzung nichts half, nach 5—10 Minuten eine zweite, aber es blutete fort. Also die Resultate sind keineswegs ermunternd! Ferripyridin-Verbandstoffe dürften sich ebenfalls wegen ihrer Alles färbenden Eigenschaft wenig Freunde erwerben.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 45.)

— **Ueber acute Schwellungszustände an den Eierstöcken durch B.** berichtet Dr. S. Gottschalk (Berlin). Er beschreibt 4 Fälle, die ein ganz übereinstimmendes Krankheitsbild darbieten. Frauen verschiedenen Alters mit normalem Adnexbefund wurden unter allen Cautelen wegen B., welche palliativ nicht zu beherrschen waren, mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Die Abrasio blieb ohne jede Reaction; speciell die Körperwärme normal. Die Frauen wurden mit normalem Genitalbefunde gesund entlassen. Plötzlich, nach 1—2—3 Wochen, je nachdem, genau mit dem Tage, wo nach dem bisherigen Cyclus die Menstruation hätte eintreten müssen, aber noch ausblieb, weil die Regeneration der Schleimhaut noch nicht vollendet war, stellten sich heftige Unterleibsbeschwerden ein, die vornehmlich eine Seite betrafen. Beide Eierstöcke waren sehr druckempfindlich und ge-

schwellen, jedoch immer der eine stärker vergrössert, in einen bis orangegrossen, druckempfindlichen Tumor verwandelt und mehr oder weniger descendirt, bei normaler Temperatur. Unter Ruhe und resorbirender Behandlung verkleinerte sich allmählig, binnen 2—12 Wochen das grössere Ovarium, während das sympathisch nur mässig vergrösserte andere bei der nächsten Menstruation bereits normal war; synchron mit der fortschreitenden Anschwellung klangen auch die anderen Symptome nach und nach ab. Um was handelte es sich? Zunächst konnte man daran denken, dass eine durch die Abrasio bedingte traumatische Blutung in das Ovarialparenchym im Spiele war. Dagegen spricht die Thatsache, dass alle Frauen mit normalem Befunde entlassen wurden, sich mehrere Wochen nach der Abrasio ganz gesund fühlten und erst mit dem Tage erkrankten, wo die Menstruation hätte erfolgen müssen. Auch normaler Weise kann man vielfach bei beginnender Menstruation oder Tags zuvor eine deutliche Grössenzunahme beider Ovarien feststellen; sie fühlen sich praller und mehr abgerundet an. Besonders kommen solche prämenstruelle Schwellungszustände bei der chron. hyperplasirenden Endometritis vor. Diese Anschwellung hält sich jedoch immer in mässigen Grenzen und kehrt noch während der Dauer der Menstruation zur Norm zurück. Man könnte ferner daran denken, dass die ganze Erscheinung, Anschwellung der Ovarien und Verspätung der Menstruation, einfach auf eine verspätete Eröffnung eines Follikels zurückzuführen seien. Derartiges kommt zweifellos vor, pflegt aber immer mit einer einseitigen Eierstocksanschwellung einherzugehen, die mit Eintritt der Menstruation wie mit einem Schlage binnen wenigen Stunden wieder verschwindet. Nun kann, gesunde Ovarien vorausgesetzt, wenn z. B. die Menstruation in Folge von abnormer Beschaffenheit der Gebärmutter Schleimhaut oder von Constitutionsanomalieen ausbleibt, trotzdem die Follikel-Reifung und -Eröffnung unabhängig von der Menstruation regelmässig weiter vor sich gehen. Freilich ist das Physiologische, dass 4 wöchentlich der durch die Vorgänge im reifenden ausschwellenden Follikel reflectorisch auf vasomotorischem Wege hervorgerufene arterielle Conflux zu den Genitalien auf seiner Höhe in der Menstruation seinen sichtbaren Ausdruck und gleichzeitig seine Entladung nach aussen findet. Die örtliche

Plethora wird gewissermaassen durch diesen natürlichen Aderlass rasch beseitigt. Ist dies in Folge ungeeigneter Beschaffenheit der Gebärmutterschleimhaut nicht möglich, so kann, muss aber nicht, die Entladung des überfüllten Gefässplexus auf anderen Bahnen erfolgen, d. h. als vicariirende Menstruation. Nun kann aber diese naturgemäss noch leichter als anderswo am Sitze des Follikels vor sich gehen. Indem ein Follikel springt, kommt es ja nothgedrungen zur Zerreissung des feinen Capillarnetzes, welches die Follikeloberfläche umspinnt, und also auch zu einer Blutung in die Follikelhöhle, die sich aber in der Regel in ganz engen Grenzen hält. Kommt nun die Menstruation nicht zu Stande, so wird möglicher Weise die Blutung in der Follikelhöhle umfangreicher sein, und hat sich diese bereits geschlossen, so wird sie sich dadurch maximal ausdehnen, event. noch einmal platzen, so dass es zu einem freien Bluterguss in die Bauchhöhle kommen wird. In den 4 obigen Fällen war nun der Uterus etwa in der Mitte eines Menstruationsintervalls ausgekratzt worden. Die Schleimhaut war also gewiss zur Zeit der nächsten Follikelberstung noch nicht so weit regenerirt, dass sie des prämenstrualen Schwellungszustandes fähig war, der zum Zustandekommen der Menses erforderlich ist. Desto stärker concentrirte sich die Congestion auf die Spermatikalgefässe; so erklärt sich die acute Anschwellung beider Ovarien; schliesslich fand die Entleerung in den eben geplatzen und bereits wieder verklebten Follikel statt; es kam zu einer vicariirenden Haemorrhagie in die Follikelhöhle, zu einer ovariellen Menstruation, und die folliculären Blutcysten verkleinerten sich dann allmählig wieder durch Eindickung und Resorption. Es kann nun aber vorkommen, dass solch ein Follikel sich wieder öffnet und eine Blutung in die freie Bauchhöhle erfolgt. Hier kann leicht eine Verwechslung mit ektopischer Schwangerschaft unterlaufen, und wer weiss, ob eine solche nicht bereits öfters vorlag, wenn es hiess, eine ektopische Schwangerschaft sei mit Morphinum-injectionen erfolgreich behandelt worden! Ein Symptom — und das hält Autor differential-diagnostisch für sehr wichtig — fehlt jedoch bei dem geschilderten Vor-

gange, welches bei der ektopischen Schwangerschaft, so lange das Ei lebt und wächst, constant zu sein pflegt, das ist die auffallend starke Pulsation im Scheidengewölbe auf der betroffenen Seite, namentlich auffallend im Vergleich zu der Pulsation auf der anderen Seite. Auf die Einseitigkeit der starken Pulsation ist Nachdruck zu legen; es könnte ja auch einmal eine solche Haemorrhagie in die Follikelhöhle mit einer intrauterinen Gravidität complicirt sein; dann fühlen wir aber auf jeder Seite starke Pulsation im Scheidengewölbe. Einen derartigen Fall, der unter der Fehldiagnose „Extrauterinschwangerschaft“ laparotomirt wurde und mit Abort endete, demonstirte vor einigen Jahren Olshausen. Will man sich vor solchen diagnostischen Irrthümern bewahren, so muss man solche Pat. längere Zeit beobachten: Ist es nur eine folliculäre Blutung, so wird die dem Uterus anliegende, ursprünglich weiche Geschwulst bald fester und kleiner werden; liegt gleichzeitig eine intrauterine Schwangerschaft vor, so wächst während der Beobachtungszeit der Uterus, während die Adnexgeschwulst kleiner wird. Mit diesen Haemorrhagieen in die Follikelhöhle sind nun nicht die Fälle von B. in Ovarialcysten zu verwechseln, bei denen also schon vor der Blutung eine cystöse Eierstockserkrankung bestanden hat. Auch solche Fälle sind wegen des klinischen Krankheitsbildes für Extrauterinschwangerschaften gehalten worden und haben vereinzelt sogar zum Verblutungstode geführt. Im Anschluss an Auskratzen hat Autor derartige Vorgänge an den Ovarien nicht mehr gesehen, seitdem er die Abrasio principiell wenige Tage nach der Menstruation und mit der scharfen Curette, nicht mehr mit dem scharfen Löffel macht. Schabt man mit der Curette, so bleiben in den oberflächlichen Lagen der Musculatur genügend Drüsenreste stehen, von denen aus die Regeneration der Schleimhaut erfolgen kann, so dass letztere bald wieder menstruationsfähig zu sein pflegt. Im Uebrigen ist die Behandlung solcher folliculären Blutcysten eine resorbirende, welche durch einige Tage absoluter Bettruhe wesentlich gefördert wird. Die Prognose ist eine recht günstige, auch insofern, als in der Regel kaum wesentliche pathologisch-anatomische Veränderungen oder eine cystöse Degeneration des Ovariums zurückbleiben dürften. Doch kommen Ausnahmen vor; so dürfte



ein Theil der Corpus luteum-Cysten aus solchen folliculären Blutcysten hervorgegangen sein. Die Möglichkeit ferner, dass letztere auch einmal abscediren, ist nicht ausgeschlossen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 50.)

— Ueber **B. bei gesunden Nieren** lässt sich Klemperer aus. Dass es solche giebt, kann nicht befremden. Kennen wir doch analoge B. aus anderen gesunden Organen, so die Uterusblutungen bei der Menstruation und die vicariirenden B. aus anderen Organen, durch welche selbst Anfälle von psychischen Störungen sofort zum Verschwinden gebracht werden, und zwar nicht durch den Verlust der oft nur mässigen Quantität Blut, sondern in Folge allgemeiner vasomotorischer Wirkungen. Dann die B. bei Hysterischen! Autor erinnert sich eines Falles von Typhus einer Hysterica, bei dem es zu heftiger Haematoemesis kam; die Obduction ergab einen völlig intacten Magen. Sodann eines Falles von hysterischer Psychose mit Anfällen von Haemoptoë und Haematoemesis, wo ebenfalls später bei der Section nichts Pathologisches entdeckt wurde. Bekannt ist Cohen's Fall, wo heftige B. bei einer Hysterischen durch Suggestion geheilt wurden. Umgekehrt sind auch B. aus gesunden Organen durch Suggestion hervorgerufen worden. Auch B. aus gesunden Nieren sind aus der Litteratur bekannt; Nierenexstirpationen ergaben das Intactsein des Organs. So der Fall Sabattier (1886): 50jähriger Mann leidet seit 7 Jahren an Anfällen von Haematurie mit Lendenschmerzen; die exstirpirte Niere war vollkommen gesund und nach der Operation trat vollkommene Heilung ein. Fall Schede (1889), wo einem 50jährigen Mann, der durch heftige Haematurie sehr heruntergekommen war, die eine Niere exstirpirt wurde, die sich als intact erwies; Pat. blieb geheilt. Fall Senator (1890), bei dem es sich um eine 19jährige Pat. aus haemophiler Familie handelte, die aber vorher noch nie an B. gelitten hatte; seit  $\frac{1}{2}$  Jahr trat aber Haematurie auf, die cystoskopische Untersuchung zeigte Blutaussfluss aus dem rechten Ureter; wegen bedrohlicher Anaemie Nephrektomie; Niere völlig gesund, Pat. geheilt. Auch Autor hat ähnliche Fälle beobachtet. Ausser chronischen giebt es auch acute, die in Anfällen nach bestimmten Schädlichkeiten auftreten und sich spontan nicht wieder-

holen, sondern nur nach Wiederauftreten der Schädlichkeit. Eine solche ist z. B. körperliche Ueberanstrengung. Autor hat 2 solcher Fälle gesehen. Der erste betraf einen höheren Officier Ende der 40er Jahre, der hauptsächlich im Bureau beschäftigt war; nachdem er einmal einen 7stündigen Ritt gemacht hatte, bekam er, als er vom Pferde stieg, Urindrang und schmerzhaftes Uriniren, und die entleerte Flüssigkeit bestand aus fast reinem Blut, sonst ergab sich nichts Pathologisches; nach 24 Stunden Haematurie verschwunden und seitdem nicht wieder gekommen. Im 2. Falle erlitt einen ähnlichen Anfall ein junger Mann nach einer längeren Radtour, die B. wiederholte sich nicht mehr. Die chronischen Fälle kann man in 2 Gruppen theilen: die haemophilen und angioneurotischen B. Von ersteren beobachtete Autor 2 Fälle, von letzteren, bei nervösen Personen auftretend, wobei wohl durch nervöse Einflüsse Erweiterungen von Nierengefässen und sodann B. zu Stande kommen, ebenfalls 2. Gut bewährten sich dabei hydrotherapeutische Maassnahmen, kalte Uebergiessungen. Jedenfalls ergibt sich, dass Nierenblutungen nicht so ernst zu nehmen und nicht zu operiren sind, wenn sorgfältige Untersuchungen ergebnisslos verbleiben; hier denke man an Haemophilie oder Angioneurose. — Discussion: Auch v. Leyden möchte jetzt in solchen Fällen von einer Operation absehen und nur hydrotherapeutisch vorgehen. Den 1. Fall von Nierenblutung in Folge Ueberanstrengung sah er vor 15 Jahren; nach einem scharfen Ritte trat eine 24stündige Nierenblutung ein, Pat. blieb dann gesund. In einem 2. Falle war ein tüchtiger Marsch schuld an der Blutung, die sich jetzt nach 6 Jahren nicht wiederholt hat. Mendelsohn sah 3 Fälle von Nierenblutungen bei Gesunden. Der 1. Fall betraf einen jungen Mann, bei dem die cystoskopische Untersuchung eine gesunde Blase und Blutausfluss aus dem rechten Ureter ergab; Pat. wollte vor einiger Zeit einen Stoss gegen die rechte Lendengegend erlitten haben; die B. sistirten bald und kehrten nicht wieder. Fall 2: Ein junger Mensch sprang vor einem hart an ihm vorbeifahrenden Wagen rasch und mit Aufbietung grosser Kraft zurück, worauf B. eintraten, die sich nicht wiederholten; hier muss wohl neben der Kraft des Sprunges noch die angioneurotische Wirkung des

Schrecks herangezogen werden. Fall 3: College bekam vor  $\frac{3}{4}$  Jahren Anfall von Haematurie; nichts Pathologisches, nur im Harn die grosse Menge auskrystallisirter Oxalsäure auffallend, wodurch vielleicht eine Reizung der Nierenschleimhaut bedingt wurde. — Nitze hat 7 Fälle derartiger B. erlebt. Alle wurden operirt (4 Mal Exstirpation, 3 Mal nur Sectionschnitt) und geheilt. Wo die B. nicht direct auf Ueberanstrengung zurückgeführt werden können, müsse man doch in der Deutung recht vorsichtig sein, da ja sehr unbedeutende Veränderungen im Nierenparenchym vorliegen können. Daher ist eine expectative Behandlung nicht ungefährlich, indem oft der richtige Zeitpunkt zum Operiren verpasst werden könne. Sicher gehe man nur mit der, ja gar nicht so bedeutenden, Operation. Nierenblutungen bei Haemophilen sind nicht so selten. Hier cystoskopire er nie, um nicht durch kleine Verletzungen neue B. hervorzurufen. Die B. bringen die Pat. manchmal so herunter, dass eine Operation durchaus indicirt ist. Bei gesunden Nieren exstirpirt er jetzt aber nicht, sondern macht nur den Sectionsschnitt und legt durch die Niere eine Schlinge, damit sie bei plötzlicher B. rasch herausgezogen werden kann. Nierentumoren erfordern unbedingt frühe Operation, und da hier die Untersuchung oft im Stich lasse, die Nierenpalpation öfters selbst bei grösseren Tumoren negativ ausfalle, rathe er unbedingt zur probatorischen Freilegung der Niere und warne vor dem Abwarten Klemperer's. — Thorner: Wie vorsichtig man mit der Annahme hysterischer B. sein müsse, beweise folgender Fall: 36jährige, nicht haemophile, aber sehr hysterische Dame wirft blassrosa Sputa aus die Untersuchung ergibt Blutbeimischung. Vielfache Untersuchungen der Brust negativ. Diagnose: hysterische B. Nach Monaten im Sputum Tuberkelbacillen, später Entwicklung der Lungenaffection. Also jene B. waren tuberculöse Initialblutungen gewesen. — Fürbringer betont die ungeheure Seltenheit der B. bei gesunden Nieren. Unter vielen Hunderten von B. der Nieren hat er nur einen solchen Fall gesehen: ein Professor bekam nach jedem scharfen Ritt Haematurie, die verschwand, wenn Pat. sich einige Stunden ausruhte. Als er im höheren Alter das Reiten aufgab, zeigten sich auch keine B. mehr. — Mankiewicz kennt einen grossen,

starken Einjährigfreiwilligen, der als dienstuntauglich entlassen wurde, weil er nach anstrengenden Uebungen stets Nierenbluten bekam. Dasselbe cessirte nach der Entlassung vollkommen. — Renvers meint, dass die B. bei Haemophilie wohl stets auf Traumen beruhen. — Senator sah ebenfalls Nierenblutungen nach Anstrengungen, besonders bei Officieren nach forcirten Ritten, einmal nach einem Coitus. Auch Eiweiss findet man zuweilen nach Ueberanstrengungen im Harn, so nach Parforcetouren auf dem Rade. Bei der Unsicherheit der Diagnose erscheine auch ihm die Freilegung der Niere dem abwartenden Verfahren vorzuziehen. — Gottschalk theilt mit, dass die Pat. Senator's mit renaler Haemophilie jetzt an cyklischer Albuminurie leidet. Er möchte der Erwägung anheimstellen, ob nicht bei Nierenblutungen ohne palpable Ursache an eine beginnende locale Atheromatose gedacht werden könnte. — Ewald hat einen Fall von hysterischer Haematurie gesehen. Allerdings sei eine solche Diagnose sehr schwer zu stellen. Nach 2 Tagen war das Blut aus dem Urin verschwunden, letzterer wurde aber in sehr verminderter Menge (600—700 ccm in 24 Stunden) gelassen mit einem starken Sediment von Harnsäure, Schleim und Epithelien. Als Pat. sich eine kleine Verletzung am Oberschenkel zugezogen hatte, stieg die Menge des 24stündigen Urins sofort auf 2000 ccm und letzterer war völlig klar. Dann trat der alte Zustand wieder ein. — Senator betont, dass seine Pat. früher sicher nicht an cyklischer Albuminurie litt. Diese sei wohl Folge der Nierenextirpation und der dadurch in erhöhtem Maasse in Anspruch genommenen anderen Niere.

(Verein für innere Medicin in Berlin 1896, 30. Nov. —  
Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 99.)

- Eine Haemorrhagie ins linke Labyrinth diagnosticirte Dr. F. Alt bei einer 24jährigen Erzieherin, die, mit Nephritis behaftet, sich seit einigen Wochen auf der Abtheilung des Hofraths Drasche befand. Auszug aus dem dortigen Status: Oedeme im Gesicht, an den oberen und unteren Extremitäten. Harn sauer, spec. Gewicht 1013, im Sediment Blasen-, Nierenbecken- und Nierenepithelien, weisse Blutkörperchen, hyaline Cylinder mit Auflagerung von weissen Blutkörperchen, Epithelialcylinder, Essbach 2 0/0. Blutbefund: 2,680.000 rothe, 5581 weisse Blutkörperchen

in 1 mm<sup>3</sup> Blut, Haemoglobingehalt nach Fleischl 20 %<sub>o</sub>. Am 7. und 8. November klagte Pat. über Kopfschmerz, Schwindel und Nasenbluten. Bis zum 8. Nov. soll sie vollkommen gut gehört haben. In der Nacht zum 9. Nov. wurde sie durch Sausen und Brausen im Kopfe aus dem Schlafe geweckt. Sie empfand heftigen Schwindel, sodass sie beim Versuche, sich im Bett aufzusetzen, zurückfiel. Seither soll sie auf dem linken Ohre nichts mehr hören. Die Ohrenuntersuchung ergab: Trommelfell beiderseits normal. Hörvermögen rechts für Sprache und Uhr normal. Links Uhr Null, Flüstersprache Null, laute Sprache in unmittelbarer Nähe, wahrscheinlich von rechts. Weber nach rechts, Rinne rechts positiv, links wird nur die sehr stark angeschlagene C<sub>2</sub>-Stimmgabel vor dem Ohre hochgradig verkürzt gehört, vom Warzenfortsatz nach rechts localisirt. Kein Unterschied für hohe und tiefe Töne. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab: Links ziemlich zahlreiche, meist kleine Haemorrhagien, besonders im Bereiche der die Macula umkreisenden Gefässe, kleine regellose Stippchen in der Regio maculae, an den Gefässen keine besonderen Erscheinungen. Rechts ziemlich starke Trübung in der Netzhaut, spärliche Haemorrhagien, zahlreiche, in sternförmiger Anordnung befindliche gelbe Degenerationsherde. Die Anamnese zusammen mit Ohren- und Augenbefund rechtfertigen wohl obige Diagnose.

(Oesterr. otolog. Gesellschaft, 24. Nov. 1896. — Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 53.)

- **Einen interessanten Fall von Haemophilie** publicirt Dr. P. Bienwald (Oberdorla). Ein 2jähriger Knabe war dem Autor schon einige Male zugeführt worden, weil auf ganz geringfügige stumpfe Gewalten sich bei ihm grössere Blutbeulen gebildet hatten. Jetzt war die Sache aber ernster. Vor 2 Tagen war der Knabe an den Bettrand gefallen und hatte sich in der Schlafeggend eine Verletzung zugezogen. Die Wunde blutete heftig und, obwohl man Vieles anwandte, um die Blutung zu stillen, blutete es immer von Neuem. Autor fand eine 1,5 cm lange, scharfrandige, bis auf den Schläfenmuskel gehende Wunde in der linken Schlafeggend, in der fortwährend Bluttröpfchen heraussickerten, ohne dass ein verletztes Gefäss sichtbar war. Auch Autor bekämpfte jetzt einige Tage lang die B. vergebens, Tamponade mit Jodo-

formgaze, Eisenchloridwatte, Terpentinölwatte und darüber ein dichter Collodiumwatteverband, resp. ein sehr straffer Compressivverband hatten nie dauernden Effect, es blutete weiter. Autor fing eine Quantität des Blutes auf, liess es Tage lang stehen, — es zeigte keine Spur von Gerinnung. Das Kind war schon sehr anämisch, fieberte, war sehr unruhig. Bei diesen Erscheinungen und der umfangreichen Wundhöhle eine secundäre Naht anzulegen, konnte sich Autor nicht entschliessen; da kam er auf den Gedanken, das, was der Wunde abging, ein gesundes, gerinnungsfähiges Blut, von aussen her herbeizuschaffen. Er entnahm also der Grossmutter des Kindes mit einer Pravaz'schen Spritze einige Gramm Blut aus der Vena mediana, die er durch ein oberhalb angezogenes Taschentuch zum Stauen gebracht hatte, und spritzte dasselbe sehr schnell in die Wundhöhle. In wenigen Minuten war das Blut in der Wunde geronnen, dieselbe blieb vollkommen trocken und heilte unter einem leichten Schutzverband glatt ab. Erklären kann man sich diesen Effect auf doppelte Weise, mechanisch oder chemisch: Einmal kann der Blutkuchen des eingespritzten Blutes wie ein Tampon gewirkt haben — ein Körper dehnt sich ja beim Uebergang aus dem flüssigen in den festen Zustand auch etwas aus — und konnte die Wundhöhle bis in ihre feinsten Buchten sorgfältiger ausfüllen, als ein Gazetampon — oder es führte das fremde Blut vor seiner Gerinnung der Mündung der kleinen offenen Gefässe diejenigen Fermente zu, die dem Blute des Haemophilen fehlten, und beförderte so die Thrombose.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 Nr. 2.)

- Ueber das Auftreten multipler Gelenkschwellungen während der Resorption eines intraarticulären Haematoms berichtet Privatdoc. Dr. Jul. Schnitzler (Wien, Kaiser Franz Joseph-Spital). Am 27./7. 1896 wurde ein 20jähriger Mann aufgenommen, der 2 Tage vorher mit dem rechten Knie auf Eis gefallen war, sofort starke Schmerzen empfand, aber noch mühsam seiner Arbeit nachging, bis Tags darauf das Knie heftig anschwell. Autor constatirte bei dem sehr kräftig gebauten und gut genährten Pat., der bei normalem Befund der inneren Organe und völlig ungestörtem Allgemeinbefinden Temp. 38,1 und Puls 92 hatte,

starke Schwellung des rechten Kniegelenks, deutliche Fluctuation und Ballotement der Patella, Druckempfindlichkeit und Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen. Tags darauf (28./7.) Morgentemperatur 37,8, Abends 38,2, dabei ungestörtes Allgemeinbefinden, rechtes Knie unverändert, an den anderen Gelenken nichts Abnormes. Vormittags wurde das rechte Bein bis über das Kniegelenk hinauf fest mit einer Flanellbinde eingewickelt, nachdem das Knie massirt worden war. Gegen Abend vorübergehend Schmerzen im linken Schulter- und Ellenbogengelenk. Am 29./7. (Morgentemp. 38,2, Abends 39,5) rechtes Knie wenig verändert, Schmerzen im linken Knie, sowie Flüssigkeitserguss im schmerzhaften linken Sprunggelenk, geringe Schwellung des rechten Sprunggelenks; trotz der hohen Temp. gutes Allgemeinbefinden und vortrefflicher Appetit. Erneuerung der Einwicklung. Am 30./7. Temp. 37,6 und 38,2, Schwellung des linken Sprunggelenks geringer, die des rechten stärker; in der Umgebung des rechten Kniegelenks ausgebreitete, auf Unter- und Oberschenkel sich erstreckende Suffosionen. Am 31./7. Temp. 37,1, 38,0, rechtes Knie weiter abgeschwollen, ebenso das rechte Sprunggelenk; im linken Knie kleiner Flüssigkeitserguss. Am 1./8. Entfieberung, rechtes Knie sehr wenig geschwollen, die Sprunggelenke gar nicht mehr, das linke Knie sehr wenig. Am 2./8. Alles normal. — Das Leiden hat frappante Aehnlichkeit mit acutem Gelenkrheumatismus. Aber Pat. hatte vorher nie daran gelitten, 4 gr starke Dosen von Natr. salicyl. brachten jetzt keine Aenderung hervor; und vor Allem sprach gegen diese Diagnose das vorzügliche Allgemeinbefinden trotz der, einmal sogar ziemlich hohen, Temperatursteigerung. Ein solches subjectives Wohlbefinden trotz Fiebers findet man nun häufig bei Resorption subcutaner und auch intraarticulärer Haematome. Nun lehrt auch die Anwendung des Heilserums, dass Injection, resp. Resorption von Blutserum Gelenkschwellungen zur Folge haben kann. Freilich handelt es sich hier um fremdes und modificirtes Serum, doch scheint die Vermuthung naheliegend, dass unter besonderen Verhältnissen auch die Resorption des eigenen Blutes solche Gelenkschwellungen her-

beiführen kann. Und das nimmt Autor für seinen Fall an.

(Wiener klin. Rundschau 1897 No. 1.)

**Ekzem.** Die Contagiosität und Uebertragbarkeit des **Eczema seborrhoicum** beweisen 5 von L. Perrin (Marseille) beobachtete Fälle, bei denen sämtlich das E. primär in der Leistengegend entstanden war und von congestiver, oberflächlicher, trocken-katarrhalischer Natur war. Andere Affectionen liessen sich ausschliessen, auch zeigte keiner der Pat. in der Leisten-, Schenkel- und Aftergegend irgend eine andere Störung. Die 5 Pat., 3 Männer und 2 Frauen, im Alter von 20—50 Jahren, lebten als Eheleute in inniger Berührung mit einander; in 2 Fällen stellte sich die Uebertragung 1 Monat nach erfolgtem Beischlaf heraus. Diese Beobachtungen berechtigen wohl, einen Pat., der mit Eczema seborrhoicum der Leistengegend behaftet ist, vor der Gefahr der Uebertragbarkeit durch Berührung zu warnen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1896 Bd. XXIII No. 10.)

— Ueber die **Grundlage der Ekzembehandlung** lässt sich Prof. Dr. O. Petersen etwa folgendermaassen aus: Bevor man die Therapie eines Falles von E. angreift, muss man sich folgende Fragen vorlegen:

1. Handelt es sich um ein acutes oder chronisches, resp. recidivirendes Ekzem?
2. Mit welchem Entwicklungsstadium der Haut haben wir es zu thun? (Die Haut in ihrer Entwicklung beim Säugling ist in ihrer Reaction gänzlich verschieden von der Haut des Erwachsenen, resp. des Greises; bei letzterem handelt es sich um eine Haut im Stadium der Rückbildung mit der Neigung zur Atrophie.)
3. Wie steht es mit dem Ernährungszustande der Haut? (Die Haut eines kräftigen Mannes ist himmelweit verschieden von der kranken, matten eines Phthisikers, Diabetikers u. s. w.)
4. Wie steht es mit der Hautpflege des Pat. und mit den hygienischen Verhältnissen, in welchen er lebt, welcher Art ist seine Beschäftigung?
5. Da die Haut unter Anderem auch einen Nerven-



apparat darstellt, so muss das Nervensystem und die Reizbarkeit desselben besonders berücksichtigt werden.

6. Wie steht es mit dem Verdauungs- und mit dem Geschlechtsapparat?
7. Kann der Pat. auch die verordnete Therapie wirklich durchführen? (Was helfen z. B. die verschiedenen Salben, wenn der Pat. sich unrein hält, die Salbe mit schmutzigen Fingern aufträgt und mit einem schmutzigen Lappen bedeckt?)

Nachdem man sich diese 7 Fragen klar gemacht, geht man an die Behandlung. Vor Allem muss man das fortschaffen, was den Verlauf des E. schädigend beeinflusst, man muss die Diät, Verdauung, Menstruation regeln, für Gleichgewicht in der Thätigkeit des Nervensystems sorgen, subtilste Reinlichkeit veranlassen, gleichzeitig sonst vorhandene Leiden zu beseitigen suchen. Dann geht man an die directe Therapie des E. Von Alters her ist hier das Zink in Gebrauch. Zinksalbe hat aber 2 Uebelstände: das Schweinefett zersetzt sich leicht, und die Fettsäuren, die sich bilden, reizen, und dann ist sie zu flüssig, deckt daher nicht genügend und saugt sich in den Deckstoff (Leinwand, Watte) ein. Autor hat daher ihren Gebrauch völlig aufgegeben und benützt seit Jahren nur die von Lassar eingeführte Zinkpaste (Zink. oxyd., Amyl.  $\overline{aa}$  1 Theil, Vaseline. flav. americ. 2 Theile), 2—3 Mal täglich dick mit einem Glasstäbchen auf das E. aufzutragen und mit einer dünnen Schicht Watte zu bedecken. Beim Wechseln des Verbandes haftet ein Theil der Paste fest und lässt sich nur durch starkes Reiben entfernen, was unnöthig reizt. Autor benützt daher zum Reinigen der Ekzemfläche Mandelöl. Zusatz von Salicylsäure zur Paste hält Autor für unnöthig. Liegt jedoch starke Neigung zum Secerniren vor, so haftet die Paste schlecht; dann verordnet Autor eine Salbe von 1—2 % Plumb. acet. in Vaseline. flav. americ. mit Zusatz von Talc. venet. (2:4—6 Vaseline) oder 1—3 % Alumen-Vaseline-Talc.-Salbe. Sind Bläschen und Secretion geschwunden, die Haut aber noch zart und leicht reizbar, so ist als Schutzmittel vorzüglich Zinkgelatine:

Rp:                    *Zink. oxyd.*                    *Glycerin. 25,0.*  
                          *Gelatin.  $\overline{aa}$  15,0.*                    *Aq. dest. 45,0.*

Die Büchse mit der Gelatine stellt man vor Gebrauch in eine Schale mit heissem Wasser, sie löst sich auf, lässt sich mit dem Glasstab leicht auftragen und bildet in ca. 10 Minuten eine feste elastische Schicht, die sich in kaltem Wasser nicht löst. Meist kommt man mit diesen Mitteln aus. Bei E. der behaarten oder sehr zarter Körpertheile lässt sich die Paste nicht gebrauchen; man greife hier zu Unguent. praecip. alb. oder Plumb.-Salbe. Es giebt aber eine Reihe, gewöhnlich sehr nervöser Pat., namentlich klimakterische, hysterische und alte, reizbare Neurastheniker, die gar keine Salben vertragen. Hier ist Entfernung der Pat. von ihrer Umgebung, Unterbringung in eine Wasserheilanstalt das Erste. Bei chronischen Formen von E., namentlich bei nervöser Grundlage, ist überhaupt Hydrotherapie sehr gut, sowohl als Allgemeinmittel, wie auch local als Umschläge, Bäder, heisse Compressen. Nur bei torpidem, squamösem E. ist Theersalbe am Platz, keineswegs aber bei zarter, leicht reizbarer Haut. Was die innere Therapie anbelangt, so ist Autor kein Freund der Arsendarreichung; Regelung der Lebensweise, Diät, leichte Abführmittel, Eisen, Hydrotherapie ersetzen recht oft das so wenig indifferente Medicament; ganz gut sind bisweilen Natr. salicyl. und Salol, die, abgesehen von ihrer den Darm desinfectirenden Wirkung auch eine direct die Haut beeinflussende zu besitzen scheinen.

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1896 No. 45.)

— Gegen chronisches Lippenekzem empfiehlt J. V. Shoemaker:

Rp.

*Acid. salicyl.*

*Sulfur. sublimat. aa 1,25.*

*Acid. carbolic.*

*Camphor. aa 0,6.*

*Ung. Ag. Rosar.*

*Ung. Zink. oxyd. benz. aa 15,0.*

S. Aeusserlich!

(Amer. med.-surg. bull. 1896 No 23. —

Monatshefte f. pract. Dermatologie 1896 Bd. XXIII No. 12.)

— Ein neues Hautmittel „Naftalan“, eine braunschwarzgrünliche, schwach brenzlich riechende, salbenähnliche Masse, gewonnen aus einer Rohnaphtha aus dem Naphtha-

Quellengebiet des armenischen Hochlandes, wurde in Dr. M. Joseph's Poliklinik (Berlin), wie Dr. R. Isaac von da mittheilt, bei verschiedenen Hautkrankheiten versucht. Das dem Theer nahestehende Mittel zeigte sich mindestens ebenso wirksam, oft wirksamer als Theer, namentlich bei chronischen Gewerbeekzemen, z. B. der Maurer, Schmiede, Tischler, Maler, Gerber, Buchdrucker, wo meist in 3—14 Tagen Heilung erzielt wurde, die sich oft als dauernd erwies. Es wurde messerrückendick aufgetragen, dann eine dünne Watteschicht darübergedeckt. Manchmal machte es Hautjucken und Nässen, weshalb es zeitweilig ausgesetzt werden musste; jedoch schwand dies unter Gebrauch indifferenten Salben rasch und konnte mit dem Naftalangebrauch fortgeföhren werden. Wenn frische Reizerscheinungen vorlagen, z. B. bei acutem E., kam es zu unangenehmen Nebenerscheinungen, ebenso bei Application auf grössere Ekzemflächen. Gerade die circumscripten, chronischen Gewerbeekzeme eignen sich also am besten für Naftalan. — Im Michaelhospital in Tiflis sollen durch Naftalan auch bei Erysipel und Gelenkrheumatismus gute Erfolge erzielt worden sein, wie auch jene Naphthaquellen dort gegen allerlei Hautleiden, Rheumatismen, Gicht etc. seit langer Zeit zu Bädern mit vielem Erfolg benützt werden. Jedenfalls lohnte es sich bei den stark antibakteriellen Eigenschaften des Naftalans und seiner leichten Resorbirbarkeit wohl, einen Versuch bei infectiösen Dermatosen, z. B. Erysipel, sowie bei acuten entzündlichen Gelenkprocessen zu machen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 52.)

**Hysterie.** 4 Fälle von hysterischer Lähmung der unteren Extremitäten bei Kindern beschreibt B. Leick (Greifswald, medicin. Klinik): Es handelt sich um 4 Kinder der unteren Volksschichten, sämmtlich Knaben im Alter von  $4\frac{1}{2}$ —12 Jahren. Hereditäre Belastung war nur 1 Mal sicher zu eruiren. Bei allen 4 Pat. entwickelte sich plötzlich (2 Mal) oder im Laufe weniger Tage (2 Mal) eine bald mehr, bald weniger ausgesprochene Lähmung der unteren Extremitäten. Als veranlassende Ursache zum Ausbruche der bis dahin gleichsam schlummernden, latenten H. konnte in einem Falle eine mit Fieber einhergehende Zahn-

erkrankung nachgewiesen werden, ebenso in einem 2. Falle, wo der Lähmung ein anscheinend ebenfalls fieberhafter Zustand, vielleicht rheumatischer Natur, vorausging; beim 3. Fall traten am Tage vor Ausbruch der hysterischen Erkrankung Schmerzen im Bauch, der Lendengegend und den Kniekehlen auf, welcher Art war nicht klar; und im 4. Fall endlich war der Pat. am Tage vor seiner Erkrankung körperlich überanstrengt worden. Ausser der Parese der unteren Extremitäten boten 2 Pat. Zeichen leichter Anaemie dar, 1 Pat. Schwindelgefühl, Ameisenkriechen an den unteren Extremitäten und gesteigertes Schlafbedürfniss, 1 Pat. leichtes Herzklopfen, 1 Pat. Incontinentia urinae von kurzer Dauer, — bei 3 Pat. war deutliche Erhöhung der Patellarreflexe vorhanden, die beim 4. Pat. herabgesetzt waren. Sonst waren bei allen 4 Pat. normale Verhältnisse zu constatiren, und an keinem Organ liess sich etwas nachweisen, was man für die Lähmung hätte verantwortlich machen können. Wurde schon hierdurch der rein functionelle Charakter des Leidens mehr als wahrscheinlich gemacht, so zeigte sich des Ferneren bei einigen Pat. eine Erscheinung, die eben nur durch die psychische Natur der Erkrankung erklärt werden konnte: 3 Pat. nämlich, die nicht stehen, geschweige denn gehen oder einen Fuss vor den anderen zu setzen vermochten, konnten, im Bette liegend, alle Bewegungen glatt vollführen. Das konnte nur H. sein; die Kinder waren eben überzeugt, nicht etwa, dass sie gelähmt waren — von Lähmungen wussten sie wohl kaum etwas — sondern dass sie nicht gehen, nicht stehen könnten, und deshalb konnten sie es nicht, während sie liegend alle zum Gehen nöthigen Muskelbewegungen gut auszuführen vermochten. Der sicherste Beweis aber für die Diagnose war der Erfolg der Therapie: durch Bäder und Faradisation kam nach einigen Tagen Heilung zu Stande. Das einzige Heilmittel bestand natürlich darin, den Pat. die Ueberzeugung beizubringen, dass sie wieder gehen könnten. Blosser Einsprache hätte aber da nicht genügt, die Pat. mussten sehen, dass etwas Besonderes mit ihnen gemacht wurde; da wirkt nun der faradische Strom, der den meisten Pat. etwas Unbekanntes ist, mächtig auf die Psyche ein, zumal wenn der Strom so stark ge-

nommen wird, dass er direct Schmerz verursacht. Freilich darf diese Strafe nicht als solche dem Pat. beigebracht werden, sondern eben nur als wirksames Heilmittel, das dem gütigen, helfenden Arzte zum Glück zur Verfügung steht. In allen 4 Fällen wurden so die  $1\frac{1}{2}$ —6 Wochen bestehenden Lähmungen in 1—3 Tagen geheilt.

(Zeitschrift f. prakt Aerzte 1896 No. 20.)

- Ein 10jähriges Mädchen mit hysterischem Zwerchfellkrampf stellt Karl Berdach vor. Pat. stösst seit 12 Tagen in Zwischenräumen von kaum einer Minute einen lauten, einem „so“ ähnlichen Ton aus. Hereditär ist sie nicht belastet; veranlassende Ursache soll eine Zurechtweisung Seitens einer Lehrerin gewesen sein. Seitdem ist die Affection bei dem bis dahin gesunden, nur anämischen Mädchen vorhanden. Laryngoskopischer Befund vollkommen negativ. Autor kennt nur einen ähnlichen Fall, beschrieben von Seeligmüller. — Kasso-witz meint, derartige Fälle, die man früher der Chorea magna einreichte, dann Chorea laryngis nannte, seien gar nicht so selten. Im Allgemeinen Krankenhause wäre ein ähnlicher Fall bei einem erwachsenen Mann beobachtet worden. Was die Prognose anbelangt, so cessiren die Anfälle nach irgend einem bedeutsameren Vorfall von selbst; auch kräftige Suggestion wäre vielleicht von Nutzen.

(Wiener medic. Club, 11. Nov. 1896. — Wiener klin. Rundschau 1896 No. 47.)

- Pupillenstarre im hysterischen Anfalle galt bisher als etwas Unerhörtes, ja die Pupillenstarre galt sogar als sicheres differentialdiagnostisches Moment bei der Unterscheidung zwischen hysterischen und epileptischen Zufällen. Jetzt hat Dr. F. P. Karplus bei mehreren Fällen sicherer H. auf der psychiatr. Klinik Krafft-Ebing's während der Anfälle ganz deutliche Pupillenstarre constatiren können, sodass es zweifellos ist, dass letztere auch beim hysterischen Anfalle vorkommen kann.

(Verein f. Psychiatrie u. Neurologie in Wien, 15. Dec. 1896. — Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 52.)

**Intoxicationen.** Ueber einen Fall von Skopolaminvergiftung nach einer sehr geringen Dosis berichtete Valude. Einer sehr nervösen, in ihrer Jugend hysterisch

gewesenen Pat. wurden 3 Tropfen eines Collyriums von 1 gr Skopolamin auf 200 gr Wasser ins Auge geträufelt und Abends die gleiche Dosis. Kurz darauf Schwindel und erhebliche Sprachstörungen, in der Nacht Delirien und starke Aufregung, Tags darauf sehr heftige Diarrhoeen. Dann beruhigte sich Alles. Es handelte sich offenbar um eine ganz besondere Empfindlichkeit.

(Gesellschaft f. gerichtliche Medicin in Paris, 9. Nov. 1896. —  
(Therap. Wochenschrift 1896 No. 46.)

— Ein Fall von Skopolaminvergiftung wird von S. R. Dr. Fuckel (Schmalkalden) mitgeteilt: Ein 47jähriger Mann, seit längerer Zeit an Paralysis agitans leidend, bekommt, da andere Mittel erfolglos bleiben, das von Erb empfohlene Skopolamin eingespritzt, und zwar von einer Lösung 0,01:10,0  $\frac{1}{4}$  Spritze voll. Nach 5 Minuten heftiger Schwindel, Gefühl einer Lähmung des ganzen Körpers, zugleich deutlicher Atropingeschmack. Das Bewusstsein schwindet rasch, nach 15 Minuten schon tiefer Sopor; Pupillen sehr erweitert, Gesicht blauroth, Arme und Beine ganz steif, hin und wieder einzelne Convulsionen, Athmung stertorös. Kalte Umschläge an den Kopf, Sinapismen, wiederholte Campherinjectionen. Nach 2 Stunden Spuren von Bewusstsein, Nachlass der Steifigkeit und der Röthe im Gesicht. Nach und nach kam Pat. wieder zu sich und liess nun eine sehr erhebliche Menge Urin. Klagen über heftigen Durst, Schwindel. Hin und wieder noch Delirien. Nach 18 Stunden post inject. Aufregung. Auf das Zittern hatte die Injection absolut keinen Einfluss.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 12.)

— Eine Belladonnaintoxication auf äusserliche Anwendung von Extract. Belladonnae erlebte Eichenberger (Beinwyl a/See). Am 22. Juli Vormittags verordnete er einer 64jährigen Frau wegen Augenkrankheit, nachdem ihr behufs Ophthalmoskopie 3 Tropfen einer  $\frac{1}{2}$   $\frac{0}{10}$  igen Atropinlösung ins linke Auge geträufelt worden waren:

**Rp.**

*Unguent. ciner. 15,0*  
*Extract. Bellad. 1,0.*

S. Morgens und Abends erbsengross  
in die Stirn einzureiben.

Am 24. Juli wird Autor schleunigst gerufen und findet eine typische Atropinvergiftung: enorme Weite beider Pupillen, starke Tobsucht, benommenes Sensorium, Herzklopfen, sehr frequenten kleinen Puls, starken Durst, Brennen im Hals, Schlingbeschwerden u. s. w. Auf wiederholte Morphininjectionen und nachherige Excitantien (Campherätherinjectionen, starker Kaffee) erholte sich Pat. wieder. Von der Salbe waren noch 13 gr übrig; es waren in 5 Malen 3 gr der Mischung = 0,19 Extract. Bellad. eingerieben worden, d. h. pro Tag 0,08 des letzteren, gewiss eine recht mässige Menge, die gewiss nur so toxisch wirkte in Folge einer enormen Resorptionsfähigkeit der Haut und Idiosynkrasie gegen das Medicament.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1896 No. 22.)

- Eine **Jodoformvergiftung** mit tödtlichem Ausgang beschreibt De la Harpe. Eine 40jährige, kräftige Pat. erhielt nach Bepudern eines Ulcus cruris mit Jodoform ein binnen wenigen Tagen fast den ganzen Körper bedeckendes Erythem mit miliaren Bläschen; bald darauf Albuminurie und Abhebung der Epidermis in grossen Fetzen. Nach weiteren 8 Tagen 14‰ Albumen, Dyspnoë, Cephalalgie, beträchtlicher Verfall und am 19. Tage nach der Jodoformtherapie Exitus unter urämischen Erscheinungen.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1896 No. 8. —  
Centralblatt für innere Medizin 1896 No. 51.)

- 2 Pat. mit **Hirnnervenlähmungen bei Bleiintoxication** (Polyneuritis cerebri saturnina) stellt Doc. Dr. Mannaberg vor. Zuerst eine 25 Jahre alte Näherin, die bis dahin stets gesund war und Anfangs October d. J. plötzlich mit heftigen Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit und Abgeschlagenheit erkrankte; es folgten häufiges Erbrechen in den Morgenstunden, Schwindel und hartnäckige Obstipation. Am 22./10. Eintritt von Sehschwäche, Doppeltsehen; am 24./10. Unfähigkeit, das rechte Auge zu schliessen, Ameisenlaufen am ganzen Körper, besonders im rechten Arm. Keine Lues, keine hereditäre Belastung. Bei der Aufnahme am 25./10. (Klinik Nothnagel) kein Fieber, vollständiger normaler innerer Befund; der rechte Facialis in allen Aesten vollkommen gelähmt, Lag-

ophthalmus, Augenbewegungen frei; allgemeine Schwäche, unerträglicher continuirlicher Kopfschmerz, Nackensteifigkeit; Pat. stöhnt vor Schmerz und seufzt oft tief auf; Neuritis optica beider Augen, mit leichter Schwellung der Papille linkerseits; Gang taumelnd, sehr unsicher. 2 Tage darauf tritt totale Oculomotoriuslähmung rechts hinzu; an den unteren Extremitäten, rechts mehr als links, geringe Herabsetzung der Sensibilität, ferner leichte Störung der Lagevorstellung des rechten Armes; auch die rechte Papille geschwellt. Wenige Tage nachher rechtsseitiger Gesichtsschmerz, Druckempfindlichkeit der Quintusäste, Unfähigkeit sich aufzusetzen oder zu gehen. Da sich an dem Zahnfleisch ein wohlentwickelter Bleisaum zeigt und Pat. hartnäckig verstopft ist, auch über Schmerz im Bauche klagt, wird der Zustand als Folge einer Bleivergiftung angesehen und entsprechend behandelt (Jodnatrium 2—4 gr pro die, täglich ein warmes Bad mit Salzzusatz). Die Erscheinungen schwinden allmählig und Pat. bietet jetzt nur die Reste der bestandenen Oculomotoriuslähmung dar. Der 2., gleichfalls unter heftigen Kopfschmerzen einsetzende Fall wurde an derselben Klinik Mai 1895 an einer Emailfabrikarbeiterin beobachtet, die ausser einem deutlichen Bleisaum beiderseitige Neuroretinitis mit Schwellung der Papillen nebst rechtsseitiger Abducenslähmung und Parese des linken Mundfacialis zeigte. — Im Anschluss daran erwähnt Doc. Chvostek einen Fall, der erwies, dass durch die Volumszunahme des Gehirns in Folge des bei chronischer Bleiintoxication zu findenden Oedems des Gehirns Drucklähmungen der Hirnnerven gefunden werden können. Eine junge Fächermalerin erkrankte 8 Tage vor ihrer Aufnahme mit heftigen Kopfschmerzen, zeitweilig auftretendem Erbrechen und epileptischen Krämpfen; auch soll sie zeitweilig verwirrt gesprochen haben. Ein Arzt hatte „Hysterie“ diagnosticirt. Bei der Aufnahme fand sich eine schwächliche, stark abgemagerte Person mit tuberculöser Infiltration der rechten Lungenspitze, beträchtlicher Anaemie, mässigem remittirenden Fieber, deutlichem Bleisaum, stark gespanntem Pulse, leicht accentuirtem 2. Aortenton und mässiger Pulsverlangsamung; Sensorium leicht benommen, ziemlich beträchtliche Nackenstarre, heftiger Kopfschmerz; beide N. oculomotorii vollständig gelähmt, ebenso der



linke N. abducens, der rechte paretisch, beiderseitige Neuritis nervi optici, rechter Mundfacialis leicht paretisch; ebenso Parese der rechten Körperhälfte; beträchtliche Druckempfindlichkeit der ganzen Wirbelsäule und hochgradige, nahezu über den ganzen Stamm und die Extremitäten ausgebreitete Hauthyperästhesie; ausgesprochene vasomotorische Phänomene der Haut, etwas gesteigerte Reflexe. Unter zunehmenden Erscheinungen von Drucksteigerung von Seite des Gehirns Exitus. Die tuberculöse Infiltration der Lunge, das Ergriffensein der Hirnnerven in basaler Vertheilung, die Hemiparese mit Betheiligung des Mundfacialis, die Nackenstarre und Hauthyperästhesie liessen eher eine tuberculöse Meningitis vermuthen. Bei der Section waren die Meningen vollständig frei, dagegen die gesammte Gehirnmasse beträchtlich geschwollen, sehr derb, ebenso das Rückenmark, letzteres in den Wirbelcanal vollständig eingepresst; Gehirnwindungen abgeflacht, Ventrikel verkleinert; beide N. oculomotor dort, wo sie über die Crista sellae turc. ziehen, förmlich wie abgeschnürt, ebenso der linke N. abducens wie plattgedrückt, mehr grau verfärbt; an beiden N. oculomotorii, namentlich in den vorderen Abtheilen, mikroskopisch ausgesprochene Degeneration zu constatiren, ebenso am linken N. abducens. Diese Beobachtung zeigt also, dass bei Bleivergiftungen neben neuritischen Processen durch das chronische Oedem des Centralnervensystems auch Drucklähmungen von Nerven zu Stande kommen können, was ja begreiflich erscheint, wenn man bedenkt, dass diese Volumszunahme des Gehirns sogar zur Verdünnung der Schädelknochen führen kann.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 18. Decbr. 1896. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 52.)

— **Lumbalpunktion als therapeutischen Eingriff bei Encephalopathia saturnina** hält Dr. Seegelken (Jena, medicin. Klinik) für indicirt auf Grund einer in der Klinik gemachten Beobachtung. Ein 20jähriger, an chronischer Bleivergiftung leidender Maler, der schon im Mai wegen Bleikolik in Behandlung gewesen, wird am 12. Aug. wegen desselben Leidens aufgenommen. Vorhanden sind Anaemie, Bleisaum, verlangsamter und stark gespannter Puls, Obsti-

pation und Kolikanfälle. Letztere wiederholen sich täglich mit grosser Heftigkeit. In der Nacht vom 17. zum 18. Aug. plötzlich, ohne Vorboten, Krämpfe, bestehend in klonischen Zuckungen, anfangs der rechtsseitigen Gesichtsmusculatur, später der rechten Körperhälfte. Die durchschnittlich 3 Minuten dauernden Anfälle wiederholen sich etwa 25 Mal. In den anfallsfreien Zeiten ist der rechte Arm und das rechte Bein völlig gelähmt. Die rechte Zungenhälfte ist durch eine tiefe Bisswunde zerfleischt. Der unwillkürlich entleerte Urin eiweissfrei. Am nächsten Morgen tiefes Coma, erloschene Reflexe, beschleunigter, kleiner Puls. Dieser Zustand hält den ganzen Tag und nächsten Vormittag an. Dann Lumbalpunktion, Entleerung von 60 ccm Cerebrospinalflüssigkeit, welche anfangs klar (ca. 25 ccm.), später leicht getrübt abfließt, beim Beginn der Punction unter einem Druck von 310 mm, am Ende derselben von 80 mm Wasser steht. Im Laufe des Tages kehrt das Bewusstsein langsam zurück, Abends sitzt Pat. aufrecht im Bett, hat Gesichts- und Gehörshallucinationen heiteren Inhalts, ist sehr unruhig und versucht, aus dem Bett zu steigen. Dieser Zustand dauert etwa 36 Stunden, um dann einem normalen körperlichen und geistigen Verhalten Platz zu machen, das auch bestehen bleibt. Die interessante Thatsache, dass die Cerebrospinalflüssigkeit zuerst klar, dann getrübt abfloss und eine Zeit lang in 2 Schichten gesondert blieb, lässt vielleicht den Schluss zu, dass das Rückenmark gar nicht oder jedenfalls in weit geringerem Grade als das Gehirn an der durch die chronische Bleivergiftung hervorgerufenen Alteration des Centralnervensystems beteiligt war, denn offenbar stammte die klare Flüssigkeit aus dem Subarachnoidealraum des Rückenmarks, die getrübt von weiter her (Gehirn). Im obigen Falle hätte ja auch ohne Eingriff Besserung eintreten können, aber die Encephalopathia saturnina hat 23 % Mortalität und besonders das Coma gilt als prognostisch sehr infaust. Wenn die Anschauung richtig ist, dass Coma und Convulsionen bei chronischer Bleivergiftung auf Gehirnödemen beruhen, eine Annahme, die im obigen Falle durch die Vermehrung und erhöhte Spannung des Hirnwassers eine Stütze erhält, so muss die Entlastung des Gehirns durch die Punction günstig einwirken und event. eine Lebens-

gefahr abwenden können, wie die Pleurapunction bei sehr grossen Exsudaten. Lumbalunction ist also jedenfalls in solchen Fällen indicirt.

(Münchener medicin. Wochenschrift 1896 No. 47.)

- Eine Vergiftung durch Benzindämpfe beschreibt Dr. Otto Siemon (Cottbus). Ein 16jähriger Bursche war im Keller mit dem Einstellen von Benzinballons beschäftigt. Einer der letzteren platzte. Etwa 20—30 Minuten später fand man den Burschen neben den Scherben liegend bewusstlos vor. Die Menge des ausgelaufenen Benzins betrug 50 kg, der Keller hatte etwa 40 cbm Rauminhalt. Aerztliche Hülfe war sofort (Abends 7 $\frac{1}{2}$  Uhr) zur Stelle. Pat. völlig bewusstlos, Haut kalt und cyanotisch, Augen stier, ohne alle Reflexe, Pupillen erweitert, Puls beschleunigt (100), nicht sonderlich schwach, Athmung mühsam, starkes Trachealrasseln, sodass man einen Sterbenden vor sich zu haben glaubte. Therapie: Campheröl subcutan, Hautreize, schwarzer Kaffee u. s. w. Im Laufe der nächsten Stunde hörte das Trachealrasseln auf und es besserte sich die Athmung, Pat. warf sich unruhig umher, ohne aber eine Spur von Bewusstsein zu zeigen, dann öfteres Erbrechen einer gallig-grünen Flüssigkeit. Erst am nächsten Morgen kehrte das Bewusstsein zurück, doch blieb noch eine gewisse Benommenheit, Pat. konnte sich auf das Vorgefallene nicht erinnern. Noch einige Zeit lang war eine Trägheit der geistigen Functionen zu bemerken und erst nach 8 Tagen machte sich wieder normale geistige Thätigkeit geltend.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1896 No. 11.)

- Idiosynkrasie gegen Antipyrin hat Dr. Steinhardt (Nams-lau) an sich selbst beobachtet. An Migräne leidend, nahm er seit dem ersten Erscheinen des Antipyrins bis zum Frühjahr 1888 das Mittel sehr häufig in Dosen von 1 gr mit promptem Erfolg. Ausserdem litt er aber und leidet noch ab und zu an Aphthen, die einzeln oder zu zweien, auch zu dreien an der Lippen-, Wangen- und Zungenschleimhaut auftreten; an letzterer, meist am rechten Seitenrande sitzend, sind sie besonders schmerzhaft, aber nie über linsengross. Autor bekam nun Januar 1888 am rechten Zungenrande ein aphthöses Geschwür von

Pfenniggrösse, das ihn fast 14 Tage ungewöhnlich plagte. Es wiederholte sich im Februar in genau der gleichen Weise. Die Aetiologie dieser Bösartigkeit der beiden letzten Attaquen wurde Autor im April klar, als er wegen eines Migräneanfalls wieder 1 gr Antipyrin nahm; fast momentan nach dem Einnehmen schwellte die ganze Unterlippe ödematös an, und nach etwa 2 Stunden zeigte sich an der Zunge genau an Stelle der jüngst abgelaufenen Aphthen eine neue derartige Bildung, die weiterhin dieselben Dimensionen annahm. An der Unterlippe und auch an der Wangenschleimhaut bildeten sich ebenfalls mehrere Geschwüre. Erst nach 14 Tagen war Alles abgeheilt. Autor mied in Folge dessen den Antipyriengebrauch bis 1890, wo er erst wieder einen Versuch machte, der ihm aber noch schlechter bekam. Es wiederholten sich nicht nur die Erscheinungen in der gleichen Weise, sondern es stellte sich auch noch unerträgliches Jucken an den Genitalien ein, das durch Kratzen zu heftiger Dermatitis und schwer heilenden Geschwüren führte. Und als 1894 wieder ein Versuch gemacht wurde, wiederholten sich die Erscheinungen von 1890 ganz ebenso. Da Autor im Alter von 13 Jahren jene Affection an den Genitalien schon mal hatte, gewinnt es den Anschein, als ob das Antipyrin da wie an der Mundschleimhaut einen Locus minoris resistentiae getroffen und locale Hyperämie mit Folgeerscheinungen derselben verursacht habe.

(Therap. Monatshefte 1896 No. 11.)

- Eine chronische Trionalvergiftung hatte Dr. N. Sierlich (Wiesbaden) zu beobachten Gelegenheit bei einem 44jährigen Manne, der täglich 1,8 gr, im Ganzen 84 gr in 56 Tagen genommen hatte. Zunächst stellten sich Langsamkeit und Behinderung beim Schreiben ein, dann geringe Sprachstörung, leichtes Gerührtsein, zeitweilige Benommenheit, endlich taumelnder Gang, sodass Pat. ohne Unterstützung nicht mehr gehen konnte, Unbeholfenheit und Ataxie der Beine und Arme, beim Vorstrecken der Zunge, Ausstrecken der Hände leichter, kleinschlägiger Tremor, ebenso der Füße, stetes Vibriren des Gesichtes und Grimassenschneiden, langsame, schleppende, oft stockende und lallende

Sprache mit Versetzen von Buchstaben und Silben. Schrift sehr verändert, Auslassung und Versetzung von Buchstaben beim Dictat, Schriftzüge zittrig und ausfahrend; Klagen über Druckgefühl und Hitze auf dem Scheitel, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen, starke psychische Depression, Gedächtnisschwäche; mehrmals unfreiwilliger Urin und Stuhlgang. Nach Aussetzen des Mittels schwanden die Symptome allmählig und in 3 Wochen war Pat. genesen; die Schrift war aber erst nach weiteren 2 Wochen normal. Der Fall mahnt wieder dringend, bei längerem Gebrauch das Mittel ab und zu auszusetzen.

(Neurolog. Centralblatt 1896 No. 17.)

— **Chronische Sulfonalintoxication mit tödtlichem Ausgang** hatte Prof. Dr. R. Schulz (Braunschweig) zu verzeichnen bei einer 59jähr. Pat. (unter 21 Fällen von Sulfonaltod 20 Frauen!), die jahrelang an Obstipation gelitten und allerhand hysterische Symptome gezeigt hatte. Sie hatte ungefähr 16 Mal innerhalb eines Monats je 1 gr des Mittels genommen, worauf heftiges Leibschniden, Aufstossen, Erbrechen, Durst, nervöse Unruhe, taumelnder Gang, sensible Störungen, wie Anästhesie am Leib und an den Beinen, motorische Schwäche, Verlust der Patellarreflexe, Blasenlähmung auftraten, und spärlicher, bald dunkelbraunrother, bald portweinfarbiger Urin entleert wurde. Bald trat der Exitus ein. Obstipation war schon vorher stets vorhanden gewesen, durch den Sulfonalgebrauch war sie gesteigert worden und so eine Retention des Giftes eingetreten, die so verhängnissvoll wurde. Bei bestehender Obstipation, zumal bei Frauen, ist also grösste Vorsicht mit Sulfonal geboten!

(Neurolog. Centralblatt 1896 No. 19.)

**Pruritus.** Dr. de Wannemaeker (Gent) empfiehlt zur Behandlung Salophen. In Fällen von P. bei Arthritikern, Diabetikern, bei Urticaria, Ekzem etc. wurde durch Dosen von 3—5 gr täglich vollständiges Verschwinden des Juckens erzielt. Wohl fanden sich auch Fälle, die dieser Behandlung trotzten, jedenfalls aber kann man das Mittel stets versuchen und wird oft Erfolg haben.

(Belg. Méd. 5. Novbr. 1896. — Therap. Wochenschrift 1896 No. 46.)

— **Behandlung des P. senilis** nach Ellice M. Alger: Intern folgende Lösung:

**Rp.**

*Natr. brom.* 8,0  
*Natr. jodat.* 4,0  
*Natr. salicyl.* 8,0  
*Natr. acetic.* 4,0  
*Inf. rad. gentian.* 60,0.  
 M. D. S. 1 Kaffeelöffel 1 Stunde  
 nach jeder Mahlzeit.

Local bei ganz beschränktem P.

**Rp.**

*Liq. Kal. caust.* (6<sup>o</sup>/<sub>10</sub>) 8,0  
*Acid. carbolic.* 16,0  
*Ol. lin.* 36,0  
*Ol. Bergam. gtt.* X.

Bei generalisirtem P.

**Rp.**

*Resorcin.* 2,0  
*Ichthyol.* 4,0  
*Lanolin.* 60,0.  
 M. f. ung

(Sem. méd. 1896 No. 54. — Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1896 No. 23.)

— **Collodium gegen P. ani und Haemorrhoidalknoten** empfiehlt Dr. W. Samways. Eine einzige Pinselung des Anus soll das Jucken durch 12—14 Stunden zum Verschwinden bringen. Application von mit Collodium imbibirter Watte auf äussere Haemorrhoidalknoten bewirkt eine grosse Verminderung der Beschwerden und allmälige Verkleinerung des Volumens der Haemorrhoiden. Unmittelbar nach der Application des Collodiums empfindet man ein kurzdauerndes Brennen, das man aber durch vorheriges Pinseln mit Cocaïn vermeiden kann.

(Sem. méd. 1896 No. 61. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 102.)

**Rhinosklerom.** 2 Fälle von Rh. stellt Prof. Kaposi vor: Der eine betrifft eine 40jährige Frau und bietet den gewöhnlichen Typus dar: breitgequetschtes Ansehen der Nase in Folge des Auseinandergetriebenseins der Nasenflügel durch eine überaus harte, plattenartig von der

Oberlippe in die Schleimhaut des Naseneingangs infiltrirte und diese vorwölbende, sowie auch in die Haut der Nasenflügel eingedrungene Infiltration, wodurch jene durch seitlichen Druck einander nicht näher gebracht werden können; ausserdem die Rhinoskleromerscheinungen im Bereiche des weichen Gaumens: rechts vollständiger narbiger Defect, Uvula verschrumpft und retrahirt, linkes Velum infiltrirt und gespannt. Der 2. Fall ist durch seine enorme Entwicklung ungewöhnlich und für die Diagnose schwieriger. Bei dem Träger desselben, einem 55 Jahre alten Manne, erscheinen beide Nasenflügel weit auseinander- und die Nasenspitze hoch emporgeschoben durch eine flachhöckrige, theilweise rothschimmernde und etwas secernirende, theils bläulich überhäutete, derbe Geschwulstmasse, welche auch in die Cutis des rechten Nasenflügels infiltrirt und knotig eingedrungen ist und in einem Continuum in der Oberlippe bis über den mittleren Antheil des Lippen- saumes sich fortsetzt, während die Cutis der rechten oberen und linken Nasenflügelwandung weich und von der Geschwulst abgegrenzt erscheint. Nur am linken oberen Winkel vermag eine Hohlsonde zwischen Geschwulst und Nasenflügel in die Nasenhöhle etwas vorgeschoben zu werden, sonst nirgends und scheint die Geschwulst auch die Nasenhöhle ganz auszufüllen, indem der ganze Nasenrücken entsprechend breit und hoch auf- und auseinandergetrieben erscheint. Zur Zeit seines Eintritts in die Klinik war ein grosser Theil der Geschwulstoberfläche nekrotisch zerfallen. Es hat sich aber auch hier gezeigt, wie beim Excidiren, dass nach Abstossung der nekrotischen Parthieen die Defecte durch nachwuchernde Geschwulstmassen sich ersetzt hatten und Ueberhäutung mittelst dünner Epidermislagen eintrat. Rhinosklerombacillen konnten sowohl in Schnitten, als in Reinculturen aus dem Gewebssaft dargestellt werden.

(K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 1. Octbr. 1896. — Wiener klin. Wochenschrift 1896 Nr. 43.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Ueber Therapie der Placenta praevia sprach Dr. Karl Heil (Heidelberg, Univers.-Frauenklinik). Die jetzt allgemein übliche combinirte Wendung nach Braxton Hicks hat die Prognose für die Mutter zweifellos gebessert, nicht aber die der Kinder, deren Mortalität noch immer gegen

50 % beträgt. Das erstrebenswerthe Ziel aber muss sein, Mutter und Kind zu retten, wenn es irgend geht, und nur im Zweifelfalle, ob die Maassregeln zu Gunsten der Mutter oder des Kindes zu wählen sind, erstere in erster Linie zu berücksichtigen. In der Heidelberger Klinik haben sich nun bei Behandlung der Placenta praevia mit Berücksichtigung jenes Principis folgende Grundsätze als maassgebend ausgebildet. Die Braxton Hicks'sche Wendung ist nur vorzunehmen:

1. Bei hochgradiger mütterlicher Anaemie, deren Bekämpfung alle anderen Rücksichten unterzuordnen sind, also auch die Rücksicht auf das lebende, reife Kind.
2. Bei geringerer Anaemie der Mutter nur dann, wenn die Aussichten auf ein lebendes und lebensfähiges Kind gering sind oder das Kind bereits abgestorben ist. In allen anderen Fällen von geringer Muttermundweite und noch derbem Mutterhalse möge man dagegen zunächst bis zu einer für Wenden und Ausziehen genügenden Cervixerweiterung tamponiren.

Es können natürlich übergangen werden diejenigen Fälle von Placenta praevia, bei denen das Sprengen der Fruchtblase genügt, um durch den fixirten Kopf die Placenta zu comprimiren und somit die Blutung zu stillen, ebenso jene, die erst mit bereits voll erweitertem Muttermund zur Behandlung kommen. Auch darüber sind die Meinungen kaum getheilt, dass bei Blutungen in der Schwangerschaft Tamponade am Platze ist, ebenso bei Blutungen in der Eröffnungsperiode, wenn der Halscanal selbst zur Wendung nach Braxton Hicks noch nicht genügend weit ist. Der principielle Unterschied in der Therapie tritt erst recht zu Tage bei den Fällen, in denen es sich um ein reifes und zur Zeit des Beginns des ärztlichen Eingreifens lebendes Kind handelt. Je weniger reif das Kind ist, um so weniger brauchen wir auf dasselbe Rücksicht zu nehmen, um so geringer sind auch die Schwierigkeiten und Gefahren einer frühzeitigen Wendung. Wir können hier mit der Extraction zuwarten, sparen der Mutter Blut und vermeiden Cervixrisse; ebenso liegen die Verhältnisse bei bereits abgestorbenem Kinde. In diesen Fällen haben wir nur auf die Mutter Rücksicht zu nehmen und das für sie schonendste Verfahren



zu wählen. Weit schwieriger ist die Entscheidung bei lebendem, reifem Kinde. Ist die Anaemie der Mutter hochgradig, stellen sich schon Zeichen cerebraler Anaemie ein, dann ist nur auf die Mutter Rücksicht zu nehmen und dasjenige Verfahren zu wählen, das mit dem geringsten Blutverlust verbunden ist. Sind die Muttermundsverhältnisse günstige, so kann der etwa in Frage kommenden Wendung die Extraction rascher angeschlossen werden; event. sind Incisionen in den fest um den Kopf oder Hals des Kindes sich legenden Muttermundsring am Platze; so kann auch in diesen ungünstigen Fällen das kindliche Leben gerettet werden. In verzweifelten Fällen muss allerdings das Leben des Kindes dem der Mutter zum Opfer fallen. Ist aber die Anaemie geringer, keineswegs gefahrdrohend, und ist das Kind lebend und reif, resp. lebensfähig, so hat jetzt gegenüber der frühzeitigen Wendung nach Braxton Hicks die cervico-vaginale Tamponade zu ihrem Recht zu kommen. Die Tamponade wird, wenn nöthig, mehrmals bis zur völligen oder nahezu völligen Erweiterung des Muttermundes wiederholt, um dann erst die Wendung und sogleich die Extraction auszuführen. Die Prognose für das Kind war bei diesem Verfahren eine bedeutend bessere (Mortalität 12,5 %), die für die Mutter mindestens ebenso gut als bei der Wendung. Die Tamponade wurde in Sims'scher Seitenlage mit Sims' Speculum ausgeführt. Vorausgeschickt wurde stets gründliche Waschung der Genitalien mit Wasser und Seife und Vaginalspülung mit 1:4000 Sublimat oder 2%igem Carbolwasser, worauf Cervicalcanal und Vagina mit feuchter 2%iger Carbolwatte tüchtig ausgerieben wurden. Dann wurde tamponirt mit Jodoformgazestreifen, je nach Bedarf mit 1—3 fünf Meter langen, handbreiten Streifen, die mit der Polypenzange eingeführt wurden. Auf sorgfältiges, festes Ausfüllen des Cervicalcanals und der Scheidengewölbe ist ganz besonders Bedacht zu nehmen. Der unterste Theil der Vagina wurde mit einem grossen Wattetampon ausgefüllt. Nach 24 Stunden event. Erneuerung.

(68. Naturforscherversammlung in Frankfurt a. M., 24. Sept. 1896. — Therap. Wochenschrift 1896 No. 42.)

— Die **klinische Bedeutung der Blasenmolen** würdigt Prof. Dr. Schauta im Lichte der neuesten Wissenschaft. Man fand in den letzten Jahren, dass eine maligne Neubildung, das *Deciduoma malignum*, nach Blasenmole im Uterus sich entwickelt. Diese Neubildung tritt kürzere oder längere Zeit nach Entfernung der Blasenmole auf und äussert sich durch blutig-wässrigen Ausfluss, mitunter auch durch profuse Blutungen, dann durch hochgradige Anaemie, und, wird nicht operirt, bald durch schwere Erscheinungen in entfernten Organen, besonders in den Lungen, worauf unter Husten und blutigem Auswurf rasch der Exitus eintritt. Man findet in den Lungen und anderen Organen umfangreiche Knoten, bestehend aus genau denselben Gewebeelementen, aus denen der primäre Uterustumor bestand. Gerade jener Metastasen wegen ist die Prognose eine sehr ungünstige, und auch in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle, wo der Uterus entfernt wurde, blieben die Metastasen nicht aus. In einem Falle Schauta's ist allerdings die Pat. bereits 2 Jahre seit der Operation recidivfrei. Nun hat Autor einen Fall beobachtet, aus dem hervorgeht, dass die Blasenmole, noch solange sie im Uterus ist, nicht nur die Eigenschaften der unbeschränkten Wucherung und der Substitution von Nachbargewebe besitzt, sondern auch, was man bisher nicht annahm, Metastasenbildung veranlassen kann. Eine 40jährige, etwas über 3 Monate schwangere Frau bekam Blutungen, als deren Quelle ein etwa haselnussgrosser Knoten in der hinteren seitlichen Scheidenwand angesehen wurde, den man als Varix ansah. Die Untersuchung ergab, dass dieser Knoten ein festeres Gefüge habe, als Varicen, und dass die Blutung nicht von hier, sondern vom Uterus ausging. Dieser wurde austamponirt, und als kräftigere Wehen eintraten und der Cervix durchgängig geworden war, fand man, dass es sich um eine stark gewucherte Blasenmole handelte. Sofort vollständige Ausräumung des Uterus und Tamponade, Excision des Knotens in der Scheide. Dieser Knoten zeigte nun dieselben zelligen Elemente und dieselbe Gewebsanordnung wie das *Deciduoma malignum*, und desgleichen war dies in der Mole zu constatiren. Es handelte sich also um eine Impfmetastase, herrührend von aus dem Cervix mit dem Genitalsecrete angeschwemmten zelligen Gebilden der im Uterus befindlichen Blasenmole. Damit

wäre also bewiesen, dass die bisher als ganz harmloses Gebilde angesehenen Blasenmolen zu den malignen Gebilden zu rechnen sind, sodass die Entfernung derselben aus dem Uterus nicht eine Beseitigung der Gefahr bedeutet, vielmehr eine weitere Beobachtung der Pat. erfolgen muss, wenn man es nicht vorzieht, lieber den Uterus gleich mit zu entfernen. Im obigen Falle wurde letzteres 14 Tage später gethan, und da fand sich an der hinteren Wand die Innenfläche von einer flachen Erhabenheit eingenommen, welche wie eitrig belegt aussah; die Oberfläche erschien zerklüftet, die Consistenz etwas vermehrt. Am Durchschnitte bemerkte man hier zahlreiche, bis erbsengrosse kuglige Knoten, die in die Musculatur vorragten, und auch in diesen Knoten liessen sich jene für Blasenmole und Deciduoma charakteristischen Elemente, und zwar bis in die Muscularis hinein, nachweisen. Zweifellos hätte sich also bei längerem Zuwarten ein Deciduoma malignum entwickelt.

(Wiener medic. Presse 1897 No. 1.)

— Ahlfeld (Univers.-Frauenklinik in Marburg) lässt sich über die Bedeutung der äusseren Untersuchung der Gebärenden gegenüber der inneren in einem keineswegs für erstere günstigen Sinne aus. Er verurtheilt die gegenwärtig Oberhand gewinnende Ansicht, nur die äussere Untersuchung sei, weil nicht schädigend, erlaubt, ganz und gar und betont, dass man die innere Untersuchung keineswegs hintansetzen dürfe. Die äussere allein leistet keineswegs das Gewünschte,

- a) weil sie intra partum technisch zu schwer auszuführen und daher nur von wenigen, sehr geübten Aerzten mit einigem Erfolg verwendet werden kann;
- b) weil sie nur einen kleinen Theil der Geburtsanomalieen aufdeckt, die für Mutter und Kind verhängnissvoll werden können;
- c) auch sind der äusseren Untersuchung, wenn sie gründlich ausgeführt wird, schädigende Störungen im Geburtsvorgange nicht ganz abzusprechen.

Von letzteren zählt Autor, abgesehen von den Schmerzen, die man der Gebärenden verursacht: Hervorrufen atypischer Wehen, Anregung der Bauchpresse zu ungeeigneter Zeit, Störungen im 1. Stadium der Placentalösung, Quetschungen

des unteren Uterinsegments, Lage- und Handlungsveränderungen der Frucht, die z. B. dann, wenn bei mässig verengtem Becken der Kopf sich eben für den Eintritt in den Beckeneingang passend gestellt und vielleicht schon etwas configurirt hatte, den Fortgang der Geburt ganz wesentlich stören können. Freilich sind diese Schädigungen nicht so schlimm, wie die durch virulente Finger verursachte, aber die Finger sollen eben nicht virulent sein, wir müssen unsere Desinfectionsmaassregeln noch vollkommener zu machen suchen und sind ja auf dem besten Wege dazu, sodass dann die innere Untersuchung, die jeder gewissenhafte Arzt, abgesehen von geringen Ausnahmen, bei jeder Geburt vornehmen muss, wenn er die Gebärende nicht Gefahren aussetzen will, gänzlich ungefährlich sein wird. Die äussere Untersuchung wird die innere, auch noch so vervollkommnet, nie ganz ersetzen können!

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 44.)

- Die **Diagnose der Zwillingsschwangerschaft durch gleichzeitiges Auscultiren der Fötaltöne durch 2 Personen** hat F. Ahlfeld schon früher warm empfohlen. Die Methode zeigte wieder jüngst einen schönen Nutzen. Eine Frau mit stark verengtem Becken, die bisher nur todte Kinder geboren, war wieder gravid und wurde Autor zugesandt behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Die Operation wurde aber unterlassen, da Autor Verdacht auf Zwillinge hatte und auch mittelst seiner Methode rechts und links differente Herztöne constatiren konnte. Zur richtigen Zeit kamen zwei lebende, gesunde Kinder zur Welt. In der Praxis genügt es schliesslich auch, abwechselnd rechts und links zu auscultiren und die Zahlen nachher zu vergleichen, wobei aber Mutter und Kind so wenig wie möglich bewegt werden dürfen, da sonst leicht Täuschungen unterlaufen können.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 35, Heft 2.)

- Von einer **Geburt in der Hypnose** berichtet Voisin (Paris). Eine Frau, bei der Autor Melancholie durch Hypnose beseitigt hatte, wurde schwanger. Bei Eintritt der Wehen wurde sie hypnotisirt und machte die ganze Geburt durch, ohne irgend etwas davon zu merken.

(Méd. moderne 1896 No. 31. — Centralblatt für Gynäkologie 1896 No. 45.)



## Vermischtes.

---

- Eine **Beeinflussung des Uterus durch ein Calamusinfus** konnte d'Ajutolo in 2 Fällen constatiren. Einmal gab er einer Pat. mit einem schweren Magenleiden Infus. calami aromat. 3,0:60,0 und fand nach 5—6tägigem Gebrauch des Mittels Anschwellung und Druckempfindlichkeit des Uterus, auch hatte sich die seit längerer Zeit sistirte Menstruation wieder eingestellt. Der 2. Fall betraf eine Gravide, bei der ebenfalls ein Beeinflusstwerden des Uterus sich ergab.

(Soc. de Bologna, 26. Juni 1896. — Wiener medic. Wochenschrift 1896 No. 43.)

- Als **Hilfsmittel der Palpation der Abdominalorgane** \*) bezeichnet Marc Sée die Untersuchung des Pat. im Bade, wo die Bauchdecken so nachgiebig werden, dass man auch bei fetten Personen alle Abdominalorgane leicht durchfühlen kann.

(Acad. di méd. 16. Juni 1896. — Wiener medic. Wochenschrift 1896 No. 43.)

- Ueber das **Phonendoskop** von Bazzi und Bianchi spricht sich Dr. Aufrecht (Krankenhaus Magdeburg) aus. Er misst dem Instrument für Auscultationszwecke keinen besonderen Werth bei, da es sich hier wie das binaurale Stethoskop verhält; die Herztöne hört man

---

\*) Auch Dr. Berkhan (Braunschweig) empfiehlt diese Art der Untersuchung, die nicht selten eine Chloroformnarkose erspart, aufs Wärmste. Er war oft bei Schwierigkeiten der Diagnose erstaunt, bei dem im Vollbade befindlichen Pat. diese Schwierigkeiten bei der Palpation vollständig überwinden zu können und zum Ziel zu gelangen.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 85.)

zwar lauter, aber nicht deutlicher als mit dem gewöhnlichen Stethoskop, und alle durch die Athmung producirten Geräusche hört man sogar mit letzterem besser. Dagegen ist die Methode, durch Reiben der Haut die Grösse resp. Grenze der darunter liegenden Organe zu bestimmen, als eine sehr werthvolle anzuerkennen. Wenn Autor auch vorläufig nur die Möglichkeit der Grenzbestimmung des Herzens und der einzelnen Abtheilungen desselben als sicher hinstellen kann, so ist damit allein schon genügende Veranlassung gegeben, jene „Frictionsmethode“, d. h. das Auscultiren der durch Reiben der Haut producirten Geräusche, zum Zweck der klinischen Diagnostik zu verwerthen. Erst diese Methode lässt uns die Lage, Form und Grösse des ganzen Herzens, der Ventrikel und Vorhöfe genau so erkennen, wie sie in natura ist, und Autor zweifelt nicht, dass dies grossen Werth für die Diagnose einzelner Herzaffectionen besitzen wird. Allerdings bedarf es ja noch einer längeren Uebung, und es werden auch die Verhältnisse noch zu eruiren sein, welche zu Irrthümern in Betreff der Grössenbestimmung führen können. Autor konnte bereits vielfach die beim Lebenden bestimmten Grenzen durch die Autopsie bestätigen und hebt einen Fall hervor: Ein 45 Jahre alter Mann wird bewusstlos mit Lähmung der ganzen linken Körperhälfte aufgenommen. Auscultation und Percussion der Lungen und des Herzens ergaben keine Abnormität, durch die Frictionsmethode aber liess sich eine bedeutende Volumszunahme des Herzens feststellen, und daraufhin wurde an chronische Nephritis gedacht und der in der Blase vorhandene wenige Harn durch Katheter entleert, hier Eiweiss in reichlicher Menge nachgewiesen und so die Diagnose gesichert, deren Richtigkeit die Section des 24 Stunden später gestorbenen Pat. bestätigte. Ohne die Methode der Friction wäre die Diagnose unmöglich gewesen. Aber, wie Autor fand, ist zu dieser Methode gar nicht das Phonedoskop nöthig; wenn von einem gewöhnlichen Stethoskop das untere auf die Haut zu setzende Stück in einer zum Festhalten geeigneten Länge von etwa 7 cm abgeschnitten und mit einem Schlauch verbunden wird, welcher mit Hülfe eines geeigneten Ansatzstückes an das Ohr angefügt werden kann, so kann man die gleichen Resultate

erzielen, besonders wenn das kurze Stethoskopende so modificirt ist, dass dasselbe kaum eine 50pfennigstückgrosse Fläche der Haut deckt, weil sonst der Raum zu sehr beengt ist (so das Instrument zu beziehen von Kunstdrechsler Hansen, Magdeburg, für M. 1,75). Bezüglich der Technik rath Autor noch, das Reiben der Haut von dem auf die Haut gestellten Instrument aus in Bogenform nach der Peripherie hin vorzunehmen und nicht in umgekehrter Richtung.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 52.)

— **Antipyrin und Calomel** sollen nicht zusammen verschrieben werden, da sich, wie Dr. H. Werner hervorhebt, bei gleichzeitiger Application Quecksilberchlorid entwickelt, sodass die Gefahr einer Sublimatintoxication naheliegt.

(Pharmac. Zeitung 1896 Nr. 47.)

— **Der Geschmack des Leberthrans** wird corrigirt durch folgendes Verfahren: Man mischt 400 gr Leberthran mit 20 gr frisch gerösteten und geriebenen Kaffees und 10 gr animalischer Kohle, erhitzt sodann durch 15 Minuten auf 60° C. in wohlverschlossener Flasche, lässt dann durch einige Tage unter mehrmaligem Aufschütteln maceriren und filtrirt schliesslich. Das auf diese Weise hergestellte Präparat ist leicht gefärbt und besitzt gänzlich Geruch und Geschmack des Kaffees. Letzterer thut der leichten Verdaulichkeit des Leberthrans und seiner therapeutischen Eigenschaften durchaus keinen Abbruch, wie dies bei Zusatz von Saccharin der Fall ist.

(Wiener medic. Presse 1896 No. 41.)

— **Ein sehr seltener Fall von Kieferklemme** wird von Zahnarzt Dr. B. Sachse (Leipzig, Kölliker'sche Poliklinik) geschildert. Der 28jährige Pat. konnte vor 4 Jahren eines Morgens den Mund nicht gut öffnen, und diese Behinderung verschlimmerte sich rasch zu dem noch jetzt bestehenden Zustand. Entzündung des Kieferknochen, Geschwulst- oder Geschwürsbildung waren nie vorhanden. Pat. wurde von mehreren Zahnärzten und Chirurgen bereits untersucht, keiner fand eine Ursache für die Ankylose, alle angewandten Mittel versagten. Der Mund kann nur 1 $\frac{1}{2}$  cm weit geöffnet werden; beim Versuch, den Mund zu

öffnen, wird ein leises Geräusch, wie Knacken oder Reiben, vernehmbar. Die Zahnreihe ist vollständig; der rechte obere Weisheitszahn steht mit seiner Krone direct nach aussen, nach der Wange zu; er schiebt sich wie ein Riegel vor den Muscul. pterygoid. int. und verhindert dessen Function beim Oeffnen des Mundes. In Chloroformnarkose Extraction des Zahnes. Sofort beim Erwachen gelingt die Oeffnung des Mundes besser, doch beeinträchtigten die bei der sehr schwierigen Extraction gedrückten und daher angeschwollenen Weichtheile den ersten Erfolg. Jetzt aber, 8 Wochen post oper., ist Pat. vollkommen geheilt.

(Centralblatt für Chirurgie 1896 No. 40.)

— Ueber Nährwerth und Verwendung von Caseinsalzen (Eucasin) sprach Dr. Laquer (Wiesbaden). Das Eucasin, eine ca. 11,8—13 % N-73,75—83 gr Eiweiss enthaltende Ammoniak-Caseinverbindung, hergestellt aus Milchcasein, vermag beim erwachsenen Menschen im Haushalte des Körpers die Rolle der Eiweisskörper anderer Abstammung zu übernehmen und einen vollkommenen Ersatz für sie zu geben. Die Resorption desselben im Magendarmcanal ist eine vorzügliche, seine Ausnützung durchaus den normalen Zahlen der Eiweisskörper gleichend, zuweilen sie übertreffend; der Einfluss auf die Resorption von Fett und Kohlehydraten ist ein günstiger. Eucasin setzt die Harnsäureausscheidung sehr stark herab und wirkt ebenso wie die Milch in dieser Beziehung gegensätzlich gegenüber dem Fleischeiweiss. Eucasin zeichnet sich vor den Peptonen und der Somatose in erster Linie dadurch aus, dass man mit grösseren Mengen Eucasin und entsprechender, aus Fett und Kohlehydraten bestehender, natronfreier Nebenkost die potentiellen Energieen des Wärme- und Stoffhaushalts längere Zeit hindurch decken kann. Die vorzügliche Ausnützung im Darmcanal, die ausserordentlich günstige Einwirkung auf die Ausnützung der Nebenkost, der Mangel an reizenden Einwirkungen auf die Schleimhäute der resorbirenden Organe, endlich das Freisein von schlechtem Geschmack ertheilen dem Eucasin bemerkenswerthe Vorzüge als Nahrungsmittel überhaupt und als Diaeteticum bei Kranken und in der Unterernährung befind-



lichen Reconvalescenten. Bei Phthise, Kachexien, in der Reconvalescenz von Infectionskrankheiten, Blutkrankheiten, Diabetes mellitus werden wir also Eucasin als ein die Verdauungsorgane nicht angreifendes, den Stoffverlust deckendes resp. hemmendes, zum N-Ansatz führendes Diæticum in Verbindung mit sonstigen Energieträgern, wie Butter, Reis, Cacao, Weissbrod, Eiern etc., reichen. Bei der Antipathie, mit der z. B. Phthisiker die Milch längere Zeit hindurch zu sich nehmen, dürfte Eucasin als Ersatz für die Milch eintreten. Ferner haben wir beim Eucasin bei seiner constanten Zusammensetzung ein Präparat, welches in einer für manche Kranke, z. B. Diabetiker, Gichtiker, nothwendigen Bilanz als sog. constante Grösse zu fungiren vermag. Mit Rücksicht auf die Verminderung der Harnsäureausfuhr werden wir Eucasin bei Krankheiten, die mit vermehrter Harnsäurebildung einhergehen, wie Arthritis urica, Lithiasis, gern geben. Eucasin ist zudem nicht theuer (100 gr 1 M., Somatose kostet per 100 gr M. 5).

(68. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte, 23. Sept. 1896. — Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 43.)

— Einen Fall von Vaccine-Uebertragung beschreibt Dr. Klamann (Luckenwalde): „Am 8. Juni impfte ich die Zwillingstochter eines Lehrers, während der Bruder wegen ekzematöser Erkrankung der Kopf- und Stirnhaut von der Impfung zurückgestellt wurde. Das geimpfte Kind wurde mir am 15. Juni mit normal entwickelten Pusteln wieder vorgestellt. Am 24. Juni wurde ich gerufen, um mir den Zwillingbruder anzusehen, dessen Gesicht geschwollen sei. Die linke Backe des Knaben war ödematös; auf derselben befand sich in der Nähe des äusseren Augenwinkels eine grosse Pustel, welche das Aussehen einer in Eiterung übergegangenen Impfpustel hatte. Auf der Stirn und an der rechten Ohrmuschel waren einzelne Bläschen sichtbar. Stirn und Kopf waren mit einzelnen ekzematösen trockenen Schrunden bedeckt. Am 25. und 26. Juni nahm die Pustelbildung so zu, dass die Augen zugeschwollen und der ganze Kopf eine unförmliche, beängstigende Gestalt annahm. Die Cervical- und Speicheldrüsen schwellen stark an; Stirn, Kopfhaut und Wangen waren mit Pockenpusteln dicht besetzt, sodass ich

ihre Zahl auf wenigstens 60 schätzen konnte. Die Temperatur betrug Abends  $39,5^{\circ}$  in der Achselhöhle. Um das Fieber zu mässigen, wurde der Kopf in nasse Leinentücher eingewickelt und das Kind gebadet. Am 27. Juni war das Oedem so stark geworden, dass der Querdurchmesser des Gesichts den Längsdurchmesser des Kopfes weit übertraf. Der Allgemeinzustand war trotzdem befriedigend; im Urin war während der ganzen Erkrankung kein Eiweiss nachzuweisen. Die Herztöne blieben rein, der Puls war aber wegen der Unruhe des Kindes nicht zu zählen. Am 29. Juni trat Besserung ein und das Oedem verschwand; nur der Juckreiz wirkte noch schlafstörend. Am 30. Juni war noch die Kopfschwarte geschwollen. Die Narbenbildung war unbedeutend, ein Erfolg der Wassertherapie. Meine Nachforschung ergab, dass die Uebertragung durch das Badetuch, in welches die geimpfte Schwester eingehüllt und das darauf auch für den Knaben benützt wurde, bewirkt worden war, und zwar war die Infection wohl an den ekzematös erkrankten Stellen der Stirnhaut zuerst eingetreten und durch Kratzen weiter verbreitet.“

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1896 No. 86.)

- Die **subcutane Zerreiſſung der Achillessehne** ist eine seltene Verletzung; doch hat Dr. R. Gersuny (Wien), wie er berichtet, in 2 Jahren 4 Fälle gesehen. Die Ursache der Verletzung war in 3 Fällen Muskelzug, und zwar 2 Mal bei alten Turnern (Männern von 36 und 46 Jahren), welche nach mehrjähriger Pause wieder Turnübungen machten; der Riss geschah beim Niedersprung nach einem nicht anstrengenden Sprunge. In dem 3. Falle arbeitete der grosse, kräftige (über 60 Jahre alte) Pat. in gebückter Stellung auf einer Gartentreppe, verlor das Gleichgewicht, taumelte nach rückwärts die 6 Stufen hinunter und fiel dann auf den Rücken. In einem Falle entstand die Ruptur durch directe Gewalt: der kräftige (etwa 35jährige) Pat. war beim raschen Gehen über eine niedrige Thürschwelle gestolpert und traf die Gegend der Achillessehne des an die Schwelle anstossenden Fusses mit der Spitze des anderen rasch vorgesetzten Fusses, ohne dabei zu Boden zu fallen. Vorbedingung für die Zerreiſſung der Sehne durch Muskelzug ist wahrscheinlich eine sehr kräftige Wadenmusculation, die Verletzung selbst ent-

steht dabei durch plötzliche starke Contraction des Wadenmuskels, während die Körperlast den Fuss in Dorsalflexion drängt. Die Zerreiſung durch directe Gewalt entstand durch einen kräftigen Stoss mit der Fusspitze (Rand der Stiefelsohle) rechtwinklig gegen die straff gespannte Sehne. Die Stelle des Risses war stets die gleiche: etwa 1 cm oberhalb der Insertion der Sehne am Fersenhöcker, wo sie am dünnsten ist und auch bei der Tenotomie gewöhnlich durchschnitten wird. Die Verletzung scheint gar nicht mit Schmerzen verbunden zu sein; nur 1 Pat. gab an, im Moment des Risses eine Empfindung gehabt zu haben, wie von einem Stockstreich gegen die Stelle. Der Gang ist nach der Verletzung immer sehr erschwert. Sonst ist das objective Bild dasselbe, wie nach der subcutanen Durchschneidung der Sehne: Zwischen den beiden scharfrandigen, wie durch einen reinen Querschnitt gebildeten Sehnenstümpfen eine Einsenkung der Haut, in deren Tiefe kein strang- oder fadenartiges Gebilde tastbar ist und die bald wieder verschwindet, indem die Lücke zwischen den Sehnenstümpfen sich mit einer weichen Masse ausfüllt. Nach 2—3 Wochen ist an der Stelle des Risses eine knopfförmige, harte, druckempfindliche Auftreibung zu tasten, im Verlaufe der folgenden Wochen wird allmählig die Sehne in ihrer ganzen Länge gleichmässig dicker, bis endlich der Theil der Sehne oberhalb des Risses ziemlich die doppelte Dicke der unverletzten Sehne erreicht, in ihrem ganzen Verlauf druckempfindlich ist, besonders aber an der Rissstelle und an dem Uebergange in den Muskel. Das kurze Sehnenstück unterhalb des Risses schwillt in gleicher Weise an, wie das obere, die Schwellung erstreckt sich nach abwärts, sodass der ganze Fersenhöcker deutlich verdickt und druckempfindlich ist. Dieses sehr auffallende Symptomenbild: Verdickung der Achillessehne von ihrem Ursprunge am Muskel bis zu ihrem Ansatz am Fersenbeine, stärkeres Vorspringen des Ansatzes am Muskel, knopfförmige Verdickung der Sehnenstümpfe, sodass an der Rissstelle zwei aneinander stossende Kugeln tastbar sind, war in allen Fällen ein gleiches. Allmählig, im Verlaufe von Monaten, nahm die Schwellung der Sehne etwas ab, auch die knotigen Verdickungen schwanden, und nach einem Jahre war der definitive Zustand entwickelt, der sich bei späterer mehrjähriger Beobachtung nicht mehr änderte:

Gleichmässige Verdickung der Achillessehne in ihrer ganzen Länge (gegenüber der gesunden Seite etwa um die Hälfte), etwas Druckempfindlichkeit an ihrem oberen Ende und an der Rissstelle. Die Heilung der Rissstelle war in den 2 genauer controlirten Fällen verschieden: In dem einen Falle war keine Zwischenmasse tastbar, die Sehnenstümpfe schienen unmittelbar mit einander verwachsen zu sein, der Fuss war in einem den Pat. befriedigenden Grade functionsfähig, doch war trotz Uebungen eine Bewegungshemmung zurückgeblieben: die Dorsalflexion des Fusses gegen den Unterschenkel war nur bis zum rechten Winkel möglich, sodass beim Bergaufgehen der Fuss den Boden nicht mit der Ferse berührte. In dem anderen Falle war die Vereinigung der Rissflächen keine unmittelbare, es war ein Abstand von ca. 1 cm geblieben, der durch Narbenmasse ausgefüllt war; diese Narbe war bei erschlaffter Sehne als weichere Masse zwischen den scharfrandigen Sehnenstümpfen zu tasten, bei straffer Spannung war die Sehne beim Betasten wie eine normale, d. h. in ihrer ganzen Länge glatt und hart, an der Rissstelle war keine Einsenkung zu fühlen. Die Folge der Verlängerung der Sehne war eine bleibende Differenz der Dorsalflexion der beiden Füsse: die active und passive Dorsalflexion war auf der verletzten Seite nicht unbeträchtlich grösser, die Plantarflexion war in gleicher Ausdehnung möglich, geschah jedoch auf der verletzten Seite activ mit wesentlich geringerer Kraft, sodass der Gang auf den Fussspitzen auffallend hinkend war. Bei passiver Plantarflexion rückten die Sehnenstümpfe unter Bildung einer queren Furche in der Haut an einander, als ob die narbige Zwischenmasse unter Nachziehen der Haut nach vorn gefaltet wurde. Form und Dicke der Waden waren auffallend verschieden: die Muskelmasse des Triceps surae reichte auf der verletzten Seite weniger weit nach abwärts, als auf der gesunden Seite, der grösste Umfang des Unterschenkels war auf der verletzten Seite um etwa 3 cm geringer, als auf der gesunden. Die Behandlung bestand in Fixation des Fusses in Spitzfussstellung; der steife Verband blieb in dem einen Falle durch 4 Wochen in Verwendung (Heilung ohne Verlängerung der Sehne), in einem anderen Falle wurde nach 10 Tagen das Umhergehen mit einem Stützapparat (einer Art Oberschenkelstelze mit Fixirung des Knies in Flexion und des Fusses in Equinusstellung)

gestattet. Nach Abnahme des Verbandes, resp. Stützapparates (4 resp. 6 Wochen) wurde ein Schuh mit 6 cm hohem Absatz gegeben, nach und nach wurde Blatt für Blatt davon abgenommen. Eine solche Behandlung dürfte im Allgemeinen ausreichen, vielleicht könnte man allerdings durch eine Art Naht die Pat. früher gehfähig machen.

(Wiener medic. Wochenschrift 1896 No. 39.)

— **Zur Kenntniss der Wirbelsäulendeformitäten nach Unfällen** veröffentlicht Dr. A. Schanz (Hoffa'sche Klinik in Sodenthal) einen lehrreichen Fall. Ein Maurer war am 21./2. 93 in einem Steinbruch damit beschäftigt, mit einer schweren Brechstange einen grossen Stein abzuhebeln. Die Brechstange glitt ab und entfiel seinen Händen. Durch die Wucht der Stange und durch das Bestreben, derselben auszuweichen, knickte der Mann mit dem Rumpfe nach links ein. Die Brechstange hatte ihn dabei nicht berührt. Pat. verspürte sofort einen heftigen Schmerz in der linken Lendengegend und konnte seinen Oberkörper nicht mehr gerade aufrichten. Diese schiefe Haltung und der Schmerz verschlimmerten sich derart, dass Pat. vom Arbeitsplatz weg den Arzt aufsuchen musste. Dieser diagnosticirte Lendenwirbelluxation und schickte ihn in eine Universitätsklinik, wo er 14 Tage im Streckbett lag, was eine Besserung zur Folge hatte. Dieselbe war aber von kurzer Dauer, Pat. musste noch 2 Mal die Klinik aufsuchen, wo dann ein Bruch des Wirbelbogens angenommen wurde und immer einige Zeit Extension der Wirbelsäule mit Glisson'scher Schlinge zur Anwendung kam. Die eintretende Besserung hatte aber nie lange Bestand, Pat. kam in verschiedene ärztliche Hände und wurde jetzt meist als Simulant betrachtet. Endlich, am 7./11. 1895 wurde er der Hoffa'schen Klinik überwiesen, wo folgender Befund aufgenommen wurde: Linksconvexe Totalskoliose mit beträchtlicher Verschiebung des Oberkörpers nach der linken Seite. Rechte Lendenmusculatur straff und hart gespannt, linke weich und schlaff. Active Bewegungen der Wirbelsäule nicht möglich. Subjective Beschwerden: Unmöglichkeit, sich gerade aufzurichten, Schmerzen in der Lendengegend, starke Druckempfindlichkeit der Lendenwirbelsäule und deren Nachbarschaft, besonders der linken Lendenmusculatur. Die Wirbelsäulendeformität liess sich nun durch einfache Maassnahmen corri-

giren und übercorrigiren, und zwar ganz allmählig und ohne dass dabei ein plötzlicher Ruck oder Sprung bemerkbar war. Es wurde das Becken durch einen Gurt an der linken Seitenstange eines einfachen Redressionsrahmens fixirt, mit Hülfe einer Glisson'schen Schlinge wurde die Wirbelsäule extendirt und nun ein elastischer Zug durch eine von der rechten Seitenstange des Rahmens über den Gipfel der Wirbelsäulenverkrümmung geführte Gummibinde ausgeübt. Diese Redression verursachte keinerlei Schmerzen. Nach Abnahme der Züge sank Pat. mit einem plötzlichen Ruck in seine alte Stellung zurück. Eine anatomische Ursache für dies merkwürdige Krankheitsbild war nicht zu finden, man musste eine functionelle Erkrankung annehmen. Pat. hatte bei jenem Unfall eine schmerzhafteste Läsion der linken Lendenmusculatur davongetragen, und es ist leicht erklärlich, dass er damals die Stellung einnahm, die sein Körper jetzt noch darbietet; eine Stellung, die es ermöglicht, die linksseitige Lendenmusculatur ausser Function zu setzen. Solche Haltungen haben sicher die Neigung, habituell zu werden. Handelte es sich hier also darum, so kam es darauf an, den Pat. wieder zu gewöhnen, seine Wirbelsäule normal zu halten und die linke Lendenmusculatur wieder functioniren zu lassen. Und der Erfolg solcher Behandlung bestätigte in der That die Diagnose. Pat. wurde 2 Mal täglich je  $\frac{1}{2}$  Stunde in der beschriebenen Weise redressirt; die Abnahme der Züge geschah langsam und vorsichtig, und Pat. wurde aufgefordert, sich möglichst lange in der redressirten Stellung zu halten. Ausserdem Massage und elektrische Behandlung der Rückenmusculatur. Glänzender Erfolg! In wenigen Tagen konnte Pat. sich dauernd normal halten, hatte keine Schmerzen und zeigte ein ganz anderes psychisches Verhalten, da er überglücklich war über die Besserung. Der Mann hatte nie simulirt! Die Besserung machte rasche Fortschritte und bald konnte Pat. mit einem Hoffa'schen Corset geheilt entlassen werden. Nach  $\frac{1}{4}$  Jahr wurde letzteres abgelegt, die Heilung war eine vollkommene.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1896 No. 11.)

## Bücherschau.

---

**Die Gonorrhöe des Weibes.** Von Dr. G. Klein.  
Berlin 1896, Verlag von S. Karger. Preis: M. 1,50.

**Der vaginale Kaiserschnitt.** Von Prof. A. Dührssen.  
Ders. Verlag. Preis: M. 1,60.

**Die gynäkologische Nomenclatur.** Von Prof. R.  
Kossmann. Ders. Verlag. Preis: M. 1,60.

Diese 3 interessanten Werkchen können wir unseren Lesern warm zur Lectüre empfehlen, besonders das erste, das ja ein Gebiet behandelt, welches dem Arzte durchaus geläufig sein muss, es aber leider nicht immer ist. Dass aus dieser Unkenntniss die verhängnissvollsten Folgen resultiren können, ist Jedem begreiflich, wenn er bedenkt, wie verbreitet die betreffende Affection ist und welche einschneidende Bedeutung sie für Leben und Gesundheit der Frau hat. Klein behandelt das Thema kurz, aber klar und sicher, sodass man den Eindruck erhält, dass das Büchlein nicht allein für die Praxis, sondern auch aus der Praxis heraus geschrieben ist. Trotz der Kürze lässt der Verfasser nichts Wichtiges und zum Verständnisse Nothwendiges fort, sodass man ein durchaus vollständiges Bild des Gebietes erhält, mit dem der Autor den Praktiker bekannt machen will. — Auch das Dührssen'sche Werkchen, das sich allerdings mehr an den Specialarzt wendet, wird denjenigen Praktikern, die sich, wenn auch nur theoretisch, mit den Fortschritten aller Specialfächer befassen, gewiss hohes Interesse ein-

flossen. 6 Abbildungen erleichtern das Verständniss für das Gesagte. — Kossmann's Schrift ist ein Separatabdruck aus der „Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie“ und enthält 3 Aufsätze: 1. Zur Pathologie unserer Kunstausdrücke. 2. Die gynäkologische Anatomie und ihre zu Basel festgestellte Nomenclatur und 3. die pathologischen Kunstausdrücke in der Gynäkologie. Viel ändern werden ja die beherzigenswerthen Vorschläge und Belehrungen des Autors an dem Unfuge, den wir Mediciner mit Namen treiben, nicht, aber jedenfalls verdient die — oft mit recht gutem Humor verfasste — Schrift, gelesen zu werden und bildet eine sehr anregende und interessante Lectüre.

### **Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.**

Von Prof. Dr. Eichhorst. Wien 1897, Verlag von Urban & Schwarzenberg. Bd. IV. Preis: M. 12.—.

### **Handbuch der kleinen Chirurgie.**

Von Dr. G. Wolzendorff. Ders. Verlag. II. Bd. Preis: M. 7.—.

Diese beiden Handbücher, die sich in der Aertzewelt seit langer Zeit eines hohen Ansehens erfreuen, liegen nunmehr in ihrer neuesten Auflage — beim Eichhorst'schen Werke ist es die 5., beim anderen die 3. — vollendet vor. Sie werden zweifellos wieder einen weiten Leserkreis finden, der durch das Studium der beiden vortrefflichen Werke sich einen hohen Genuss und vielen Nutzen schaffen wird. Die Verlagsbuchhandlung hat beide splendid ausgestattet und für zahlreiche, durchaus gelungene Abbildungen gesorgt.

### **Die augenärztlichen Operationen.**

Von Prof. Dr. Czermak. Wien 1896, Verlag von C. Gerold's Sohn. Heft 8—10. Preis des Heftes: M. 2.—.

Die Aufeinanderfolge der Lieferungen dieses bereits von uns mehrmals gewürdigten Werkes hatte eine grössere Unterbrechung erfahren, hauptsächlich in Folge der Uebersiedelung des Autors nach Prag, der aber jetzt versichert, dass der Schluss des Buches bald in den Händen der Leser sein wird. Auch die vorliegenden Hefte haben die Erwartungen, die sich an das Erscheinen des Werkes knüpfen, vollauf bestätigt; Inhalt und Illustrationen sind ausgezeichnet und namentlich für den Augenarzt von grösstem Werthe.



**Hygiene.** Ein kurzes Lehrbuch von Prof. Dr. Cramer Leipzig 1896, Verlag von Joh. Ambr. Barth.

Die bekannten kurzen Lehrbücher, die der Verlag seit Jahren herausgibt, bilden für den praktischen Arzt stets eine hochwillkommene Gabe, da derselbe in ihnen das betreffende Gebiet so geschildert findet, wie es seinen Bedürfnissen am besten entspricht. Kein Wort zu viel, kein unnützer theoretischer Ballast, keine weiten wissenschaftlichen Auseinandersetzungen, sondern das, was in der praktischen Thätigkeit nöthig ist zu wissen und zum Verständnisse des Gebietes erforderlich ist, kurz und klar beschrieben, das ist das Princip dieser kleinen Werke, die, von hervorragenden Autoren abgefasst und auch äusserlich vornehm ausgestattet, eine Zierde jeder ärztlichen Bibliothek bilden. Auch das Lehrbuch der Hygiene von Cramer ist nach diesem Princip geschrieben worden und wird, obwohl die Litteratur wahrlich nicht arm ist an Lehrbüchern der Hygiene, sicherlich seiner Vorzüge für den Praktiker wegen, von diesem gern gelesen werden. Als Schüler Rubner's hat der Verfasser natürlich vornehmlich die Anschauungen und Lehren dieses hervorragenden Forschers vertreten, aber überall tritt auch das Bestreben hervor, selbständig den Stoff zu bearbeiten und der Verdienste Anderer gerecht zu werden. Dass allenthalben die neuesten Errungenschaften der Wissenschaft voll und ganz berücksichtigt worden sind, bedarf kaum der Erwähnung, doch verdient noch hervorgehoben zu werden, dass es dem Verfasser trotz aller Kürze, die geboten war, gelungen ist, uns ein vollständiges Bild von dem zu geben, was die moderne Hygiene fordert und vermag.



*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Grützer in Sprottau.*

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup>. 7.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*April*

*VI. Jahrgang*

*1897*

---

---

**D**ie früher erschienenen fünf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

---

**Akne.** Durch einen Zufall ist Dr. O. Betz (Heilbronn) auf die **Behandlung der A. rosacea mit Terpentineinreibungen** gekommen. Er hatte einer Pat., die er wegen einer hartnäckigen Acne rosacea mit verschiedenen Mitteln, z. B. mit Resorcinschälpaste, vergeblich behandelt hatte, wegen einer Bronchitis Einreibungen der Brust mit Ol. Terebinth. rectific. verordnet. Pat. hatte auf eigene Faust auch die A. mit der Einreibung behandelt und kam völlig geheilt nach mehreren Monaten zum Autor. Letzterer wandte nunmehr diese Therapie bei einem Pat. an, der seit 7 Jahren an Acne rosacea litt, die nur durch Ichthyolpillen vorübergehend gebessert werden konnte. Nach kaum 4 Wochen war die Affection bis auf kleine Spuren abgeheilt.

(Memorabilien 1896, XL. 5.)

**Anaemie, Chlorose.** Einen Beitrag zur Therapie der progressiven pernicioösen Anaemie liefert G. Diaballa (Budapest, II. medic. Klinik). Der Fall zeigt, dass der Darmtractus in der Aetiologie dieses Leidens mitunter eine hervorragende Rolle spielt, was ja schon aus der Bedeutung der Darmparasiten für das Leiden hervorgeht. Es handelt sich um einen 50jährigen Tagelöhner, den Autor Monate lang beobachten konnte. Pat. hatte Ferratin allein oder in Verbindung mit Knochenmark, Sauerstoffinhalationen bekommen, dann Arsen, Eisen, Chinin, Alles umsonst. Um die eigentliche vermuthliche Ursache der Affection, im Darmtracte nistende Mikroorganismen, zu bekämpfen, wurde nunmehr eine Saloltherapie eingeschlagen (5 Mal täglich à 1 gr). Dieselbe übte den günstigsten Einfluss nicht nur auf das subjective Befinden des Pat. aus, sondern auch auf den objectiven Befund: das Körpergewicht nahm während dieser Behandlung um 13,8 kg zu, die Zahl der rothen Blutkörperchen stieg in den 3 Monaten von 500 000 auf 4 000 000. 2 Mal wurde dem Pat. das Salol entzogen, sofort trat eine Verschlimmerung ein, bis dann die Heilung so weit vorgeschritten war, dass auch ohne das Mittel Pat. gesund blieb. Dass es sich wirklich um pernicioöse A. handelte, dafür sprach der Blutbefund, die enorme Verminderung der rothen Blutkörperchen, das Auftreten von kernhaltigen Erythrocyten und von Poikilocyten. In der relativ geringen Abnahme der Leukocyten erblickt Autor aber ein Zeichen dafür, dass Milz und Knochenmark noch genügend functionsfähig waren, also ein prognostisch günstiges Moment. In solchen Fällen sind also therapeutische Erfolge, selbst Heilungen zu erwarten, und dürfte mit Recht auf das Salol zurückzugreifen sein.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XXXI, 1896 No. 1/2.)

— Als einfachstes und billigstes, dabei sehr wirksames Eisenpräparat empfiehlt Dr. Israel (Medenau) den Liq. ferri sesquichlorat., der 10 % Eisen enthält. Anfangs wird 1 Tropfen auf 1 Weinglas Wasser 3 Mal täglich nach dem Essen genommen (durch ein Glasröhrchen!), allmählig steigt die Tropfenzahl, bis die Pat. 3 Tropfen auf 1 Glas, 10—12 Tropfen pro die nehmen. So schmeckt das Mittel recht erfrischend, macht

keine Beschwerden, bessert den Appetit. Autor hatte sehr gute Erfolge damit zu verzeichnen.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 1.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Aiol hat Dr Ebersson (Tarnow) als ausgezeichnetes Wundstreu-pulver schätzen gelernt, so namentlich bei Rissquetsch-wunden an Arbeiterhänden, die direct bei der Arbeit verwundet wurden, daher kein sehr „aseptisches“ Aussehen boten. Autor wusch die Umgebung der Wunde mit warmem Seifenwasser, entfernte aus der Wunde Fremdkörper, Hautfetzen u. s. w. mittelst Irrigation mit 3%iger Carbol-säure und trocknete wieder ab, darauf bestreute er die ganze Wunde mit Aiol, bedeckte sie mit gewöhnlicher Gaze und befestigte das Ganze mit einer Binde. Der nächste sichtbare Effect des Aiol war ein Aufhören der manch-mal sehr profusen Blutung. Nach 3 Tagen war die Wunde schon trocken und reactionslos, ein direct frappantes Resultat. Die Heilung ging weiter gewisser-maassen unter einem trocknen Schorf von Statten; trotz-dem der Verletzte sich in der Regel allein behandelte und die Behandlung eine ganz primitive war (warmes,  $\frac{1}{2}$ stündiges Bad, Abtrocknen, Aiol), waren die Resultate so, wie bei keinem anderen früheren Mittel.

(Therap. Wochenschrift 1896 No. 50.)

— Dr. Th. Floras (Constantinopel) hat das Aiol bei 14 Quetsch- und 3 Stichwunden, 3 Hundebissen, 3 Brust-drüsenentzündungen, 4 Panaritien, 10 Furunkeln, 4 Verbrennungen, 3 Abscessen angewendet. In allen Fällen bewährte sich das Aiol als vorzügliches Heil-mittel, nicht nur wegen seiner absoluten Reizlosig-keit und der Fähigkeit, mit welcher es die Granulations-bildung anregte, sondern auch wegen der Schnellig-keit, mit welcher es die Vernarbung der chirurgischen und ulcerösen Wunden beförderte. — Auch bei 5 chro-nischen Ekzemen des Unterschenkels, 2 varikösen Ulcera, 1 Ulcus molle und 5 Gonorrhoeen wurden zufriedenstellende Resultate erzielt.

(Wiener medic. Presse 1896 No. 52.)

— Seine mit Irol gemachten Erfahrungen veröffentlicht Dr. A. Tilger (Mailand). Die Resultate waren erfreuliche,

theilweise sogar überraschend günstige. Bei 50—60 Fällen von Verletzungen aller Art und kleinerer chirurgischer Eingriffe konnte sich Autor von der absoluten Ungiftigkeit und Reizlosigkeit, der bedeutenden und zweifellos in die Tiefe wirkenden antiseptischen und baktericiden Kraft, der „Heilung und Ueberhäutung“ anregenden Wirkung, von der Billigkeit des Mittels überzeugen, von dem nur eine ganz dünne Schicht aufgestäubt zu werden braucht. Autor scheut sich nicht, selbst nicht ganz lineäre kleinere Verletzungen nach Bepuderung mit etwas Itrol einfach mit englischem Pflaster zu bedecken, da so überraschend schnell Heilung eintrat. Auch ist es sehr angenehm, in Form von 5 gr Itrol, entsprechend einem kleinen Originalflacon, Material für 25—30 Liter antiseptischer Lösung mit sich führen zu können. Auch 47 Fälle specieller Art behandelte Autor mit Itrol, und zwar betreffen 26 davon die Geschlechtsorgane, die übrigen Mund, Hals, Ohr, Auge. 9 Fälle von acuter Gonorrhöe wurden mit Einspritzungen (1:4000—5000) behandelt und heilten durchwegs in kurzer Zeit; ebenso bewährte sich die Methode bei Urethritis poster. Mit 1—2 Mal täglichen Bepuderungen wurden behandelt 3 Fälle von Herpes praeputialis, wo das Mittel Ausgezeichnetes leistete, ebenso bei 1 Fall von Ulcus molle, wo es prompt wirkte, dergleichen bei 1 Fall von Balanoposthitis und 1 Fall von Ulcus glandis artificialis durch chemische Reizung. Bei 2 Fällen von Endometritis puerperalis erfolgte nach 1maliger Ausspülung prompt Abfall des Fiebers, und die Lösung (1:5000), intrauterin applicirt, verursachte keinerlei Reizung. Auch bei 2 Fällen von Nabelentzündung Neugeborener (1 Mal Pulver, 1 Mal Salbe) und 2 Fällen von Schrunden der Brustwarze (Compressen mit Itrollösung) erfolgte rasche Heilung. Bewährt hat sich ferner das Mittel bei 2 Fällen von Stomacace, resp. Stomatitis, 3 Fällen von Periostitis alveolaris purulenta, bei Angina, Tonsillitis und 1 Fall von Leucoplacia linguae, und endlich bei Coryza (Spülung mit 1:5000), bei 2 Fällen eitrigter Conjunctivitis, 2 Fällen von Otitis media purulenta, 1 Fall von Otitis media tuberculosa und 1 Fall von Otitis externa aspergillina.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 6.)

— Ein neues antiseptisches Streupulver „Salubrol“, von einem Chemiker Dr. Schuftan (Zürich) dargestellt und in den Farbwerken in Höchst a. M. fabricirt, empfiehlt Dr. M. Silber (Breslau). Es entsteht bei der Einwirkung von Brom auf Methylenbisantipyrin und findet erst bei Berührung desselben mit organischer Substanz eine allmälige Abspaltung von Brom statt, worauf jedenfalls auch seine intensive antiseptische Wirkung beruht. Denn wie die Versuche zeigten, ist es nach dieser Richtung hin viel kräftiger als Jodoform, da es nicht allein das Wachsthum von in der Entwicklung begriffenen Bakterien hemmte, sondern auch bereits üppig entfaltete Culturen abtödtet. Thierversuche ergaben ferner die Ungiftigkeit des Mittels, das ferner auch geruchlos ist und dauernde Haltbarkeit besitzt. Es wurde bei Wunden, Panaritien, Abscessen, Furunkeln, Combustionen u. s. w. angewandt und bewährte sich bestens. Es fiel dabei die ausserordentlich austrocknende Kraft des Mittels in die Augen, das leicht nässende Flächen sofort wie mit einem dünnen trockenen Häutchen überzog. Es ist daher auch möglich, kleine Wundflächen nach Bestäubung mit Salubrol ohne jeden Verband zu lassen. Bei Abscessen ist aber diese Eigenschaft der Schorfbildung nicht erwünscht; hier leistete 10%ige Salubrolgaze sehr gute Dienste. Die behandelten Flächen heilten unter Salubrol rasch aus, es bildeten sich schnell feste Narben. Manchmal verursacht das Pulver ein leichtes oder heftigeres Brennen für kurze Zeit, Salubrolgaze aber bewirkte dasselbe nie.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 52.)

**Fracturen und Luxationen.** Fälle von congenitalen Luxationen stellten Dr. Frey und Dr. Spitzer vor. Ersterer führt einen 3jährigen Knaben mit congenitalen habituellen Luxationen vor. Wenn man die Hände des Pat. untersucht, so fällt auf, dass bei Greifbewegungen in sämtlichen Phalangeal- und Metacarpophalangealgelenken Luxationen sich zeigen, sowohl nach oben, als auch nach unten; dieselben lassen sich ohne besondere Gewaltanwendung nach Belieben hervorbringen, wenn die Finger nicht bewegt werden. Ebenso kann in beiden Handgelenken die Hand dorsal- und palmarwärts luxirt werden. Beide Ellen-

bogengelenke zeigen eine Verbreiterung, welche von einer Luxation der Radii nach aussen herrührt. Dieselben lassen an ihrem oberen Ende kein Capitulum tasten, sind oben vielmehr abgerundet. Ohne jede Schwierigkeit lässt sich diese Luxation in eine solche nach vorne, rückwärts oder innen umwandeln. Die Ulna articulirt in normaler Weise mit dem Oberarm und lässt sich auch sonst an ihr keine Gestaltveränderung nachweisen, hingegen ist das untere Ende des Humerus bedeutend verschmälert, und zwar in seinem äusseren Theile, so dass der Radius keinen Platz für eine Articulation findet. Die beiden Füsse befanden sich in Klumpfussstellung, jetzt ist ihre Stellung bedeutend gebessert, da Tenotomie und Redressement vorgenommen wurden. Die Tibien sind an ihrem oberen Ende verschmälert, die Articulationsflächen mit dem Oberschenkel sind kleiner als normal. Bei Bewegungen des Unterschenkels fühlt man leichtes Reiben im Kniegelenk. Mit Leichtigkeit kann man jede Form der Luxation erzeugen. Die Patellae finden sich nicht an ihrer Stelle, sondern gleiten an der Aussenfläche des Epicondylus ext. des Oberschenkels. Im Hüftgelenke kann man keine Luxation erzeugen, jedoch ist es leicht möglich, durch Abduction beide Oberschenkel in eine Gerade zu bringen. Kiefer- und Wirbelgelenke sind normal; doch ist Pat. noch mit einem linksseitigen Leisten- und einem Nabelbruche behaftet. Aetiologisch kann bei solchen Luxationen Vererbung eine Rolle spielen (hier ist nichts davon bekannt), ferner Traumen, die den Fötus intrauterin oder während der Geburt treffen, auch spätere Traumen, endlich Hemmungen des Längenwachstums durch Tumoren. — Der Spitzer'sche Fall betrifft ein junges Mädchen mit beiderseitiger congenitaler Luxation des Radius nach hinten im Ellenbogengelenk. Die bisher beschriebenen Fälle von Luxation des Radius waren meist traumatischen Ursprungs und nach vorn gerichtet. Wenn Pat. ihre beiden Arme zur Seite des Körpers frei herabhängen lässt, so erscheinen die Handflächen nicht, wie normal, der Aussenseite der Oberschenkel zugekehrt, sondern stehen nach hinten aussen, d. h. also die Vorderarme befinden sich in maximaler Pronationsstellung. Im Ellenbogengelenk ist eine Bewegungseinschränkung nicht zu constatiren, nur im Radio-

ulnargelenk ist die Supinationsbewegung wesentlich eingeschränkt. Geht man dem Radius nach, so gelangt man, anstatt an den normalen Platz, hinter das hintere Humerusende. Die Bewegungen der Pat. fallen durch eine gewisse Ungeschicklichkeit auf, doch hat sie sich an ihren Zustand so gewöhnt, dass sie selbst feinere Arbeiten ziemlich exact ausführt. Die Affection ist den angeborenen Hüftluxationen an die Seite zu stellen und entstehen wahrscheinlich so, dass die in utero auf der Brust gekreuzten Vorderarme nicht mit ihrer Volar-, sondern mit ihrer Dorsalfläche der Brust zugekehrt waren.

(Wiener medicin. Club, 14. October 1896. — Wiener medic. Presse 1896 No. 43.)

- **Einen Fall von angeborener doppelseitiger Tibialuxation nach vorn** stellte Knauer in der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien (30./X. 1896) vor. Die Mutter des Säuglings, der jetzt 6 Tage alt ist, sowie der Vater und deren erstes Kind sind wohlgebildet. Die Schwangerschaft verlief vollkommen normal, abgesehen von einem Sturze, den die Mutter vor 8 Wochen ohne wesentliche Beschädigung erlitt. Die Unterschenkel des im Uebrigen vollkommen normal entwickelten Kindes bilden mit den im Hüftgelenk etwas abducirten und gebeugten, daselbst frei beweglichen Oberschenkeln einen nach vorn offenen Winkel, der sich leicht auf ca.  $120^{\circ}$  erhöhen lässt, während die Flexionsbewegung bis zu gestrecktem Winkel möglich ist. Die Gelenksenden der Tibien mit vorn angelagerter Patella, sowie die Femurcondylen sind an der Vorderseite, resp. in der Kniekehle, deutlich abtastbar. Alle diese Verhältnisse werden durch Röntgenbilder sehr deutlich veranschaulicht. Ein Theil der zwölf bisher bekannten angeborenen doppelseitigen Tibialuxationen war mit Fehlen der Patella complicirt. Da dieselbe hier vorhanden ist, kann die Prognose bei geeigneten therapeutischen Maassnahmen günstig gestellt werden. Die Aetiology derartiger Fälle ist bisher noch unklar.

(Wiener klin. Rundschau 1896 No. 45.)

- **Schief geheilte Vorderarmbrüche** sind nicht selten, besonders heilen Brüche beider Vorderarmknochen bei Kindern meist mit Knickung aus, die zwar später



keine Störungen der Function veranlasst, aber immerhin schon als Schönheitsfehler möglichst beseitigt werden müssten. Eine Beseitigung ist aber ebenfalls recht schwierig, erfreulicher Weise aber gar nicht erforderlich, da, wie jetzt Prof. Petersen mittheilt, Nachforschungen von 29 in der Kieler chirurgischen Poliklinik früher behandelten Fällen ergaben, später spontan ein Ausgleich der Knickung stattfindet. Von jenen 29 Fällen gehörten 20 dem 1. Jahrzehnt an, 6 dem 2., 3 dem 4. Jahrzehnt. Von jenen 20 Pat. heisst es in einem Falle, bei einem zur Zeit des Bruches 5jährigen Knaben: „nach 3 Jahren eine geringe, nicht auffällige Knickung“, in den übrigen Fällen fehlte jede Spur von Knickung, die in einigen sehr erheblich gewesen war. Von den 6 Fällen des 2. Jahrzehnts hatte sich ein im 11. Jahre stehender Knabe kurz hinter einander an 2 verschiedenen Stellen den Vorderarm gebrochen, nach 2 Jahren schon war der Ausgleich nahezu vollkommen, bei einem 13jährigen Knaben war 3 Jahre später der Ausgleich „nicht ganz vollständig“, bei einem 16jährigen war ebenfalls nach 3 Jahren „nur eine geringe Difformität“ vorhanden. In den 3 Fällen aus dem 4. Jahrzehnt war bei der späteren Untersuchung kein oder nur ein geringer Ausgleich zu constatiren. Im Allgemeinen war also nach 3 Jahren die Knickung verschwunden, in mehreren Fällen bei Kindern im Alter von 2—8 Jahren bereits nach 2 Jahren. In einem Falle, bei einem 4jährigen Knaben war ein Vorderarmbruch ohne Behandlung geblieben und mit sehr starker Knickung geheilt, das angerathene Wiederabbrechen wurde verweigert; bei der Untersuchung nach 12 Jahren war die Knickung vollständig verschwunden. Aus diesen Beobachtungen geht hervor, dass sich Knickungen nach Vorderarmbrüchen ausgleichen, solange das Individuum sich noch in der Wachstumszeit befindet, und zwar um so leichter und rascher, je jünger das Individuum, je stärker dementsprechend das Wachstum ist.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 4.)

- Einen Fall von Venenthrombose nach Anlegung eines ungepolsterten Gypsverbandes bei Unterschenkel-fractur beschreibt Dr. Kaempffer (Werneuchen). Er bekam vor einiger Zeit einen zwar dem Potatorium er-

gebenen, aber gesunden und im kräftigsten Mannesalter stehenden Arbeiter an einer uncomplicirten Fractur des linken Unterschenkels in Behandlung. Das Bein wurde geschient und in einen Drahtkorb gelegt, und erst nach 8 Tagen, als die Anschwellung eine vollständige war, legte Autor in Hinblick auf die gerühmten Vortheile der ungepolsterten Gypsverbände einen solchen an. Der tüchtig mit Vaseline eingefettete Unterschenkel blieb also mit Ausnahme der Fusssohle und Malleolen ungepolstert und wurde nur mit einer Cambricbinde in einfacher Lage umwickelt; unmittelbar darüber kamen die Gypsbinden. Am Abend desselben Tages und am folgenden Morgen wurde der Verband revidirt und Alles in bester Ordnung befunden, auch klagte Pat. über nichts; er erhielt daher die Erlaubniss, an Stöcken in der Stube herumzugehen. Das ging auch sehr schön bis zum Abend des folgenden Tages, wo sich plötzlich unter den heftigsten Schmerzen eine enorme Anschwellung des ganzen linken Beines einstellte. Der Verband wurde sofort der Länge nach aufgeschnitten, und erst durch weites Auseinanderziehen der Schnittränder konnte dem unerträglichen Zustande ein Ende gemacht werden. Erst nach 8 Wochen war die Schwellung soweit zurückgegangen, dass das Bett verlassen werden durfte. Was war die Ursache der Venenthrombose gewesen? Hin und wieder tritt ja eine solche bei Fracturen der unteren Extremität von der Bruchstelle aus ein, aber doch immerhin sehr selten und nicht so spät wie hier. Das Potatorium konnte nicht Schuld sein, denn Pat. war gesund und hatte ein kräftiges Herz. Es konnte nur die fehlende Unterpolsterung Schuld sein. Bei horizontaler Lage des Pat. war gerade Raum genug für eine freie Blutströmung, bei aufrechter Haltung aber entwickelte sich an den tieferen Theilen des Unterschenkels bei der doch immerhin gewiss nicht ganz ordnungsgemässen Herzthätigkeit ein Oedem, das, an und für sich geringfügig, bei dem knappen Anliegen des starren Gypsrohres ausreichend war, dasselbe für seinen Inhalt absolut zu eng zu machen. Es mussten Circulationsbehinderung und in Folge dessen Thrombosirung eintreten. Wäre der Verband von vornherein zu eng gewesen, so hätte sich das schon eher zeigen müssen. Der Fall lehrt also:

1. Der gepolsterte Gypsverband verdient vor dem ungepolsterten wegen seiner *ceteris paribus* geringeren Gefährlichkeit im Allgemeinen den Vorzug, zumal damit in Bezug auf Frühgefhähigkeit man dieselben guten Resultate erreichen kann.
2. Der ungepolsterte Gypsverband darf nur bei absolut gesundem, leistungsfähigem Herzen und erst nach völliger Abschwellung des gebrochenen Gliedes angelegt werden.
3. Voraussetzung ist aber dabei stets, dass der Pat. jederzeit leicht zu erreichen ist.
4. Für den ungepolsterten Gypsverband ist noch in höherem Grade, als für den unterpolsterten die Vorsichtsmaassregel angebracht, ihn der Länge nach aufzuschneiden und mit Binden oder Riemen zu befestigen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 7.)

**Influenza.** Ueber Otagie bei I. lässt sich Dr. D. Kaufmann aus. In den letzten Wochen kamen an der Klinik sieben Pat. zur Untersuchung, welche über hochgradige Ohrenscherzen klagten, die unter mässigen Fiebererscheinungen einsetzten, 3—8 Tage vehement anhielten und dann langsam aufhörten. Objectiv war nichts am Ohr zu finden, ebensowenig sonstige Ursachen für Otagie (cariöse Zähne, Nasen-, Rachen- oder Kehlkopffectionen) nachzuweisen. Bei einigen Pat. bestand geringe Schwellung im Nasenrachenraum, die aber noch einige Tage nach Ablauf der Schmerzen andauerte. Das gehäufte Vorkommen, die hochgradige Schmerzhaftigkeit bei negativem Befund, der geringe Effect der sonst bei Otagie eingeschlagenen Therapie, die Thatsache, dass zu gleicher Zeit eine Reihe von acuten Otitiden zur Beobachtung kam mit Symptomen, die für I. als charakteristisch angegeben werden, z. B. haemorrhagische Blasen im Gehörgang, Myringitis bullosa, unregelmässiger Verlauf der Entzündungen, frühzeitiges Ergriffensein des Proc. mastoid. bei schweren Allgemeinerscheinungen u. s. w. führten Autor zur Vermuthung eines Zusammenhanges zwischen Otagie und I. Er hatte dann Gelegenheit, an der Klinik Neusser eine Pat. zu untersuchen, welche in den letzten Tagen des October plötzlich mit Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Glieder-

schmerzen und Kältegefühl erkrankt war, dann trat Schüttelfrost auf, 4 Tage später Hustenanfälle, am 9. Nov. heftige Schmerzen, besonders im rechten Ohr. Ohrbefund vollkommen normal, geringe Druckempfindlichkeit an den Austrittsstellen des 2. und 3. Trigeminusastes rechts. Bei der bakteriologischen Untersuchung des Sputums zeigten sich Influenzabacillen, theils intra-, theils extracellulär; sie wurden auch culturell nachgewiesen. Autor erwähnt ferner einen Fall, dass in einer Familie ein Kind an einer Influenzaotitis erkrankte und gleichzeitig das Dienstmädchen an schwerer Otagie mit Allgemeinerscheinungen litt, welche trotz Extraction zweier Zähne etwa 8 Tage anhielt. Autor nimmt daher an, dass es sich bei diesen Pat. um eine unter der Form von Otagie auftretende Influenzainfection handle, welche für sich allein oder neben anderen Symptomen der I. vorkomme, unter Fieber und leichten Allgemeinerscheinungen beginne, 3—8 Tage andauere, langsam abnehme, manchmal mit Zurücklassung von noch einige Tage anhaltenden Allgemeinerscheinungen.

(Oesterr. otolog. Gesellschaft, 24. Nov. 1896. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 53.)

- Von einer symptomlos verlaufenden, hartnäckigen Mittelohreiterung nach I. berichtet A. Politzer. Das 32jährige Mädchen erkrankte im Februar d. J. während eines Influenzaanfalles an einer rechtsseitigen eitrigen Mittelohrentzündung. Der profuse eitrige Ausfluss aus dem Mittelohre konnte trotz mehrmonatlicher consequenter antiseptischer Behandlung nicht beseitigt werden. Die Untersuchung ergab eine kleine Perforation in der unteren Hälfte des Trommelfells, leicht wegsame Ohrtrompete, keinerlei Anzeichen einer Caries oder Granulationsbildung in der Trommelhöhle und am Trommelfell. Warzenfortsatz weder spontan, noch bei Druck empfindlich, auch sonst keinerlei subjective Beschwerden. Aus der profusen, jeder Therapie trotzen Otorrhöe schloss Autor, dass die hartnäckige Mittelohreiterung durch eine Abscesshöhle im Warzenfortsatze unterhalten werde und entschied sich trotz Mangels anderweitiger Symptome eines Warzenfortsatzabscesses für die Aufmeisselung des Proc. mastoid. Dabei kam man schon nach einigen Meisselschlägen auf

eine Eiter und Granulationsgewebe enthaltende geräumige Höhle im Warzenfortsatz, nach deren Ausräumung mit dem scharfen Löffel keine Communication der Abscesshöhle mit dem Antrum mastoid. nachgewiesen werden konnte. Auf die Erfahrung hin, dass in solchen Fällen auch ohne Eröffnung des Antrum mastoid. die Eiterung in das Trommelfell sistirt, wurde auch hier das Antrum nicht eröffnet und nur die Wundhöhle jeden 5.—6. Tag mit Jodoformgaze tamponirt. Schon einige Tage nach der Operation war eine Verminderung der Otorrhöe bemerkbar und 14 Tage nachher war jede Spur der Mittelohreiterung verschwunden. Gegenwärtig besteht nur noch eine kleine nadelstichgrosse Perforation, die sich wahrscheinlich in Kurzem schliessen wird; die Wundhöhle im Warzenfortsatze ist bis auf einen kleinen Rest mit Granulationsgewebe ausgefüllt. Auffallend ist, dass trotz mehr als 8monatlicher Dauer der Erkrankung keinerlei objective und subjective Merkmale eines Warzenfortsatzabscesses bestanden, und dass letzterer sich nur durch die hartnäckig andauernde Mittelohreiterung kundgab. Der Fall zeigt auch den wichtigen Einfluss abgetrennter Warzenfortsatzabscesses auf die Fortdauer der Eiterung in der Trommelhöhle, da nach Beseitigung des Abscesses die Eiterung in kürzester Zeit sistirte, trotzdem das Antrum operativ nicht eröffnet wurde.

(Ibidam.)

— Hydrotherapie bei I. hat nach Dr. Ziegelroth (Berlin) eine sehr schöne Wirkung. Durch die Anregung der Hautthätigkeit werden jedenfalls Toxine in grosser Menge entfernt und so die Heilung ungemein beschleunigt. Da das Hautorgan meist arg vernachlässigt wird, wird zweckmässig die Behandlung mit einem indifferenten Reinigungsbade von 26° R. begonnen, worauf ein kalter Ueberguss von 15—18° R. erfolgen muss; dann starkes Frottiren. Kalte Füsse sind vorher zu beseitigen; am besten geschieht dies durch das Wechsel Fussbad: Ein Gefäss mit 32° R. heissem Wasser und ein solches mit 15° R. Wasser stehen neben einander. Pat. taucht nun abwechselnd beide Füsse bis über den Knöchel erst auf  $\frac{1}{3}$  Minute in das heisse Wasser, darauf  $\frac{1}{4}$  Minute in das kalte, was drei bis vier Mal hinter einander wie-

derholt wird. Das ist auch ein sehr wirksames Mittel gegen Congestionen nach dem Kopf, Ohrensausen und Kopfweh. Bei der speciellen Behandlung der Influenza kommen dann noch in Betracht die Rumpf- und die Wadenfusspackung. Erstere reicht von der Achselhöhle bis etwa zur Hüfte. Man bedarf dazu eines genügend breiten Handtuchs und eines Stückes Flanell (nicht gefärbt!) oder eines Wolltuches, das breit genug ist, den Umschlag allseitig zu decken. Das Handtuch wird aus zimmerkaltem Wasser gut ausgerungen und glatt gestrichen. Jetzt setzt sich der Pat. auf; das Hemd wird aufgehoben, das Flanellstück im Bett bis an den Steiss herangezogen, glatt gestrichen, das Handtuch darauf gelegt, glatt gestrichen, und nun legt sich Pat. schnell auf das Handtuch, worauf die beiden Enden des Handtuchs und dann die des Flanells vorn über einander geschlagen und das Flanell mit Sicherheitsnadeln befestigt werden; darüber kommt das Hemd. Die Wadenfusspackung besteht darin, dass den Pat. lange, baumwollene, ungefärbte, aus zimmerkaltem Wasser ausgerungene Strümpfe angezogen werden, darüber trockene wollene. Nach 3 Stunden werden die Umschläge abgenommen, die Haut abgewaschen (flüchtig, zimmerkalt) und Pat.  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde in Ruhe gelassen, wonach wieder auf 3 Stunden die Packung erneuert wird. Man sieht nicht selten danach die lästigsten Influenzasymptome prompt verschwinden! Zu dicht darf die Einpackung nicht sein (zumal bei Kindern), damit die Perspiration nicht behindert wird; man nehme also nur das angegebene Material, nicht mehr, auch nicht Gutta-perchaeinlage! Nachts wird die Packung nicht gewechselt, sondern bleibt bis zum Morgen. Sehr wichtig ist absolute Sauberkeit des Materials. Die nassen Strümpfe, das Handtuch müssen nach dem Abnehmen immer sorgsamst ausgewaschen, am besten ausgekocht und möglichst im Freien, an der Sonne, getrocknet werden. Das Deckmaterial halte man ebenfalls sauber und lüfte es. Je mehr Exemplare vorhanden sind, desto besser ist es. Bei Fieber über  $38^{\circ}$  C. früh und Abends flüchtige, zimmerkalte Abwaschung des Körpers! Sehr werthvoll ist die gründliche Reinigung des Darmcanals, selbst bei Durchfall, durch Klysmen ( $\frac{1}{2}$ —1 Liter Wasser von  $24^{\circ}$  R.). Der Erfolg ist oft ein frappanter, und man kann sich des Ein-drucks nicht erwehren, dass diese, oft furchtbar stin-

konden Stühle zahlreiche Toxine bergen, deren Aufenthalt im Körper für diesen bedenklich ist. So sah jüngst Autor bei einem 43jährigen, sehr kräftigen Manne das Gefühl grösster Hinfälligkeit sofort weichen, nachdem eine derartige Eingiessung 3 sehr fétide Entleerungen zu Wege gebracht. Diese Therapie, zu der noch die Sorge für frische Luft im Zimmer und passende Diät kommt (kein Fleisch, keine Bouillon, meist Milch, Schleimsuppen, dicke Gemüsesuppen, grünes Gemüse, Obst, Compot, besonders Apfelmus), verhütet auch am besten alle Complicationen.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 No. 2.)

**Psoriasis.** J. V. Shoemaker empfiehlt folgende Behandlung:  
Zunächst Beseitigung event. Magendarmstörungen.  
Man giebt:

**Rp.**

*Calomel.*  
*Pulv. Jalap.*  
*Extr. Colocynth. aa 1,25*  
*Ol. Ment. pip. gtt. V.*  
*M. f. pill. No. 20.*  
D. Alle 2—3 Tage 1 Pille.

Später intern Salol (3 Mal tägl. 0,2), local:

**Rp.**

*Acid. salicyl.*  
*Sulfur. sublimat. aa 2,0*  
*Lanolin. 7,6*  
*Adip. benz. 22,0.*  
M. f. ung.

(Amer. med.-surg. bull. 1896 No. 23. —  
Monatshefte für prakt. Dermatologie 1896 Bd. XXIII No. 12.)

— Dr. H. Paschkis und Dr. S. Grosz haben eine ganze Reihe von Fällen von *P. vulgaris* durch Darreichung von **Jodothyryn** (Bayer & Co., Elberfeld) zur Ausheilung gebracht, ohne dass sie eine andere Therapie anwandten. Sie mahnen, in refractären Fällen nicht zu erlahmen, sondern das Mittel längere Zeit und successive, zu recht hohen Gaben ansteigend, zu geben, da auch dabei schwere Nebenerscheinungen fehlen. Wem es bei solchen Fällen doch zu lange dauert, der kann das Jodothyryn wenigstens als sehr nützlichcs Unterstützungsmittel der externen Therapie be-

trachten. In der Regel wurde mit einer Tagesdosis von 0,5 begonnen und in Intervallen von 2—3 Tagen um 0,5 gestiegen.

(Wiener klin. Rundschau 1896 No. 36—39.)

**Seekrankheit.** Morel-Lavallée empfiehlt warm **Menthol**. Er konnte wiederholt constatiren, dass das Erbrechen sistirt werden kann, wenn man  $\frac{1}{4}$  stündlich einen Kaffeelöffel verabreicht von:

Rp.

*Menthol. 0,1*  
*Cocain. mur. 0,2*  
*Alkohol. 60,0*  
*Syr. simpl. 30,0*

(Société de thérap., Paris 10. Dec. 1896. — Therap. Wochenschrift 1896 No. 49.)

**Syphilis.** Gallois sah sehr gute Erfolge bei **intramusculären Injektionen von Hydrarg. benzoic.**

Rp.

*Hydrarg. benzoic. neutral. 0,25*  
*Natr. chlorat.*  
*Cocain. mur.  $\overline{aa}$  0,06*  
*Aq. dest. 30,0.*

Injicirte er davon täglich 1 gr in die Glutäalmuskeln, so sah er nie Schmerzen, Abscesse, Albuminurie oder Diarrhöe, wohl aber sehr schöne Resultate auch bei schweren und hartnäckigen Fällen. Die einzige Schattenseite ist die Nothwendigkeit täglicher Injektionen.

(Ibidem.)

— Ueber Bäderbehandlung bei Syphilis lässt sich Professor A. Neisser (Breslau) etwa folgendermaassen aus: Das einzige wirkliche Heilmittel gegen S. ist das Quecksilber, indem nur dieses allein einen Einfluss auf das Virus selbst ausübt. Alle übrigen Mittel sind nur mehr oder weniger brauchbare Mittel gegen Giftproducte und gegen Symptome der Allgemeinerkrankung und „Intoxication“ oder Unterstützungsmittel für die Quecksilberbehandlung. Einen directen, heilenden, anti-syphilitischen Erfolg hat auch keine Art von Bäderbehandlung; aber jede vernünftig geleitete, der Individualität des Kranken angepasste Badecur, welche dem Gesamtorganismus nützlich ist, die Ernährungsver-



hältnisse hebt, den Stoffwechsel steigert, die Zusammensetzung des Blutes bessert, die Thätigkeit des Nervensystems regulirt, resp. steigert, wird eine sehr werthvolle und wenn irgend möglich bei jedem Krankheitsfalle anzuwendende Ergänzung der Quecksilberbehandlung sein. Die Bäderbehandlung ist in allen Stadien der S. bauchbar, und um so mehr, je mehr durch die syphilitische Erkrankung der ganze Organismus in Mitleidenschaft gezogen worden ist. Zweifelhaft erscheint es dem Autor, ob einer bestimmten Art und Zusammensetzung der Bäder hierbei der Vorzug zu geben ist; in erster Reihe werden jedenfalls Constitution und Ernährungsverhältnisse des Kranken für die Auswahl maassgebend sein. Bei S. maligna werden Seebäder von mancher Seite besonders gerühmt. Bei gewissen Fällen von auf der Haut localisirten Erscheinungen, speciell bei sehr derbpapulösen Exanthenen oder bei reichlich disseminirten Ulcerationsformen werden die Bäder auch als örtliche, oft sehr wirksame Behandlungsmethoden zu betrachten sein; namentlich recht heissen Bädern werden resorbirende Eigenschaften zugeschrieben. In welcher Weise nun können die Bäder die Quecksilberbehandlung unterstützen? Möglicher Weise wird das Virus gleichsam zugänglicher für die Einwirkung des in die Körpersäfte eingeführten Quecksilbers; möglicher Weise handelt es sich um ein schnelleres Einwirken und Passiren des Quecksilbers durch den Organismus in Folge des durch die Bäder angeregten lebhafteren Stoffumsatzes. Dann würden doch die Bäder, welche durch ihre Zusammensetzung (Salzgehalt, Kohlensäure) und ihre Temperatur am intensivsten auf das periphere Nervensystem und den Stoffwechsel einwirken, den eingreifendsten Einfluss ausüben. Von besonderer Bedeutung wird es sein, welche Methode der Quecksilberbehandlung zugleich mit der Bädetherapie zur Anwendung gelangt. Verwendet man Inunctionen, so hat man damit zu rechnen, dass das auf die Hautoberfläche verstrichene Quecksilber durch die Bäder mehr oder weniger unwirksam wird. Sicherlich wird durch jedes Bad und das dabei unvermeidliche Abreiben und Abtrocknen auf mechanischem Wege ein grosser Theil der Quecksilberkügelchen, die sonst Tage lang an und auf der Körperoberfläche liegen bleiben und weiterwirken können, beseitigt. Enthalten die Bäder

Schwefel resp. Schwefelwasserstoff, so wandelt sich alles in den obersten Hautlagen fein vertheilte Quecksilber um in durchaus unlösliches und daher absolut unwirksames Schwefelquecksilber. Ob überhaupt und wieviel Quecksilber in etwas tiefere Hautschichten so weit eindringt, dass diese mechanische und bei Schwefelbädern chemische Einwirkung auf das Quecksilber ausgeschlossen erscheinen könnte, ist unsicher. Jedenfalls wird man, selbst wenn man die Möglichkeit eines derartigen Eindringens acceptirt, von Bädern, auch Schwefelbädern, keine direct nützliche und fördernde Wirkung für die Einreibungscuren erwarten können, eher noch von kochsalzhaltigen und die Hornschichten zur Quellung bringenden Salzbädern, indem durch die Badesalze das Zustandekommen eines löslichen resorbirbaren Quecksilbersalzes denkbar wäre. Ebenso liegt die Frage, wenn man die Wirkung des bei den Inunctionen applicirten Hg sich wesentlich durch Verdunsten des Metalls und Einathmung zu Stande kommend denkt. Auch hier wird man erwägen müssen, dass sonst Tage lang weiter verdunstendes, also weiter therapeutisch wirkendes Hg durch die Bäder vermindert oder beseitigt wird. Bei Einreibungscuren vermeidet daher Autor meist Bäder, es müsste denn sein, dass ihm ganz besonders daran liegt, eine sehr milde und vorsichtige Hg-Cur zu erzielen (bei S. maligna, Nephritis etc.). Ganz anders ist es bei einer internen oder Injectionsbehandlung. In solchen Fällen ist eine herabmindernde Wirkung der Bäder ausgeschlossen, eher eine fördernde zu erwarten, weshalb man die Bäder hier nur empfehlen kann. Solche sind auch als Nachcuren nach Quecksilberbehandlung, also auch als Zwischencuren bei der chronisch-intermittirenden Hg-Therapie brauchbar. Specifisch wirkende Bäder giebt es nicht, z. B. auch Sublimatbäder bei intacter Haut sind unwirksam, ebenso jodhaltige Bäder. Noch etwas wäre endlich hervorzuheben, dass nämlich Pat. sehr oft aus psychischen und äusseren Gründen in Badeorten erfolgreichere Curen durchmachen, als zu Haus inmitten der Berufsgeschäfte, bei den Anstrengungen des oft sehr unregelmässigen Lebens etc. Von diesem Gesichtspunkte aus ist Autor ein warmer Freund der Badeorte, wenn sich daselbst ein die Syphilistherapie vollkommen beherrschender Arzt befindet.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1896 No. 24.)

— **Luetische Primäraffecte der Conjunctiva** sind äusserst selten.

Dr. R. Hitschmann (Wien, Augenlinik von Prof. Fuchs) hat jetzt einen solchen Fall beobachtet. Es handelte sich um einen 37jährigen verheiratheten Fiakerbesitzer, der am 18./VII. 96 die Klinik aufsuchte, weil ihn eine vor 4 bis 5 Wochen ohne Schmerzen aufgetretene Schwellung des rechten Auges und Ausfluss von Schleim und Eiter aus demselben belästigten. Das rechte obere Lid hängt etwas herab und ist in seiner inneren Hälfte geröthet. Hier fühlt man durch die Haut des Lides eine harte Geschwulst, die man bis zum inneren oberen Augenhöhlenrande verfolgen kann. Conjunctiva des unteren Lides wie die des Bulbus katarrhalisch entzündet. Die halbmondförmige Falte ziemlich stark geschwollen, in ihrem oberen Theile, wo sie an das Bindehautgeschwür angrenzt, infiltrirt. Im inneren oberen Theile des Bindehautsackes ein Geschwür, und zwar sowohl auf der Conjunctiva bulbi, als auch in dem gegenüberliegenden Bezirk der Conjunctiva tarsi, sodass die beiden Geschwürsflächen, welche im Fornix zusammenstossen, bei geschlossenem Lide einander berühren. Geschwürsflächen missfarbig grau belegt, Ränder derselben im Tarsus härtlich, weniger die an der Conjunctiva bulbi. Die harte Infiltration erstreckt sich aber noch weit gegen den Augenhöhlenrand nach aufwärts. Die erkrankten Theile sehr wenig empfindlich, die Drüse vor dem rechten Ohre, sowie eine Lymphdrüse am Unterkiefer stark vergrössert, gegen Druck unempfindlich. Pat. will nie syphilitisch inficirt gewesen sein, erinnert aber daran, dass auf seinem Wagenstandplatze sich ein angeblich inficirter Kutscher aufhalte und dass es nicht ausgeschlossen sei, dass er sich mit einem von jenem vorher benutzten Handtuche das Gesicht abgetrocknet habe. Behandlung zunächst nur local (um nicht durch eine allgemeine Therapie die Bestätigung der Diagnose durch das zu erwartende Hautexanthem zu vereiteln): Jodoforminspirationen, dann und wann ausserdem Massage der Conjunctiva mit 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>iger gelber Präcipitatsalbe. Schwellung des Lides und Secretion nahmen rasch ab, das Geschwür verkleinerte sich aber nur recht langsam. Pat. blieb fort, stellte sich aber am 1./VIII. wegen Beschwerden am Gesäss wieder ein. Es waren da Reste

eines kürzlich überstandenen maculösen Exanthems, sowie mächtige breite Condylome ad anum zu constatiren, das obere Lid war nur noch sehr wenig geschwollen, es liess sich leicht umstülpen, jedoch nicht vollständig, da sich oben innen Symblepharon posterius gebildet hatte. Jetzt Schmiercur mit Ung. ciner. Am 5./X. Ptoxis fast verschwunden, das Lid weich, nicht mehr geröthet. Die halbmondförmige Falte noch injicirt und geschwollen, aber weich und bis zur Mitte der Strecke zwischen Carunkel und Limbus reichend. Conjunctiva palpebr. etwas injicirt und papillär hypertrophisch, Conjunctiva bulbi mässig im inneren Theile injicirt, aussen normal. Oben innen schmales Symblepharon posterius, etwas nach aussen davon wurzelt mit einem dünnen Stiele ein etwa erbsengrosser Granulationsknopf; von einem Geschwür nichts mehr zu sehen. Entfernung des Granulationsknopfes mit einem Scheerenschlage, gegen die noch bestehenden katarrhalischen Beschwerden Einträufelung von Zink. sulfuric. Anfangs November, abgesehen von dem Symblepharon, alles normal.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896 Nr. 52.)

- **Papillomatöse Wucherungen der Gaumenbögen, der Mandeln, der seitlichen Rachenwände und der Taschenbänder des Kehlkopfes** fand Delie bei einem  $2\frac{1}{2}$ jährigen, wohl aussehenden und gut genährten Kinde als Ursache einer seit mehreren Monaten bestehenden Athmungsstörung vor. Aus dem Umstande, dass das Kind im Alter von 3 Monaten an hartnäckigem Schnupfen litt, sowie aus Anderem (z. B. war das Kind bis zu  $1\frac{1}{2}$  Jahren sehr schwächlich, die Mutter hatte vorher eine Frühgeburt gehabt) kam Autor zur Annahme der Diagnose „Lues“ und leitete eine specifische Cur ein. Nach 14 Tagen begann die Athemnoth abzunehmen, und nach 4 Monaten waren die Wucherungen vollkommen verschwunden.

(Revue de laryng. 1896 No. 42. — Centralblatt f. Chirurgie 1897 No. 2.)

- **Eine syphilitische Myocarditis** acquirirte ein 23jähriger Student, der im November 1895 luetisch geworden war, dann 2 Recidive bekommen hatte, aber immer energisch behandelt worden war, auch die manifesten Erscheinungen verloren hatte, October 1896, als er grosse Touren

per Rad gemacht hatte, wobei reichlich Alcoholica genossen worden waren. O. Rosenthal stellt den Pat. vor und betont, dass der früher ganz gesunde Mann, der kräftig gebaut ist und früher Anstrengungen ohne Beschwerde ertrug, jetzt seine Myocarditis sich zweifellos durch körperliche Ueberanstrengung geholt hat: Die S. reagirt erfahrungsgemäss auf Reize aller Art; stösst sich ein Syphilitischer ans Schienbein, so entsteht leicht Periostitis, fällt er auf den Schädel, kann eine Affection des Schädeldaches oder Schädelinhalts die Folge sein, auch sogar das Rauchen kann als Reiz wirken u. s. w. Das forcirte Radfahren bewirkte hier eine Reizung des Herzens, welches Organ mit einer specifischen Entzündung reagirte. Der Fall lehrt, dassluetische Pat. auch bei körperlichen Anstrengungen eine gewisse Vorsicht walten lassen müssen. Therapeutisch wurden Strophanthus und Tinct. Jodi (intern) angewandt, worauf die subjectiven Erscheinungen verschwanden und auch objectiv bereits ein Rückgang des Processes wahrnehmbar ist. Autor lässt innerlich das Jod gern in Form der Jodtinctur nehmen, die in viel höherer Dosis vertragen wird, als der Maximaldosis entspricht (man kann bis zu 3 Mal täglich 30 Tropfen gehen, wenn man allmählig ansteigt) und den Pat. besser zu bekommen pflegt, als Jodkali.

(Verein f. innere Medicin zu Berlin, 18. Jan. 1897. —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 No. 10.)

— Einen eigenartigen Fall von hypertrophischer Lebercirrhose beschreibt Dr. Dumstrey (Leipzig). Pat. war ein 17jähriges Mädchen mit hochgradigem Ascites. Autor fand die Pat. mit sehr schwerem Athem, frequentem und kleinem Pulse (118—120), cyanotischen Lippen, colossal gespanntem Leib, stark geschwollenen Beinen und starkem Oedem der Bauchhaut, liegend auf einem Lehnstuhl. Seit Wochen war die Kranke nicht aus dieser Stellung herausgekommen, jede Bewegung verursachte soviel Athemnoth, dass sie zu ersticken glaubte. Wenige Tage vorher waren ca. 23 l Flüssigkeit entleert worden, doch hatte sofort wieder Ansammlung stattgefunden. Autor machte sofort eine neue Punction und entleerte ca. 25 l, dabei constatirend, dass der untere Leberrand sich hart und knollig anfühlte und bis zum Nabel reichte. Leibesumfang

vor der Punction 130 cm. In Anbetracht der Hoffnungslosigkeit des Falles entschloss sich Autor zur Operation. Typische Laparotomie. Ums Doppelte vergrösserte, harte, höckrige Leber; dieselbe ziemlich gleichmässig nach allen Seiten hin vergrössert, und nur an einzelnen Stellen, namentlich am vorderen unteren Rande eine besonders starke und harte Infiltration und Hypertrophie. Nach Autors Meinung handelte es sich um eine echt hypertrophische Lebercirrhose. Aber die Aetio-  
logie? Die Anamnese ergab, dass der Vater an S. gelitten und das Kind mit Schnupfen auf die Welt kam, der Monate lang anhielt. Seither soll das Mädchen beständig, mal hier, mal da leidend gewesen sein. Die jetzige Erkrankung begann schleichend vor 2 Jahren. Seitdem war ärztlich viel versucht worden, aber vergebens. Autor versuchte es nun mit einer antiluetischen Cur, die er am 4. Tage nach der Operation begann (täglich 4 gr Ung. ciner. extern und  $1\frac{1}{2}$  gr Kal. jod. intern). Ueber-  
raschender Erfolg! Noch am Abende der Operation hatte sich wieder Flüssigkeit (15—20 l) angesammelt; dieselbe wurde geringer und schwand allmählig, ohne neue Punction, ganz, ebenso die übrigen Erscheinungen, sodass Pat. jetzt herumgeht und sich ganz wohl fühlt, und objectiv nur eine geringe Leberschwellung zu finden ist.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 2.)

**Tetanus.** Mit dem Behring'schen Antitoxin hat C. Willemer (Frankfurt a. M., Hospital z. heil. Geist) schon einen mittelschweren Fall von T. behandelt. Es wurden zuerst 5 gr, in 50 gr Wasser gelöst, an 3 Stellen der Brust eingespritzt und fünf Tage später nochmals 4 gr, ebenso wie das 1. Mal von Tet. A. N.<sup>100</sup> Nach der 1. Injection machte sich nicht nur eine subjective, sondern auch eine objective Besserung deutlich geltend, hielt aber nicht lange an. Erst der 2. Injection folgte eine nachhaltige, wenn auch langsame Besserung, die zur völligen Heilung führte. Schon nach Verlauf von 36 Stunden begann der Opisthotonus nachzulassen, leichte Kopfbewegungen waren passiv ausführbar; die klonischen Krämpfe schwanden ganz allmählig. Dass der Erfolg nach der 1. Injection kein nachhaltiger und nach der zweiten kein sehr rascher war, lag wohl daran, dass erst am 9. Tage nach dem Auftreten der

ersten tetanischen Erscheinungen injicirt wurde, und dann nicht intravenös, sondern subcutan. Jedenfalls aber lehrt die Beobachtung, dass eine Menge von 9 gr hundertfachen Normalantitoxins, bei einem Menschen innerhalb kurzer Zeit injicirt, anstandslos vertragen wird.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 46.)

- Gleichfalls Heilung eines T. mit Antitoxin (Behring) gelang Dr. R. Jacob (Petersdorf) bei einem 14jährigen Jungen zu erzielen, der einen Pistolenschuss in die Schulter bekommen hatte. 5 Tage nach Ausbruch des T. wurden 5 gr injicirt. Die Krankheitserscheinungen nahmen von da ab nicht zu, im Gegentheil, sie besserten sich etwas, um nach der 2. Injection von 5 gr, die 5 Tage darauf erfolgte, bedeutend nachzulassen. Abgesehen von einem kurz dauernden, scharlachähnlichem Exanthem, verursachten die 10 gr Antitoxin keinerlei Nebenerscheinungen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897, Therap. Beilage No. 1.)

**Trichorrhexis nodosa.** Zur Aetiologie und Behandlung der T. publicirt Dr. Stadler (Singen) seine eigene Krankengeschichte, die eine bereits früher von Dr. Richter (Berlin) gemachte Beobachtung ergänzt und bestätigt. Autor litt an Pityriasis simplex capillitii in hohem Grade. Alle üblichen Mittel: Schwefel, Resorcin, spirituöse und antiseptische Waschungen waren erfolglos. Als ihn die Schuppen, besonders im Bade, stark belästigten, wandte er sich an einen Dermatologen, der zu concentrirten Sublimatwaschungen mit Alkoholzusatz rieth. Aber nicht nur blieb der Erfolg aus, sondern es zeigten sich bald in den Barthaaren die Knötchen der T., ob als Folge des erneuten Reizes oder der länger bestehenden Pityriasis, bleibe dahingestellt. Nun hatte Autor beobachtet, dass Knötchen und Schuppen nach kalten Flussbädern stärker wurden. Er verwandte daher von nun an nur Wasser von 28° R. mit einer milden Toiletten-seife und fettete nach jeder Waschung die Haut leicht ein mit Lanolin, Adip. benzoat.  $\overline{sa}$ . Nach kurzer Zeit verschwanden Knötchen und Schuppen. Die gleiche Beobachtung wurde dann bei 20 Fällen von Pityriasis simpl. capillitii gemacht. Versuchshalber begann Autor wieder mit kaltem Wasser; die Schuppung stellte

sich wieder ein! Es stellt also vor Allem das kalte Wasser, mehr noch als Bürsten und Kämmen, einen Reiz für die Haare und den Haarboden dar. Es gilt demnach für Pityriasis simpl. und für T. dasselbe: Weglassen jedes Reizes, vor Allem des kalten Wassers, ebenso von reizenden Salben und Waschungen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 48.)

**Tuberculose.** Ueber einen tuberculösen Mastdarpolypen berichtet Dr. Prochownik. Es handelt sich um eine 23jährige Schifffrau, die, aus gesunder Familie stammend, bis zum Vorjahr stets gesund gewesen war und vor einem Jahr noch 55 kg wog. Januar 1895 Abort im 3. Monat mit nachfolgender, etwa 4wöchentlicher „Dickdarmentzündung“ (?). Nach anscheinend völliger Genesung Heirath Ende Mai 95 (Ehemann, von dem auch die Schwangerschaft herstammte, ganz gesunder Schiffer). 3 Tage nach der Hochzeit starke Blutung aus den Genitalien, die fast fünf Wochen (bis 10./VII.) anhielt. Dann gesund, schmerzfrei bis Anfang September. Um diese Zeit nochmals starke Blutung (sicher kein Abort), seitdem Menopause. Von derselben Zeit Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibes, wechselnd rechts und links, neben und hinter der Gebärmutter mit ständigem, remittirendem Fieber. Niemals Husten, nie Durchfälle, meist Verstopfung; keine Schleim- und Eiterabgänge aus dem Mastdarm, ausser in den letzten Tagen einige Male kleinere Mengen, niemals Nachtschweisse; zeitweise geringer, leicht reizender, gelblicher Scheidenfluss. Status Januar 96: Zarte, hektische, hochgradig abgemagerte Frau mit 30,6 kg Gewicht. Nase, Mund, Rachen etwas trockener Katarrh, keine tuberculösen Erscheinungen. Linke Lungenspitze geringe Verkürzung des Schalles, über beiden Spitzen geringes Rasseln, sonst Lungen normal, keine pleuritischen Reste, Athmung etwas flach, aber überall gleichmässig, 18—20 in der Minute. Leber und Milz normal. Urin stark sauer, minimal eiweisshaltig; Katheterharn zeigt sehr reichlich lebende Bacillen, derbe Stäbchen, in Cultur mit allen Charakteren von Bacterium coli; keine Tuberkelbacillen. Nirgends Drüsenschwellungen. Genitalbefund: Kurze, straffe, trockene Scheide, leicht erodirte hintere Commissur, Vulva von kindlichem Habitus. Kleiner, in steiler Retroversions-



stellung befindlicher Uterus. Beckenbindegewebe atrophisch, Becken selbst mässig allgemein verengt. Geringe serös-eitrige Endometritis. Secret fast keimfrei, keine Tuberkelbacillen. Probezug ergibt Endometritis interstitialis chronica atrophicans. In der Mucosa uteri keine Tuberkelbacillen. Eileiterabnormitäten nicht mit Sicherheit tastbar. Links neben und hinter der Gebärmutter apfel-grosse, wenig verschiebliche, höckrige, nicht fluctuirende Geschwulst; bei leichtem Druck auf dieselbe gehen ein paar Tropfen zähen gelben Eiters aus dem Mastdarm ab. Es zeigt sich nun, dass die von der Scheide aus gefühlte Geschwulst im oberen Drittel des Mastdarms, für die Fingerspitze eben erreichbar, sitzt. Sie verlegt gut 2 Drittel von dessen Lichtung, ist höckrig, gewulstet, anscheinend ziemlich dickwandig. Wird sie von oben ins kleine Becken hineingedrückt, so lässt sich eine kurze, aber deutliche Stielbildung feststellen. Eine genaue Besichtigung und Beleuchtung des Rectum vor und nach Entfernung der Geschwulst, die leicht mit 2 Fingern durch Ausschälung vollführt wird, ergibt, dass kein nennenswerther Schleimhautkatarrh, keine Ulceration, keine proktitische oder periproktitische Verhärtung besteht, ausgenommen an der Stelle des Stieles. Hier führt ein derber, harter Strang zu einer nussgrossen Schwellung hin, die auch nach der Ausschälung noch von der Scheide aus fühlbar bleibt und entweder dem linken Ovarium oder dem linken, kolbig verdickten Eileiterende angehört. Diese Geschwulst wird von der Scheide aus punctirt und ergibt nach Durchbohrung einer harten Wand eine minimale Menge dünnen Eiters. Allein in diesem Eiter werden einige wenige Tuberkelbacillen gefunden, während in dem aus dem Mastdarm entleerten Eiter, in dem käsigen Inhalt der Geschwulst und deren Wandung wohl ein paar Mal fragmentarische, aber keine sicheren Tuberkelbacillen zu finden sind. Von weiteren Eingriffen wird bei dem Gesamtzustande der Pat. abgesehen. 2 Tage nach der Ausschälung des Polypen sank das Fieber ein wenig, währte dann aber in gleicher Weise fort. Ende Mai starb dann Pat. zu Haus an Lungentuberculose. — Nach dem ganzen Krankheitsbilde muss wohl angenommen werden, dass die tuberculöse Einimpfung von den Genita-

lien ausging, worin Autor nach seinen sonstigen Erfahrungen bestärkt wird durch den schleppenden Verlauf, das Fehlen resp. späte Einsetzen von Lungen- und Darmerscheinungen und besonders durch den Mangel an Schweissen. Alle Bemühungen, der Ursache auf den Grund zu kommen, waren vergeblich; am wahrscheinlichsten ist der 1. Abort Januar 95 mit der anschliessenden fieberhaften Krankheit, nach angeblich sonst ganz glattem Verlaufe, ohne ärztliche Hülfe, ein nicht ganz spontaner gewesen. Da alle Erscheinungen von Darmtuberculose sonst fehlen, auch auf der Rectalschleimhaut kein tuberculöser Befund irgend welcher Art erhoben werden konnte, da keine ausgesprochene chronische Proktitis vorlag, die ja leicht zu einzelnen, häufiger noch zu multiplen kleinen Polypenbildungen der Mucosa recti führt, so musste hier das gewiss seltene Beispiel eines isolirten grossen Darmpolypen vorliegen, der auf nicht entzündlicher Basis seit Langem bestehend, tuberculös entartet wäre, ohne die Nachbarschaft in stärkerem Maasse zu beeinflussen. Oder aber die Polypenbildung ist jüngeren Datums, secundär, unter dem Einfluss eines von anderer Seite her sich nach dem Rectum herein senkenden tuberculösen Processes entstanden und die Stielung nur eine mechanische, durch Schwere und Wachstumseigenheit des vorgetriebenen Theiles. Autor möchte den Polypen als eine Hervorbuchtung der Mastdarmwand in toto durch eine abscedirende Periproktitis, die von Genitaltuberculose fortgeleitet ist, ansehen. Auch eine der Beckendrüsen oder ein Paquet derselben kann bei dem hohen Sitze in Frage kommen. Der mikroskopische Befund zeigte, dass der Polyp unter einer mässig chronisch entzündeten Mastdarmschleimhaut, abgegrenzt durch eine Bindegewebslage, käsige Herde enthält, welche durch eine breite Zone starkgefässführenden Bindegewebes circular umgeben sind. Die Lagerung der Herde ist so, dass sie unter einander zusammenhängen und schliesslich in einen Fistelgang nach der Mucosa endigen. So machte das ganze Polypeninnere den Eindruck einer Einsenkung von der Serosa resp. Subserosa her. Der Zusammenhang mit dem tubaren oder ovarialen, den Douglas ausfüllenden tuberculösen Abscess war für die Palpation deutlich. Ob aber die Genitalien selbst primär erkrankt waren, oder

periproktitische, vielleicht Beckendrüsenerkrankung das Primäre gewesen ist, bleibt unentschieden.

(Biolog. Abtheilung des ärztl. Vereins Hamburg. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 49.)

- Einen Fall von acuter jauchiger Gonitis in Folge von Phthise beobachtete Dr. F. Schilling (Nürnberg). Der Pat. hatte übelriechenden Auswurf bekommen, was darauf hindeutete, dass es sich um raschen gangränösen Zerfall des Lungengewebes handelte. Dass bei solchen Vorgängen bei Phthisikern so selten derartige Blutvergiftungen vorkommen, liegt daran, dass an den Grenzen der Caverne reactive Vorgänge stattfinden, wodurch ein Schutzwall gegen eine allgemeine Infection geschaffen und den Eiterkokken eine Barrière entgegengestellt wird. Nur bei raschem und gangränösem Zerfall der Cavernenwandungen kommen Eitererreger in den Lymphstrom, und machen, wie hier, weitere Invasionen. Warum hier gerade das Knie afficirt wurde, konnte nicht eruirt werden, ein Trauma hatte nicht stattgefunden. Doch ist ja bekannt, dass in Folge Resorption putriden Stoffe bei Bronchiektasieen Gelenkentzündungen vorkommen.

(Münchener medicin. Wochenschrift 1897 No. 6.)

- Acute Miliartuberkel der Haut bei allgemeiner acuter Miliartuberculose beobachtete Otto Leichtenstern (Köln, Bürgerhospital). Es handelte sich um ein 4jähriges Kind, das Masern gehabt und 4 Wochen später aufgenommen wurde mit acuter Lungentuberculose und Pleuritis, woraus sich das typische Bild einer allgemeinen Miliartuberculose entwickelte, der das Kind am Ende der sechsten Krankheitswoche unter dem Bilde der tuberculösen Meningitis erlag. In der 2. Woche des Hospitalaufenthaltes bemerkte man nun im Gesicht des Pat. einige Hautefflorescenzen, bestehend in kleinen, mohnkorn- bis höchstens hanfkorngrossen, lebhaft rothen, derben, kegelförmig zugespitzten Papeln, die sich auf vollständig normaler Haut mit scharfem Contour steil erhoben. Im weiteren Verlaufe der Krankheit gesellten sich successive neue derartige Knötchen hinzu, sodass sie alsbald nicht nur im Gesicht, sondern auch auf dem ganzen Rumpfe, an den oberen Ex-

tremitäten, am spätesten und spärlichsten auch an den Unterextremitäten bemerkbar wurden. Zahlreiche der Papeln, sicher die Mehrzahl, bildeten sich nach kürzerem oder auch längerem (8—14tägigem) Bestande allmählig unter Abblassung und feinsten Abschuppung vollständig zurück. Bei anderen kam es auf der Spitze des kegelförmigen Knötchens zur Bildung eines minimalen Bläschens, das rasch eintrocknete, worauf die weitere Rückbildung unter der erwähnten Desquamation erfolgte. Bei wiederum anderen Knötchen bildete sich aus dem Spitzenbläschen der Papele eine kleine Pustel, welche zuweilen auch grösser wurde, aber niemals kam es zu einer totalen Vereiterung der ganzen Papele, wie bei einer Aknepustel oder Impetigo. Der Pustelinhalt trocknete stets rasch ein, die kleine Borke hob sich dann unmerklich, gleichzeitig mit der erwähnten Desquamation des übrigen Abschnittes der Papele ab. Niemals kam es zur Bildung grösserer als hanfkorngrosser Pusteln, nie auch nur entfernt zur Bildung eines, wenn auch noch so kleinen Hautgeschwürs. Das Exanthem zeigte grosse Aehnlichkeit mit gewissen, spärlich disseminirten, klein- und derbpapulösen Syphiliden der Haut, dem Lichen syphiliticus, auch in Bezug auf die geringe Neigung zur Pustelbildung und der grossen Neigung zur Involution unter Schuppenbildung. Während sich die Papeln zurückbildeten, traten immer wieder neue Nachschübe an anderen entfernten Stellen auf, doch kam es nie zu einer gleichzeitigen reichlichen Dissemination. Die Zahl der gleichzeitig vorhandenen Papeln und papulo-pustulösen Efflorescenzen betrug im höchsten Falle im Gesicht 4—6, auf dem Rumpfe 6—8, auf einer Oberextremität 4—6, auf beiden Unterextremitäten 6—8. Es bestand nie die geringste Neigung zu secundären Disseminationen in der Nachbarschaft, nie zur Gruppenbildung; die Dissemination war eine völlig gleichmässige und isolirte. Dieser Umstand, in Verbindung mit der eigenartigen Gestalt der Knötchen und der Art ihrer Involution, erregte sogleich beim ersten Nachdenken den Glauben, es handle sich um etwas Besonderes, um Eruptionen, die mit der Grundkrankheit in ursächlichem Zusammenhange ständen, sei es nun, dass man es mit einem metastatischen Vorgange zu thun habe, mit tuberculo-bacillären Haut-

eruptionen, Miliartuberkeln der Haut, oder mit einer tuberculo-toxischen Form. Die Untersuchung ergab nun, dass das primäre und wichtigste Gebilde der im Papillarkörper der Haut gelegene Tuberkel mit zahllosen Tuberkelbacillen in seinem Inneren war, auf dem sich nun secundär die epidermoidale Papel entwickelte, indem durch Diffusion der Tuberkel-Toxine in das Stratum mucosum, auf chemotaktischem Wege Anlockung spärlicher Leukocyten und serofibrinöse Exsudation aus dem Papillarkörper stattfand und durch zeitweilige Wucherung neuer Hornschichten und nachfolgende Exsudation eben das Knötchen zu Stande kam. Noch zwei Krankheitserscheinungen sind erwähnenswerth: 1. Im Gefolge der Eruption der Miliartuberkel in der Haut kam es allmähig zu einer acuten Schwellung zahlreicher Lymphdrüsen am Halse, in der Achselhöhle und in der Inguinalgegend. 2. In der 4. Krankheitswoche zeigten sich auf der Schleimhaut der Unter- und Oberlippe, namentlich am Umschlagwinkel der Lippen zur Zahnfleischschleimhaut miliare Eruptionen, welche sich bald in oberflächliche Geschwürchen mit speckigem Belage umwandelten. Auch auf der Zungenschleimhaut traten ein Paar derartige kleine Ulcerationen auf. Vielleicht handelte es sich auch hier um miliartuberculöse Eruptionen, welche in der Schleimhaut einen anderen Verlauf — raschen ulcerativen Zerfall — nahmen, als in der widerstandskräftigen Lederhaut.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 1.)

— Ein **geheilter Fall von Morbus Addisonii**, mitgetheilt von Cervellini, ist interessant. Der 22jährige, hereditär nicht belastete junge Mann erkrankte vor einem Jahre mit allgemeiner Schwäche und Schmerzen im Epigastrium, welche Symptome sich allmähig steigerten, während die Haut gleichzeitig eine dunkle Färbung annahm, die besonders an den Händen und im Gesicht ausgesprochen war. Bei der Aufnahme bot der Pat. folgende Erscheinungen: Vergrösserte Leber, irregulärer Puls, Appetitlosigkeit, Diarrhoeen, Vergrösserung des linken Testikels, äusserste allgemeine Schwäche. Die charakteristische Trias: Broncefärbung der Haut, Adynamie und Gastrointestinalstörungen, ergab die Diagnose; die Schwellung des Testikels wurde durch Tuberculose bedingt angenommen und der Testikel

operativ entfernt. 10 Tage nach der Operation zeigte die Leber bereits bedeutende Volumsabnahme, die Braunfärbung der Haut erschien geringer. Nun wurde Jodkali verabreicht 2 Monate lang, wobei Pat. sich zusehends erholte und dann als geheilt zu betrachten war. Er ist jetzt vollkommen normal. Der Fall ist eine Stütze für die Anschauung jener Autoren, welche annehmen, dass der Morbus Addisonii bedingt sei durch einen vom Hoden nach den Nebennieren ascendirenden tuberculösen Process.

(Rif. med. 1896 No. 154. — Wiener medic. Presse 1897 No. 2.)

— Gegen den Husten der Phthisiker hat Dr. Schröder (Sanatorium in Hohenhonnef a. Rh.) bei 12 Fällen das Peronin (Merck) angewandt, die salzsaure Verbindung des Benzyläthers des Morphins, in dem das Wasserstoffatom der Hydroxylgruppe durch ein Alkoholradical ersetzt ist. Das Mittel wurde durchschnittlich 7 Tage lang in steigenden Dosen (0,02—0,03—0,04) gegeben. Der Hustenreiz wurde in 8 Fällen sofort ausreichend gemildert, in 2 Fällen erst nach grösseren Dosen, in 2 gar nicht. Auf die Menge des Auswurfs und die Expectoration hatte das Mittel 6 Mal keine Einwirkung, 5 Mal stockte der Auswurf vorübergehend und 1 Mal trat während der ganzen Zeit der Darreichung verminderte und erschwerte Expectoration ein. In allen Fällen wurde der Schlaf günstig beeinflusst. Dies, der Mangel an Aufregungszuständen und an sonstigen irgendwie erheblichen Nebenerscheinungen macht uns das Präparat werthvoll. Dasselbe steht in seiner Wirkung zwischen Morphin und Codein. Vor dem letzteren hat es besonders den Vorzug, dass es einen besseren und ruhigeren Schlaf gewährleistet. Autor empfiehlt folgende Darreichungsformen:

Rp.  
*Peronin. 0,5*  
*Aq. dest. 100,0*  
 M. D. S. Abends 1 Theelöffel in Zuckerwasser.

Rp.  
*Peronin. 0,3*  
*Rad. et Succ. Liq. q. s.*  
 ut f. pill. No. 30.  
 S Abends 2–3 Pillen.

Rp.  
*Peronin. 0,1*  
*Aq. dest. 145,0*  
*Spirit. rectific. 5,0*  
 M. f. solut.  
 S. 3 Mal tägl. 1 Esslöffel.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 1.)

— Das **Erbrechen Tuberculöser**, das gern nach dem Essen kommt, weil die Nahrung die Mundschleimhaut reizt, welche wie Lungen und Magen durch den Sympathicus innervirt wird, bekämpft Mathieu jetzt erfolgreich mit Chloroformwasser, zu gleichen Theilen mit gewöhnlichem Wasser vermengt (im Ganzen 2—4 Esslöffel in Pausen von je 10 Minuten). — Ferrand bepinselt die Rachenschleimhaut mit 10 %igem Bromkaliglycerin.

(Société de Théraputique, Paris 25. Nov. 1896. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 49.)

**Tumoren.** Rosenheim stellt eine Pat. vor, bei welcher er schon vor 3 Jahren **Magencarcinom** diagnosticiren konnte. Damals war bereits bei der über lebhaftes Magenbeschwerden klagenden Pat. ein Tumor an der Portio pylori fühlbar, dessen Diagnose im Januar 1894 gesichert wurde. Derselbe war klein, leicht beweglich. Pat. verweigerte die Operation; Magenausspülungen brachten zwar vorübergehende Besserung, Pat. kam aber mehr und mehr herunter, magerte zum Skelett ab und liess sich nun (Juni 1894) von E. Hahn operiren. Bei der Eröffnung der Bauchdecken zeigte sich die Unmöglichkeit einer Radicaloperation, da der jetzt gewachsene Tumor bis in das Duodenum hineinragte, auch im Netz Knötchen nachweisbar waren; es konnte daher nur die Gastroenterostomie gemacht werden. Pat. hat sich inzwischen trotz unbehinderten weiteren Wachsens des Tumors gut erholt und, obwohl sie nur kleine Quantitäten von Nahrung zu sich nehmen kann, arbeitet sie doch und hat keine subjectiven Beschwerden. Dieses Resultat ist erstaunlich und spricht für den Werth der Operation. Bei einer anderen Pat. wurde der Exitus durch dieselbe 2<sup>1</sup>/<sub>4</sub> Jahre lang hinausgeschoben, aber niemals hat Autor ein so gutes Allgemeinbefinden beobachtet. Derartige Fälle ermutigen trotz ihres palliativen Erfolges zur Operation. Leider lässt sich vorher nicht genau ermessen, wie lange der Effect derselben vorhalten wird. Unter den von Hahn operirten Fällen konnte nur in der Minderzahl ein so günstiges Resultat erzielt werden. Aber auch bei voraussichtlich zweifelhaftem Erfolge möchte Autor die Operation da empfehlen, wo die Störungen durch gewöhnliche Magenausspülungen nur mangelhaft reparabel sind.

Das Allgemeinbefinden wird durch die Operation unzweifelhaft besser; das anhaltende Erbrechen und die Schmerzen hören auf. — Ewald bestätigt diese Ausführungen vollständig. Nur gegenüber der Aeusserung, dass die Fälle mit so langer Dauer des günstigen Befindens nach der Operation selten sind, weist er auf eigene Beobachtungen hin, u. A. auf seine von Bergmann operirte Pat., eine 60jährige Dame, bei der er den guten Erfolg noch 3 Jahre nach der Gastroenterostomie verfolgen konnte, während welcher Zeit sich die Pat. eines durchaus guten Befindens erfreute. Die subjectiven Beschwerden waren nach der Operation wie durch Zauberschlag verschwunden. — Auch König ist Anhänger der Operation, selbstverständlich auch unter der Einschränkung, dass sie nur dann zu machen ist, wenn die Wegnahme des Carcinoms sich als unmöglich erweist. Unter den von ihm ausgeführten etwa 50 Fällen weiss er sich nicht zu erinnern, wieviel gut davongekommen und wie lange diese gelebt haben. Sicher ist, dass eine grosse Anzahl dieser Pat. noch 3—4 Jahre nach der Operation existirt hat. Die Leistungsfähigkeit derselben beweist eine Erfahrung, die Autor früher mal machte bei einem sehr elenden Individuum mit so grossem Carcinom, dass die Operation nur noch kümmerlich möglich war. Pat. wurde später aufgegriffen, um eine  $\frac{1}{2}$ jährige Gefängnisstrafe zu verbüssen, hat also mit seinem Magen noch die preussische Gefängniskost längere Zeit gut vertragen; er kam dann später zur Klinik zurück, wo er noch 1 Jahr lebte.

(Berliner medic. Gesellschaft, 4. Nov. 1896. —  
Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 91.)

— Eine Frühdiagnose des Magencarcinoms war früher, als die chemischen Methoden noch nicht so ausgebildet waren, kaum möglich, jetzt kommt sie häufiger vor. So meldet Boas einen Fall. Ein 56jähriger Mann kam Anfang Juni 1896 in seine Behandlung mit Klagen über Druck, Völle, Aufstossen nach dem Essen; einige Male war auch Erbrechen erfolgt. Wirkliche Kachexie bestand nicht, wohl aber hatte Pat. jetzt in wenigen Monaten 20 Pfund an Gewicht abgenommen. Die physikalischen Verhältnisse des Magens zeigten keine Veränderung. Dagegen ergab die Prüfung des Mageninhalts, dass der



Magen niemals, auch nicht bei geringer Nahrungszufuhr, leer war. Des Morgens fanden sich auch nach kleinen Abendmahlzeiten erhebliche Inhaltmengen vor von intensiv saurer Reaction; die Säure war wesentlich Milchsäure. Mikroskopisch waren Sarcine nicht zu finden, dagegen die Boas'schen Fadenbacillen. Diese Erscheinungen liessen ziemlich sicher auf Carcinom schliessen (aus der Anamnese ist noch bemerkenswerth, dass Pat. 2 Jahre zuvor  $1\frac{1}{2}$  m hoch aufs Kreuz fiel) und es wurde operirt, d. h. der stenosirende, an einzelnen Stellen exulcerirte, carcinomatöse Pylorustumor, da keine Metastasen nachweisbar waren, in toto extirpirt. Pat. hat seitdem 31 Pfund zugenommen und befindet sich wohl. Also ohne fühlbaren Tumor, nur durch den klinischen Verlauf und den chemischen Befund gelang es, die Diagnose zu stellen, und nur so war es möglich, den Tumor in toto zu extirpiren; denn ist er erst von aussen her palpabel, dann ist es meist für die Totalexstirpation zu spät. Man soll auch heutzutage, wenn nur überhaupt ein Verdacht auf Carcinom besteht, nicht eher ruhen, als bis man unter Benützung aller Hilfsmittel der Sache auf den Grund gegangen ist.

(Verein für innere Medicin zu Berlin, 4. Jan. 1897. —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 No. 3.)

- **Carcinomatöse Entartung eines Uterusmyoms** beobachtete Fochier. Eine 65jährige Frau, welche seit 25 Jahren ein Uterusmyom hatte, bemerkte, dass der Tumor in letzter Zeit sich stark vergrösserte. Ausserdem traten heftige Blutungen auf, sodass Autor die Operation anrieth. Die histologische Untersuchung ergab obige Diagnose.

(Revue intern. de méd. et de chir. 1896 No. 14. —  
Centralblatt f. Gynäkologie 1897 No. 2.)

- **Einen carcinomatösen Uteruspolypen** entfernte Falk einer 55jährigen Frau. Die wallnussgrosse Geschwulst hatte wehenartige Schmerzen und Blutungen veranlasst. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich ein Theil als carcinomatös und wurde der Uterus darauf entfernt. Bei der Untersuchung des letzteren fand sich nur in dem Stiel des Polypen eine kleinzellige Infiltration, sonst nichts Abnormes. Der Fall zeigt aber, wie wichtig es ist,

jeden extirpirten Polypen mikroskopisch zu untersuchen.

(Berliner medic. Gesellschaft, 16. Dec. 1896. —  
(Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 Nr. 1.)

- Einen Beitrag zum Verlauf der Blasentumoren liefert Dr. Georg Berg (Frankfurt a. M.). Ein 54jähriger Mann, der vor 4 Jahren eine spontane, mehrere Tage anhaltende Haematurie gehabt haben will, sonst aber stets gesund war, in dessen Familie aber eine auffallende Neigung zu Carcinom vorwaltet (mehrere Verwandte väterlicherseits und mütterlicherseits starben an Krebs), bekommt eine profuse Blasenblutung mit Abgang von Gewebeflocken und Trübung des Harns. Schmerzen sind nicht vorhanden, Palpation von aussen in der Blasengegend, sowie Untersuchung per rectum negativ. Die Blutung lässt auf vorsichtige Blasenausspülungen mit 3%iger Borsäure etwas nach, der Harn bleibt aber blutig gefärbt und trüb. Autor cystoskopirt und kann trotz des nicht klaren Mediums sehen, dass von der rechten Seite des Blasenbodens, etwa aus der Gegend des Trigonums, 3 Zotten von grauer Farbe aufragen, deren Oberfläche von einem weissen, mit seiner äussersten Grenze in der Flüssigkeit flottirenden Belage bedeckt ist, — zweifellos ein älterer, ziemlich grosser Blasentumor. In den nächsten Tagen Urin trüb, blutige Verfärbung geringer, starker Harndrang. Es entleeren sich Flocken, die Prof. Weigert als aus einem schmalen, bindegewebigen Grundstock und sehr hohen darauf sitzenden Cylinderepithelien bestehend erkennt, sodass auch dieser einen Zottentumor, bei dem auffallend grossen und reichlichen Epithel Epithelioma papillare annimmt. In der nächsten Zeit wiederholen sich die Blutungen, es gehen fortwährend Stücke ab, Pat. wird schwach, sieht heruntergekommen aus. Kalte Ausspülungen mit 3%iger Borsäure erweisen sich als zweckmässig, auch macht Autor zum Versuche der Stillung der den Pat. und dessen Umgebung in hohem Grade beunruhigenden Blutungen eine Instillation von 15 Tropfen einer 2%igen Argent.-Lösung. Der Urin wird darauf klar. Trotzdem bleibt natürlich, zumal bei dem Alter und der Belastung des Pat., der Verdacht auf einen malignen Tumor bestehen.

Autor verweigert weitere Cystoskopie und Pat. reist nach Berlin, wo Nitzze ebenfalls einen umfangreichen Blasentumor diagnosticirt. Pat. reist von Berlin ab, vor seiner Abreise entleert er 2 Mal beim Uriniren mit dem Urinstrahl ohne Blutung einen grösseren Fetzen von grauer Farbe und schwammiger Beschaffenheit. Bis heute, also  $1\frac{3}{4}$  Jahr, ist Pat. nun frei von allen Erscheinungen geblieben, geht auf die Jagd, hat stets völlig klaren Urin. — Wie erklärt sich der Fall? Wir haben zwei Anhaltspunkte. Einmal die von vielen, so von Guyon verfochtene Armuth der Blase an Lymphbahnen, welche Metastasenbildung erschwert und das Leiden lange auf seinen ursprünglichen Sitz beschränkt; sodann ist es nicht ausgeschlossen, dass jene in Berlin entleerten Fetzen den (vielleicht befördert durch die Argent.-Application) nekrotisirten Tumor oder wenigstens einen beträchtlichen Theil desselben darstellten. Uitzmann beschrieb einen Fall, in dem ein kleiner Zellenpolyp sich während einer Karlsbader Cur abstiess, worauf sämtliche Beschwerden dauernd verschwanden, und Nitzze sah cystoskopisch Naturheilung eines Blasentumors, den überhäuteten Stumpf eines früher cystoskopisch wahrgenommenen grossen zottigen Tumors. Unter den Chirurgen bricht sich auch immer mehr die Ansicht Bahn, sich bei malignen T. der Blase möglichst der Operation zu enthalten, da dieselbe keine grossen Vortheile bringt und ohne dieselbe die Pat. lange Zeit ein erträgliches Dasein führen, während durch die Operation häufig (Recidive treten erfahrungsgemäss schnell darnach auf) die Katastrophe nur beschleunigt wird.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1896 No. 23.)

**Vitia cordis.** Einen Beitrag zur Wirkung des Aderlasses bei Herzfehlern liefert Dr. Steinhardt (Namslau). Eine 26jährige Frau wurde, hochgradig cyanotisch und dyspnoisch, von drei Männern zu ihm geschleppt. Sie hatte vor 3 Jahren Gelenkrheumatismus gehabt und seitdem denselben nie verloren. Seit einigen Wochen entwickelte sich Knöchelödem und leichte Dyspnoë, die allmählig zu dem jetzigen Zustand führten. Die Untersuchung ergibt: Einige schmerzhaftes Gelenkschwellungen, pralles Anasarka der Beine bis an die Hüften, Oedem der Finger-

und Handrücken, mässigen Ascites, Schwellung der Leber, pralle Füllung aller sichtbaren Venen, enorm beschleunigten, irregulären, äusserst kleinen, zeitweise gar nicht fühlbaren Puls, auf den Lungen ausgebreitete feuchte Rasselgeräusche, und endlich die Zeichen einer Mitralstenose und Insufficienz. Was bei der eminenten Lebensgefahr nun thun? Morphium zu injiciren, war zu gefährlich, Digitalis wirkt zu langsam, also ein Aderlass! Schon nach Beginn desselben änderte sich das Bild: Die Cyanose und Dyspnoë verschwanden, der Puls besserte sich zusehends; und als etwa 300 cm<sup>3</sup> Blut geflossen, da war der Zustand so, dass Pat. bald allein fortzugehen im Stande war, von den beängstigenden Erscheinungen völlig befreit. Ueber 4 Monate blieb sie wohl, frei von Oedemen u. s. w., dann aber soll sich der Zustand wieder verschlechtert haben und nach 1 Jahr der Tod eingetreten sein. Jedenfalls hatte der Aderlass direct lebensrettend gewirkt und der Pat. noch längere Zeit guten Gesundheitszustand gebracht.

(Allgem. medic. Central-Ztg 1897 No. 1.)

— Prof. v. Starck (Kiel, medicin. Universitäts-Poliklinik) theilt mit, dass er das **Digitoxin. cryst. (Merok)** während des letzten Halbjahrs in 14 Fällen (10 Klappenfehler, 2 Myocarditis, 1 Cor adipos., 1 Arteriosklerose mit Stauungsniere) zur Anwendung gezogen, und zwar ausschliesslich in Tablettenform. Die Tabletten wurden überall gut genommen und Reizerscheinungen von Seiten des Magens traten nur in wenigen Fällen und so unbedeutend auf, dass eine andere Anwendungsweise nicht nöthig war. Keine Wirkung zeigte das Mittel bei dem Fettherz, eine rasch vorübergehende in 1 Fall von Myocarditis, in einem 2. gleichen auch bei mehrfach wiederholtem Gebrauch einen ausgesprochenen günstigen Einfluss, nachdem Fol. digital. und alle sonstigen Mittel versagten; bei den Herzklappenfehlern trat besonders bei den schwereren Compensationsstörungen die Wirkung eclatant hervor. Dieselbe begann mitunter schon nach 4—5 Stunden, meist erst nach 12 Stunden. In dem Fall von Arteriosklerose mit Stauungsniere war der Erfolg, besonders betreffs der Diurese, besser, als der eines vorher

gegebenen Digitalisinfuses. In 3 Fällen fand Digitalin wiederholt Anwendung, stets mit befriedigendem Erfolg. In 1 Fall von Mitralstenose traten, nachdem in 3 Tagen 8 Mal  $\frac{1}{4}$  mg verbraucht war, besorgniserregende Erscheinungen von Digitalismus auf; schon vorher hatten freilich mit der Compensationsstörung zusammenhängende krampfartige Hustenanfälle und Würgebewegungen bestanden. Zunächst war die Pulsfrequenz von 130 auf 46 gesunken, und zwar bereits nach 7 Mal  $\frac{1}{4}$  mg Dosen, denn Pat. hatte die achte genommen unmittelbar, bevor diese Pulszahl constatirt und Digitalin damit ausgesetzt wurde; der Puls war voll und relativ kräftig, regelmässig geworden, die Hustenanfälle auf 24 Stunden fast verschwunden; dann kehrten sie in erneuter Intensität wieder, jegliche Nahrung wurde erbrochen, der Puls wurde unregelmässig, weich, von sehr wechselnder Frequenz, es bestand grosses Schwächegefühl, Flimmern vor den Augen, Ohnmachten, leichte Delirien, aber keine deutliche Verringerung der Urinmenge. Nach wiederholten Campherinjectionen gingen die Erscheinungen innerhalb 4 Tagen gänzlich zurück, der Puls wurde wieder gleichmässig, relativ voll und kräftig, hatte 72 Frequenz. Die Leberschwellung war geringer geworden, der quälende Husten verschwand, Pat. konnte bald das Bett verlassen; so kam es trotz der Intoxication noch zu einer vollen Wirkung, die bis jetzt (3 Monate) vorhält. Offenbar war die Dosis zu hoch gewesen, die Medication hätte früher unterbrochen werden müssen. Im Allgemeinen betrug sonst die Dosis 2 Mal täglich  $\frac{1}{4}$  mg, und 10 Mal  $\frac{1}{4}$  mg genügte gewöhnlich; nur 1 Mal wurden 20 Tabletten hinter einander verbraucht. Jedenfalls erheischt die Anwendung des Mittels, das zweifellos eine Bereicherung unseres Arzneischatzes darstellt, grosse Vorsicht, besonders genaue Controle des Pulses.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 4.)

— **Langes Verschontbleiben von ernstlichen Störungen bei schweren angeborenen Herzanomalieen** beobachtete Siredey. Bei einem 20jährigen Manne traten plötzlich lebhafter Schmerz in der Praecordialgegend, hohes Fieber und profuse Schweisse auf; früher war als Kind bei ihm bereits Herzfehler constatirt, derselbe hatte jedoch

nie subjective Symptome verursacht. Status: Puls normal; im 3. linken Intercostalraum trockenes Reiben; Herzaction frequent, deutliches, systolisches Blasen; verlängertes Expirium, vereinzelt Rasseln über dem rechten Apex; sub finem noch Oedeme der unteren Extremitäten. Plötzlicher Exitus nach zwei Wochen beim Aufrichten. Sectionsbefund: Einzelne tuberculöse Granulationen beider Lungenspitzen, Pericarditis, Hypertrophia cordis, Stenosis arter. pulmon., endocarditische Wucherungen an den Valvul. sigm. der Arter. pulmonal.; an der Basis des Septum interventric. eine Oeffnung von ca. 1 cm Länge und  $\frac{1}{2}$  cm Breite, endlich Offenbleiben des Foramen Botalli.

(Gaz. des hôpitaux 1896 No. 51. — Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 2.)



## Vermischtes.

---

- **Behandlung der Analfissuren und der Schrunden der Brustwarze:** Herr Dr. J. Ungár (Szenicz) schreibt uns: „Eine Ipara acquirirte während der Geburt drei Analfissuren, welche erst nach einem Monate entdeckt wurden und durch 2 Monate jeder Behandlung trotzten. Ich nahm dann zu täglichen Bepinselungen mit 2%iger Argent. nitric.-Lösung (s. Excerpta medica V. Jahrgg. S. 67) Zuflucht, worauf die Fissuren nach 6 Wochen langer Behandlung vollständig heilten. Dass die Heilung so lange Zeit in Anspruch nahm, kann ich nur darauf zurückführen, dass die Fissuren zu Beginn der Bepinselungen bereits drei Monate alt waren. Die Bepinselungen verursachen einen brennenden Schmerz, der jedoch bloss 2—3 Minuten dauert. — Bei derselben Pat. entstand am 4. Tage nach der Geburt an der rechten Brustwarze eine Schrunde, welche nach Unna zwischen den Pausen der Ernährung mit 4%iger Cocainlösung (s. Excerpta medica I. Jahrgg. S. 104) bepinselt wurde und nach zwei Tagen geheilt war.“

(Original-Mittheilung.)

- **2 Fälle von Irritationsurethritis des hinteren Theiles der Harnröhre in Folge unzuweckmässiger Radfahrstöße** hat Dr. G. Berg (Frankfurt a/M.) beobachtet. Die Urethritis, die beide Male recht hartnäckig war und ätiologisch auf nichts Anderes zurückzuführen war, wurde das eine Mal durch Prostatitis, das andere Mal durch eine schwere Epididymitis complicirt. Es ist ja auch klar, dass ein Organ wie die Urethra unbeschadet so starke In-

sulte, wie die ihm in der Regel beim Radfahren zugemutheten, nicht ertragen kann, namentlich bei einer so unzweckmässigen Beschaffenheit der Sitze, welche die Wirkung der Reizmomente eher fördert, denn aufhebt. Die Sitze hatten bisher gemeinhin die Form des Durchschnitts einer Birne mit lang ausgezogenem Halse. Auf diesen Hals kommt, da die Basis des Sitzes allein zu schmal ist, um das Gesäss zu fassen und überdies tiefer liegt, als der gegen sie aufwärts geneigte Hals, nothwendiger Weise der Damm zu liegen, der mit den unter ihm liegenden Organtheilen, vor Allem der Pars poster. urethrae, zumal bei nicht ganz tadellos leichter Federung, fortwährend starken Insulten ausgesetzt ist. Ausserdem ist eine Verschiebung des Körperschwerpunktes resp. des ihn enthaltenden Dammes, welche durch die bei raschem Tempo nothwendig eintretende Vorwärtsbeugung in der Regel stattfindet, durch die Aufwärtsneigung des Sattelhalses durchaus nicht unmöglich gemacht. Dazu gehörte eine der Form des Sitzknorrens entsprechende Aushöhlung beider Sitzhälften, welche die meisten Sitze entbehren; im Gegentheil sind dieselben häufig gerade convex nach oben geformt. Der Sattel müsste recht breit sein, sodass er das Gesäss vollständig zu festem Sitze aufnehmen könnte, der Hals müsste ganz kurz sein und in gleicher Horizontale mit diesem oder noch tiefer liegen. Neuerdings kommen Sättel in Gebrauch, die besser construirt sind: so der „Christysattel“ und noch mehr der „Duplexsattel“, der gar keinen Hals und eine sehr elastische Federung hat.

(68. Naturforscherversammlung, Sept. 1896. —  
Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 48.)

- Die Einwirkung des Radfahrens auf den Geschlechtstrieb würdigt Dr. A. Bernstein (Charlottenburg). Ein Radfahrer klagte ihm, dass er in Folge des Radfahrens seine Geschlechtskraft eingebüsst habe; es kamen keine Erectionen mehr zu Stande. Bei der Untersuchung zeigte der kräftige, kerngesunde Mann normale Verhältnisse, nur der Penis und Hodensack hingen sehr schlaff herab, und auffällig war, dass Druck auf die Hoden einen mässigen Schmerz erregte, sowie dass Druck auf den Damm ein eigenartiges Gefühl hervorrief, das weder Schmerz noch Wollustgefühl war, aber den Pat. „förmlich nervös machte“. Das Radeln wurde eingestellt, aber es dauerte



noch  $1\frac{1}{2}$  Jahr, ehe wieder Alles in Ordnung war. Pat. fing wieder zu radeln an, und der alte Zustand trat bald wieder ein, sodass das Radfahren aufgegeben werden musste. Trotzdem wurden die Beschwerden bei elektrischer und hydropathischer Behandlung erst nach 2 Jahren einigermaßen behoben. Eine häufige Klage bei Radfahrern bezieht sich auch auf eine nach längeren Touren eintretende ödematöse Anschwellung der Vorhaut, zumal bei solchen Personen, die eine mehr oder minder enge Vorhaut haben. Dabei wird die Eichel, sonst bei Phimose sehr empfindlich, gegen jede Berührung unempfindlich, oft vollkommen gefühllos. Wenn man vom Rade absteigt, pflegt freilich dieser Zustand fast völlig zurückzugehen, doch ist die Erwartung gerechtfertigt, dass solche häufig wiederkehrenden Störungen schliesslich eine dauernde Einwirkung auf die Geschlechtskraft haben müssen. Manche Radfahrer klagen über so heftige Erectionen, dass sie vom Rade heruntersteigen müssen. Sehr häufig sind auch Klagen über einen eigenartigen Schmerz in denjenigen Theilen des Penis, welche, zwischen dem Hoden und dem After liegend, nur von der dünnen Lage des Damms bedeckt sind. Am häufigsten indes hört man Klagen über ein vollständiges Abgestorbensein der äusseren Genitalien. Die Schuld an allen diesen Vorkommnissen trägt unzweifelhaft der mangelhaft geformte Sattel, wie er üblich ist. Beim Fahren rutscht der Körper nach vorn auf die schmale Zunge, in die der Sattel ausläuft, die Seitentheile werden herabgedrückt und es bleibt nur noch ein schmaler Grat übrig, auf welchem nun der ganze Körper mit dem Damm aufsitzt. Dass hierbei die unter dem Damm gelegenen wichtigen Theile des Genitalapparates, auf welchem nun die ganze Last des Körpers ruht, ausserordentlich hart bedrängt werden, liegt auf der Hand. Ueberdies werden nun noch durch die federnde Spitze des Sattels die äusseren Genitalien gegen den Leib des Fahrers angedrückt. Von Alters her wird dem Reiten ein unheilvoller Einfluss auf die Geschlechtskraft zugeschrieben und sollen viel reitende Männer ihre Potenz eingebüsst haben. Die Autoren erklären das verschieden. Nach Hammond wird durch den Druck auf den Damm die Ernährung des gesammten Geschlechtsapparates in Frage gestellt und Hodenatrophie hervorgerufen, nach Lallemand

besteht in Folge der dauernden Erschütterung und Reibung des Dammes ein Zustand reizbarer Schwäche im gesammten Geschlechtsapparat, der schliesslich zur Impotenz führt; nach Anderen soll der Druck auf Vorsteherdrüse und Samenbläschen Impotenz hervorbringen; das aber ist zweifellos, dass Reiten, namentlich übermässiges Reiten auf schlechtem Sattel oder ohne Sattel zur Impotenz führt. Nun bietet der Fahrradsattel, wie er gegenwärtig im Gebrauch ist, alle die Verhältnisse, welche das Reiten auf ungesatteltem Pferde bedenklich erscheinen lassen, in wesentlich verschärfter Form dar. Der Fahrer sitzt mit der ganzen Schwere seines Körpers auf einem wenige Centimeter schmalen Grat auf, nur getragen von den Weichtheilen des Dammes, von oben drückt der Kopf und Rumpf, und nach unten ziehen die Beine den Damm fest gegen den Kamm des Sattels. Durch das Aufheben des einen Beines wird der Druck gegen den Damm momentan etwas vermindert, um sofort beim kraftvollen Heruntertreten bedeutend über das durch das Körpergewicht gegebene Maass erhöht zu werden. So hält dann der Damm dauernd einen erheblichen Druck aus, und es ist begreiflich, dass die hierbei statthabende Maltraitirung der unter dem Damme befindlichen Theile des Geschlechtsapparates ihre üblen Folgen zeitigt, um so mehr, wenn man bedenkt, dass die Vibrationen des Fahrrades sich auf den Damm fortpflanzen und ihn fortgesetzt erschüttern, und dass alle heftigen Stösse, die das Rad erleidet, auch zuerst durch Vermittelung des Dammes auf den Körper übertragen werden.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1896 No. 21.)

- Den Einfluss des Radfahrens auf die Nieren suchte Dr. Joh. Müller (Würzburg, medic. Klinik) festzustellen, indem er 12 Radfahrer, gesunde Männer von 19—32 Jahren, darunter acht „trainirte“, vor und nach längeren Radtouren untersuchte. Einer hatte schon vor der Fahrt Eiweiss im Harn, scheidet also aus. Unter den anderen 11 hatten 8 (72 %) nachher Eiweiss und 7 von den 12 (58 %) bedeutende Mengen von Cylindern aller Art, sowie Nierenepithelien. Bei 2 (16 %) fanden sich spärliche Mengen lediglich hyaliner Cylinder neben Albumin, 1 Mal fand man zahlreiche Cylinder aller Art

und Nierenepithelien ohne Eiweiss, und nur 2 Mal (16 %) war der Urin ganz normal. Muskelanstrengung führt zu Eiweissausscheidung, die also eine „physiologische“ ist. Aber eine solche ist für gewöhnlich nicht verbunden mit derartigen mikroskopischen Befunden, die, wie hier, eine Nephritis vermuthen liessen und zeigten, dass durch heftige Muskelanstrengung bei einem grossen Procentsatz Gesunder Veränderungen des Urins vorhanden sind, wie sie bei Nierenleiden vorkommen. Und doch waren diese Veränderungen nur „physiologische“, da sie mit Aufhören der Muskelanstrengung verschwanden und ohne sonstige Krankheitserscheinungen verliefen. Auch die naheliegende Befürchtung, dass bei häufiger Wiederholung anstrengender Radfahrten ein dauernder Reizzustand in den Nieren, vielleicht eine echte Nephritis sich entwickeln könne, scheint nicht begründet zu sein, denn bei 2 der Radfahrer war der Harn kurze Zeit nach einer sehr anstrengenden Fahrt (700 km) durchaus normal.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 48.)

- **Untersuchungen über die Verwendbarkeit des Bianchi'schen Phonendoskopos** hat Privatdoc. Dr. F. Egger (Basel, Allgem. Poliklinik) angestellt, und die Resultate stimmen die auf das Instrument gesetzten Hoffnungen wesentlich herab. Autor fand, dass beim Auscultiren Schallerscheinungen in doppelter Weise durch das Phonendoskop modificirt werden. Es können deutlich metallisch klingende Geräusche des Metallklanges verlustig gehen und andererseits können nicht metallisch klingende Geräusche zu solchen mit metallischem Beiklang werden. Endlich können Geräusche auch verstärkt resp. abgeschwächt werden, und da alles dies geeignet ist, zu falschen Rückschlüssen auf den Zustand der Organe zu führen, so ist das Instrument für auscultatorische Zwecke nicht empfehlenswerth. Auch die percussorischen Eigenschaften, die der Erfinder ihm zuschreibt, sind nicht derart, dass das Instrument mehr leistet, als die üblichen, bisher gebräuchlichen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 45.)

- **Euchinin**, den Aethylkohlenensäureester des Chinins, hat Prof. C. v. Noorden (Frankfurt a. M.) in der Praxis

vielfach versucht, weil das Präparat (hergestellt von den Vereinigten Chininfabriken in Frankfurt a. M.) die Heilwirkung des echten Chinins haben sollte, ohne dessen störende Eigenschaften (schlechten Geschmack, Uebelkeit, Appetitlosigkeit hervorzurufen, Ohrensausen, Eingenommensein des Kopfes zu veranlassen u. s. w.) zu besitzen. Es sind zarte weisse Nadeln vom Schmelzpunkt  $95^{\circ}$  C., schwer löslich in Wasser, leicht löslich in Alkohol, Aether und Chloroform. Das Mittel ist gänzlich geschmacklos; bei längerem Verweilen auf der Zunge macht sich eine leicht bittere, an sehr schwache Chininlösung erinnernde Geschmacksempfindung geltend; giebt man es in Sherry, Milch, Suppen, Cacao, so schmeckt es nach nichts. Die Anwendung bei Kranken hatte nie unangenehme Nebenerscheinungen zur Folge. Das Mittel erwies sich als recht wirksam und zwar wirkten  $1\frac{1}{2}$ —2 gr Euchinin etwa so, wie 1 gr Chininsalz. Fälle von Malaria standen dem Autor nicht zu Gebote, das Mittel wurde aber benützt bei 15 Fällen von Pertussis (12 Mal vortrefflicher Erfolg), gegen das Fieber bei Phthisis, Sepsis, Abdominaltyphus u. s. w. (2 Mal täglich à 1 gr bewährten sich gut und ermässigten, resp. beseitigten nach einigen Tagen das Fieber ganz), endlich bei Neuralgieen.

(Centralblatt f. innere Medicin 1896 No. 48.)

— Zahnarzt D. Frohmann (Berlin) hat daselbst (Fröhlich'sche Apotheke) eine **Zahnseife** zum Zähnebürsten herstellen lassen, die allen Anforderungen, die man an ein Zahnconservierungsmittel nach den Grundsätzen der Hygiene zu stellen hat, genügt und folgendermaassen zusammengesetzt ist:

Rp.

*Thymol.* 0,25

*Extr. Ratanh.* 1,0

solve in

*Glycerin. fervid.* 6,0

adde

*Magnes. ust.* 0,5

*Natr. biborac.* 4,0

*Sapon. medic. ad* 30,0

*Ol. Ment. pip.* 1,0

(Therap. Monatshefte 1897 No. 1.)

— Einen Todesfall durch eine intrauterine Injection erlebte M. Hofmeier (Würzburg); 12 Stunden nach einer Injection mit 50 %iger Chlorzinklösung kam es unter peritonitischen Erscheinungen zum Exitus, und die Section ergab in der That acute Peritonitis. Wahrscheinlich spielte aber eine direct toxische Wirkung des Mittels mit (ein Uebertritt der Flüssigkeit durch die Tuben in die Bauchhöhle war sicher auszuschliessen). Im Anschluss an diesen Fall mahnt Autor zu grosser Vorsicht bei der intrauterinen Therapie. Verwendet man die Braun'sche Spritze, so kommen meist Unglücksfälle nur bei Anwendung ungeeigneter Flüssigkeiten vor. Eine solche ist Chlorzinklösung, besonders in einer Concentration über 10—15 %. Autor benützt jetzt nur concentrirte alkoholische Carbollösung, erweitert zuerst den Cervicalcanal, der eine gewisse Weite besitzen muss, und schickt ferner eine Ausspülung des Uterus mit 1 %iger Lysollösung (oder Carbol) voraus, wodurch nicht nur der den Uterus füllende Schleim beseitigt, sondern auch eine Verdünnung der Injectionsflüssigkeit geschaffen wird, welche sich jetzt gleichmässig über die ganze Oberfläche verbreitet und hier nur einen oberflächlichen Aetzschorf hervorruft.

(Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynäkologie, Bd. IV Heft 4.)



## Bücherschau.

### **Dr. Paul Börner's Reichs-Medicinal-Kalender 1897.**

Herausgegeben von Prof. Dr. Eulenburg und Dr. Julius Schwalbe. Leipzig 1896, Verlag von G. Thieme.

Nunmehr liegt auch Theil II des beliebten Kalenders vor, dessen grösster Abschnitt ausgefüllt wird durch die nach Ländern und Städten geordneten ärztlichen Personalien, ein Abschnitt, der wegen seiner Zuverlässigkeit und Genauigkeit von jeher hoch geschätzt wird. Auch die ärztlichen Vereine, die Zusammensetzung des Lehrkörpers der einzelnen Universitäten, der Aerztekammern, ärztlichen Behörden u. s. w. fanden volle Berücksichtigung, ebenso die Entscheidungen des Reichsgerichts, der Oberlandes- und Verwaltungsgerichte, des Reichsversicherungsamtes, die sanitären Gesetze, Erlasse, Verordnungen u. s. w., betreffend das Civil- und Militär-Medicinalwesen, aus der Zeit vom Juli 95 bis Juli 96 —, kurz dieser 2. Theil bildet ein ausgezeichnetes Nachschlagebuch für jeden Mediciner.

### **Arzneiverkehr für Krankenkassen.** Von Dr. Dronke.

Hamburg 1896, Verlag von W. Mauke Söhne. 178 S. Preis: M. 2.—.

Wir haben s. Zt. das Erscheinen dieses Werkchens, weil dasselbe einem vorhandenen Bedürfniss entsprach und allen Anforderungen, die man an ein derartiges Buch zu stellen hat, genügte, freudig begrüsst und demselben eine günstige Prognose gestellt. Es hat sich dieselbe bestätigt, da jetzt bereits die 2. Auflage nothwendig geworden ist. Der Verfasser hat, um seiner Aufgabe, eine

genaue „Anleitung zur Sparsamkeit bei dem Verordnen für Krankenkassen“, noch mehr gerecht zu werden, die Anzahl der durchgerechneten Beispiele, sowie die Anzahl der aufgenommenen Formulae magistrales noch wesentlich vermehrt, auch sonst Verbesserungen angebracht, die dem Büchlein sicher neue Freunde erwerben werden.

**Lehrbuch der Fracturen und Luxationen.** Von Dr. A. Hoffa. Würzburg 1896, Verlag der Stahel'schen Buchhandlung. 716 S. Preis: M. 21.—.

Das Hoffa'sche Werk hat bei seinem ersten Erscheinen sofort bei der Kritik und den Collegen die freundlichste Aufnahme gefunden und liegt jetzt bereits in der 3. Auflage vor. Dieser Erfolg ist ein wohlverdienter. Der praktische Arzt findet in diesem Buche das, was er für seine Zwecke braucht und wie er es braucht. Der Text ist ungemein klar und fesselnd, präcis, und doch alles Wichtige enthaltend, die Illustrationen im Text (408) und die 29 colorirten Tafeln tragen ihrerseits noch viel zum Verständnisse bei, und so findet der Arzt in Wort und Bild eine vortreffliche Unterlage zum Studium und Nachschlagen in dem so überaus wichtigen Gebiete der Chirurgie vor. Der Verfasser hat selbstverständlich die Fortschritte der Wissenschaft auch in der neuen Auflage voll und ganz seinen Lesern vorgeführt, er nimmt in allen Punkten auch Bezug auf die Erfahrungen, welche wir der Unfallgesetzgebung verdanken und lässt sich auch in seinen therapeutischen Angaben nicht so sehr von den Grundsätzen der Klinik leiten, als er auf die Bedürfnisse der täglichen Praxis hinzielt; so giebt er der Ansicht nachdrücklichst Ausdruck, dass die ambulante Fracturenbehandlung dem praktischen Arzte wenig empfehlenswerth ist, während im Krankenhaus damit gute Erfolge zu erzielen sind, etc., kurz, wir haben es mit einem Buche zu thun, das für die Praxis geschrieben ist und dem praktischen Arzte wärmstens empfohlen werden kann.

**Festschrift zum 25jährigen Professoren-Jubiläum von E. Hagenbach-Burckhardt.** Gewidmet von seinen Schülern. Basel und Leipzig, Verlag von Carl Sallmann. 236 S. Preis: M. 4,80.

Eine prachtvolle Gabe ist es, welche die Schüler des bekannten Professors der Kinderheilkunde und Directors des Baseler Kinderspitals ihrem verehrten Lehrer darbringen, eine Gabe aber auch

werthvoll für jeden Kinderarzt, für jeden Praktiker überhaupt. Sämmtliche neun in dem sehr schön ausgestatteten Werke enthaltenen Aufsätze bieten des Interessanten und Lehrreichen für jeden Arzt so viel, dass die Anschaffung des Buches aufs Wärmste empfohlen werden kann. Greifen wir einen dieser Aufsätze heraus: „Zur geographischen Verbreitung und Aetiologie der Rhachitis,“ der den Privatdoc. Dr. E. Feer zum Autor hat, so finden wir eine geradezu classische Bearbeitung des Stoffes, die eine Fülle von neuen Gesichtspunkten entwickelt und von der ersten bis zur letzten Seite fesselt und anregt. Aber auch die übrigen Themata: „Eine Schichtstaar-Familie nebst Bemerkungen über diese Staarform überhaupt“ (Prof. Dr. Hosch), „Ueber congenitale Missbildungen“ (Dr. Fahm), „Ein Fall von Diabetes insipidus im Kindesalter“ (Dr. Eichenberger), „Chronischer Ikterus bei zwei Geschwistern im Säuglingsalter“ (Dr. Brandenburg), „Anatomische Untersuchungen über Muskelatrophie articulären Ursprungs“ (Dr. Sulzer), „Ueber Intubation bei Kehlkopfcroup“ (Dr. Wieland), „Ein Fall von traumatischer Haemorrhagie des Gehirns“ (Dr. Adam), „Ueber weitere Fälle von metastatischen Eiterungen nach Empyem im Kindesalter“ (Dr. Meyer) bieten eine überaus interessante Casuistik und die Resultate umfangreicher Untersuchungen dar, deren Kenntniss für den Praktiker höchst wichtig ist. So bildet in Wirklichkeit das Buch, dem auch drei vortreffliche Lichtdrucktafeln beigegeben sind, eine Festgabe für die Aerzte überhaupt, in deren Bibliothek es daher nicht fehlen dürfte.

### Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde.

Herausgegeben von Prof. Dr. Eulenburg. Wien u. Leipzig, Verlag von Urban & Schwarzenberg. Bd. XII. Preis: 15 M.

Rasch, wie die Abnehmer des rühmlichst bekannten Werkes es gewöhnt sind, ist dem 11. Bande nunmehr der 12. gefolgt, welcher die Artikel „Irrengesetzgebung“ bis „Krankenpflege“ enthält. Ersterer ist von Pelman verfasst, letzterer von Gurlt. Von grösseren und besonders hervorhebenswerthen Artikeln in diesem Bande, der sich seinen Vorgängern würdig anreihet, nennen wir noch: „Irenstatistik“ von A. Oldendorff, „Kaiserschnitt“ von Schauta, „Katheterismus“ von Englisch, „Keratitis“ von v. Reuss, „Keuchhusten“ von Baginsky, „Kinderlähmung“ von Seeligmüller, „Kindersterblichkeit“ von Baginsky, „Kindstödtung“ von Halban, „Kleidung“ von George Meyer, „Knie“ von Gurlt, „Knochen“, „Knorpel“ von Karl v. Bardeleben, „Körpergewicht“, „Körperlänge“ von Buschan.



**Tagesfragen der operativen Gynäkologie.** Von Prof. Dr. E. Fränkel. Wien 1896, Verlag von Urban & Schwarzenberg. 130 S. Preis: M. 3.—

Der als gewissenhafter Forscher und bewährter Operateur bekannte Breslauer Gynäkologe giebt uns hier, wie er selbst erklärt, „eine vorurtheilsfreie Prüfung des heutigen Standpunktes in den Hauptfragen der operativen Gynäkologie, an der Hand praktischer Erfahrung und durch längere Beobachtung geklärten Urtheils.“ Dass diese Erfahrungen nicht in einer grösseren Staatsklinik, sondern in einer privaten Anstalt gesammelt sind, macht dieselben dem Praktiker besonders interessant, das kleine Werk besonders lesenswerth. Die einzelnen Capitel des Buches lauten: Die Narkose, Antisepsis und Asepsis, Ovariectomie, Adnexoperationen, Myomotomie, Nachbehandlung Cöliotomien, Totalexstirpationen des Uterus, Ventri- und Vaginaefixuren des Uterus, Scheiden-Damm- und Cervicoplastik, Operation der submukösen Uterusmyome und fibrösen Uteruspolypen, diverse Operationen, geburtshülfliche Fälle. Auch der praktische Arzt kann viel in dem Werke lernen und eine schätzenswerthe Uebersicht gewinnen über den Stand des heutigen Wissens und Könnens in den betreffenden Gebieten, und wird daher gewiss das Werk gern in die Hand nehmen.

**Bibliothek der medicinischen Wissenschaften.** Herausgegeben von Prof. Drasche. Teschen, Verlag von Karl Prohaska. Preis der Lieferung: M. 1.—

Heute liegen uns von diesem hervorragenden Sammelwerke, das wir schon so oft rühmend erwähnten, die Lieferungen 113—127 zur Besprechung vor. Bekanntlich ist das Werk alphabetisch, ausserdem aber nach den einzelnen Disciplinen besonders angeordnet. Die vorliegenden Lieferungen umfassen die Abtheilungen: 1. „Hygiene und gerichtliche Medicin“ (1.—5. Heft), Artikel „Abdeckereien“ bis „Ernährung“, 2. „Interne Medicin und Kinderkrankheiten“ (Bd. III, Heft 12—17), Artikel „Sputum“ bis „Tuberculosis pulmonum“, und 3. „Augenkrankheiten“ (Heft 8—11), Artikel „Glaukom“ bis „Keratitis“ besprechend. Eine Reihe bewährter Autoren führen uns wieder die Themata in mustergültiger Weise vor.



*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Grützer in Sprottau.*

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N. 8.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*Mai*

*VI. Jahrgang*

*1897*

---

**D**ie früher erschienenen fünf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Agrypnie.** Ueber eine noch unbekannte Nebenwirkung des Trionals berichtet Dr. L. Kaempffer (Werneuchen). Es handelte sich um einige ältere, an Magen- resp. Lebercarcinom leidende und in ihrem Ernährungszustande aufs Aeusserste heruntergekommene Personen männlichen wie weiblichen Geschlechts, die einige Wochen vor ihrem Ende über hartnäckige Schlaflosigkeit klagten, ohne aber viel Schmerzen zu haben. Sie erhielten je 1 gr Trional in der üblichen Form. Der Erfolg war jedoch in allen (4) Fällen ein negativer, ja es trat sogar statt der Schlafwirkung ein eigenthümlicher Aufregungszustand ein, der die ganze Nacht anhielt. Die Kranken, sämmtlich nicht Potatoes, gaben an, zwar bald nach dem Einnehmen des Mittels eine gewisse Müdigkeit verspürt zu haben, jedoch ohne in festen Schlaf zu kommen; dann habe sich ihrer eine grosse

Unruhe mit Angst und Herzklopfen bemächtigt, die immer stärker geworden sei, sodass sie schliesslich phantasirten, zum Theil sogar allerhand Erscheinungen sahen und aus dem Bett springen wollten; dieser Zustand habe bis gegen Morgen angehalten, wo sie dann einige Stunden in einen unruhigen Halbschlummer versanken. Autor erklärt diese Erscheinungen folgendermaassen. Zunächst ist an den schlechten Ernährungszustand der Pat. zu denken, den Inanitionszustand ihres Gehirns, in dem die Ernährungsverhältnisse sicher keine normalen waren; es ist wohl anzunehmen, dass ein Hypnoticum auf ein mangelhaft ernährtes Hirn in abnormer Weise einwirken kann. Auch die im Körper kreisenden, carcinomatösen Stoffwechselproducte spielten vielleicht eine Rolle, indem sie sich dem Trional gegenüber event. antagonistisch verhielten. Endlich wurde jedenfalls die Wirkung des Trionals paralysirt und ein künstlicher Aufregungszustand erzeugt durch die unter der ländlichen Bevölkerung herrschende Abneigung gegen Schlafmittel, durch den Glauben, man könne bei einem solchen künstlichen Schlafe „drin bleiben“ \*).

(Therap. Monatshefte 1897 No. 2.)

**Anaesthesia, Narkose. Einige Mittel zur Erzeugung von Analgesie in dem hinteren Harnorgan hat Scharff (Stettin) empfohlen (Centralbl. f. d. Krankh. der Harn- und**

\*) Dass dieser Factor in der That eine ganz wesentliche Rolle spielt und nicht allein bei der „ländlichen Bevölkerung“ in Betracht kommt, lehrte mich ein jüngst beobachteter, den obigen Fällen ähnlicher Fall. Eine den besten Ständen angehörende, nervöse Dame wurde von einer heftigen Ischias befallen. Nachdem Pat. einige Nächte schlaflos verbracht, verordnete ich ihr Trional, und zwar, da die Dame sehr kräftig und auffallend gross ist, gleich 1,25 gr mit 0,0075 Morphinum, letzteres wegen der in der Nacht ziemlich heftigen Schmerzen. Trotzdem verlief die Nacht vollkommen schlaflos, ja Pat. wurde sogar, nachdem sie kurz nach dem Einnehmen etwas Schläfrigkeit verspürt, recht aufgeregt und die Schmerzen waren ärger, als in den früheren Nächten. Tags darauf erfuhr ich von der Pat. auf Nachfrage, dass sie, die zum ersten Male ein Schlafmittel genommen, sich sehr geängstigt habe, dass sie im Schlafe „drin bleiben“ könne. Ich redete der Dame dies gründlich aus und sie schien auch dann ihre Furcht verloren zu haben. Am Abend dieselbe Medication, wie den Tag vorher, und darauf — 8stündiger, erquickender continuirlicher Schlaf!

Dr. Graetzer.

Sexualorgane, Bd. VIII No. 1), und zwar sollten diese Mittel nicht in der viel weniger wirksamen Form der Suppositorien, sondern in wässriger Lösung per rectum mittelst der etwa 5 gr fassenden Oidmann'schen Spritze applicirt werden. Bei acuter Urethrocystitis, quälendem Tenesmus, Krämpfen des Sphincter intern. mit dem bekannten Symptom des Auspressens weniger Bluttröpfen, ebenso auch bei acuten Entzündungen der Prostata und des Nebenhodens kommen folgende Formeln in Betracht:

Rp.

*Morph. mur.* 0,3  
*Atropin. sulf.* 0,01  
*Aq. dest.* 100,0

Rp.

oder: *Extr. Opii* 1,5  
*Extr. Bellad.* 0,5  
*Aq. dest.* 100,0.

Eine Oidmann'sche Spritze einer dieser beiden, ins Rectum gespritzt, bewirkt nach 10—15 Minuten Linderung, und hat besonders die erstere neben der rein schmerzstillenden des Atropins wegen krampfstillende Wirkung. Handelt es sich um gleichzeitig fieberhafte Zustände, so thut folgende Lösung gute Dienste:

Rp.

*Antipyrin.*  
*Natr. salicyl.*  $\bar{aa}$  10,0  
*Aq. dest.* 100,0.

Will man die reflectorischen Wirkungen der Mastdarmmuskulatur und das Gefühl leichten Brennens, das oft dabei entsteht, vermeiden, so setze man noch 1 gr Cocaïn zu. Mit letzterer Lösung, zur Hälfte verdünnt, kann sich der Pat. bei besonders schmerzhafter, mit Fieber verbundener Epididymitis oder Prostatitis 3 Mal täglich eine Einspritzung machen, wodurch die sonst qualvollen Zustände ganz ausserordentlich erleichtert werden. — Der Referent dieser Arbeit, Ernst R. W. Frank, hat sich seit  $\frac{1}{2}$  Jahr in zahlreichen Fällen von der Richtigkeit dieser Angaben Scharff's überzeugen können und empfiehlt die Methode warm.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 6.)

— Zur Erzeugung einer Anaesthesie auf Schleimhäuten und bei schmerzenden Wunden soll sich sehr gut folgende 10 %ige Eucäinsalbe eignen:

**Rp:***Eucain. hydrochloric. 1,0**Ol. Olivar. 2,0**Lanolin. 7,0.*

M. f. ung.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 2.)

— Bei **Pruritus ani** und **P. pudendorum**, auch bei **juckenden Haemorrhoiden** soll folgende Salbe gut wirken:

**Rp.***Eucain. hydrochloric. 1,0**Menthol. 0,2**Ol. Oliv. 2,0**Lanolin. ad 10,0.*

M. f. ung.

(Ibidem.)

— Ueber seine Versuche mit **Elektro-Guajacol-Anaesthesie** macht Zahnarzt **R. Marcus** (Frankfurt a. M.) folgende vorläufige Mittheilung, welche auf 40 Erfahrungen basirt ist.

- „1. Mittelst der Kataphorese kann Guajacol-Cocain in das Oberhaut- und subcutane Gewebe gebracht werden und ruft dort vollständige Anaesthesie hervor (weder der Strom allein, noch die Guajacollosung als solche bewirkt eine so tiefe Anaesthesie).
2. Die Anaesthesie tritt nach  $7\frac{1}{2}$  Minuten langer Application der Guajacolcocainlösung mittelst des Stromes sicher ein und dauert 10—15 Minuten.
3. Die Stromstärke schwankte bis zur Erreichung der Anaesthesie zwischen 0,2—0,4 M. Ampère.
4. Die Pat. waren klar bei Bewusstsein, empfanden kaum den Strom, fühlten bei Zahnextractionen etc. nicht den geringsten Schmerz und waren von jeder Nachwirkung befreit.
5. Guajacol localisirt als Nichtleiter die Cocainlösung, verlangsamt dessen Resorption in den menschlichen Organismus und verhütet hierdurch schädliche Nachwirkungen.
6. Statt des von Morton angegebenen Cocain. hydrochloric. habe ich ein jodwasserstoffsäures Cocain verwendet.“

(Therap. Beilage zur „Deutschen medic. Wochenschrift“ 1897 No. 2.)

**Aphthen.** Dr. Amadeo Levy (Venedig) empfiehlt warm die **Behandlung mit Kal. chloric.**, und zwar die combinirt externe und interne. Er verordnet nach Monti gewöhnlich:

Rp.

*Kal. chloric. 4,0*  
*Tinct. Myrrh. 3,0*  
*Aq. dest. ad 200,0.*  
 M. D. S. Zu Injectionen  
 der Mundhöhle.

Rp.

*Kal. chloric. 1,0*  
*Aq. dest. 90,0*  
*Syr. Rub. Jd. 10,0,*  
 M. D. S. In Eis gekühlt,  
 2 stündl. 1 Theelöffel.

Nur bei hartnäckigen Fällen und heftigen Schmerzen sind Bepinselungen mit Salicyl (Hirtz) oder Sublimat von Nöthen:

Rp.

*Acid. salicyl. 2,0*  
*Alkohol. 10,0*  
*Glycerin. 20,0.*

Rp.

*Natr. salicyl. 20,0*  
*Aq. dest. 100,0.*

Rp.

*Hydrarg. bichlorat. corr. 0,1*  
*Aq. dest. 50,0.*

(Wiener medic. Blätter 1897 No. 5.)

**Arteriosklerose.** Dr. H. Kleist (Berlin) hat Jodvasogen (Klewer, Köln) intern mit gutem Erfolge vielfach angewandt und empfiehlt weitere Nachprüfung des Mittels als Ersatz für Jodkali, das, wahrscheinlich wegen des Kali, meist sehr bald ausgesetzt werden muss, und für Jodtinctur, die in der Regel rasch Magenkatarrhe erzeugt. Autor konnte Jodvasogene mehrere Wochen lang geben (8—10—12 Tropfen einer 6 0/0igen Lösung, in den ersten 8 Tagen 1/2 Stunde nach den drei Hauptmahlzeiten, später nüchtern vor denselben mit einigen Löffeln Wasser oder Wein als Schüttelmixtur); es wurde stets gut vertragen, regte die Verdauung und den Appetit an, machte keinerlei Nebenerscheinungen und wirkte prompt. Die nach A. sich früher oder später, auch bei intacten Herzklappen, einstellenden Herzbeschwerden, Engbrüstigkeit, Orthopnoë, Tachykardie, abwechselnd mit Arrhythmie, verschwanden regelmässig nach 14tägigem Gebrauch des Jodvasogens, und die Geräusche über den Herzklappen wurden allmählig

leiser; ebenso nahm der Eiweissgehalt des Urins bei der Form der auf A. beruhenden chronischen Nephritis stets ab, verschwand zeitweise ganz, kehrte allerdings nach längerem Aussetzen des Mittels, namentlich nach grösserer Anstrengung, wieder, war aber immer durch Jodvasogene auf geringer Höhe ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  pro mille) zu halten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 9.)

**Fremdkörper.** Ein während des Essens verschluckter Knochen war es, der am 28. Juli 1896 den 10jährigen Pat. zu Dr. M. Feldmann (Jaroslau) führte. Der Knabe behauptete, der Knochen sei ihm in der rechten Seite des Halses stecken geblieben. Autor fand nichts, und der Junge konnte schon Tags darauf schmerzlos schlucken. Nach 3 Wochen fand Autor den Pat. mit geneigter Kopfhaltung (wie bei Torticollis), jedoch verging diese und die begleitende Schmerzhaftigkeit unter Ichthyolsalbe, und von da erfreute sich der Knabe des besten Wohlseins. Erst Anfang December erschien in der vorderen unteren Halsgegend eine kleine empfindliche Geschwulst von Nussgrösse, die bis Mitte December unter zunehmender Empfindlichkeit die Grösse eines Apfels erreichte. Nach Incision floss stinkender, jauchiger Eiter hervor, worauf ein 2 cm langer und  $\frac{1}{4}$  cm breiter Hühnerknochen zum Vorschein kam. Derselbe hatte also vor 5 Monaten die Musculatur des Rachens perforirt und so langer Zeit bedurft, um bis in die Lücke zwischen den beiden Sternokleido-mastoideus-Köpfen zu wandern. Der Abscess heilte rasch ab.

(Wiener medic. Presse 1897 No. 2.)

— Einen Fall von Verschlucken eines künstlichen Gebisses publicirt Dr. Fr. Franken (M.-Gladbach). Eine bis dahin ganz gesunde Frau fand er mit beschleunigter, angestregter und stark röchelnder Respiration; Pat. war stark cyanotisch an Gesicht und Lippen, und aus dem Munde lief fortgesetzt in reichlicher Menge schaumiges, blutig-seröses Sputum. Man musste an acutes Lungenödem denken, und da Campher, heisse Krüge u. s. w. nichts nützten, die Prognose als üble ansehen. Gegen Mittag des nächsten Tages fand Autor die Pat. aber unerwartet in besserer Verfassung: die Ath-

mung war ja noch etwas erschwert und leicht röchelnd, Pat. war auch noch etwas cyanotisch, aber bei vollem Bewusstsein; sie klagte über Halsschmerzen und empfand beim Geniessen von etwas Wein und Brühe auch mässige Schmerzen. Im Halse fand Autor nichts vor, ebenso nicht Tags darauf, wo die Schluckbeschwerden weit ärger wurden und kein Tropfen Flüssigkeit mehr den Hals passiren wollte, auch Kehlkopf und seitliche Halsparthieen auf Druck von aussen sehr empfindlich waren, obwohl die Athmung jetzt ganz frei war. Zufällig bemerkte da ein anwesender Sohn der Pat. deren zahnlosen Oberkiefer und fragte, wo denn das Gebiss sei. Pat. legte dasselbe beim Schlafen nie ab. Es wurde überall gesucht, vergebens. Da machte Autor eine Digitaluntersuchung und — eine Prothese mit 7 Zähnen kam tief unten aus dem Schlund hervor. Der Fremdkörper musste sich anfänglich über den Aditus ad laryngem festgesetzt haben, vielleicht auch mit einem Schenkel zwischen die Glottis selbst gerathen sein, wodurch die stürmischen Anfangssymptome hervorgerufen wurden; später wurde er durch Schlingen und Husten von da fortgerückt und hinter den Larynx in den Anfangstheil der Speiseröhre geschoben, sodass die Athmung frei wurde, aber nichts mehr geschluckt werden konnte, indem der F. das ganze Lumen des Oesophagus versperrte.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 6.)

— **Eine Hühnerlaus als F. in der Cornea** fand Dr. Fischer (Neufriedenheim). Eine an Conjunctivitis erkrankte Frau zeigte die äusserst charakteristische ringförmige Gestalt um die Cornea, welche den Verdacht auf F. lenkte. Und in der That fand Autor bei seitlicher Beleuchtung im inneren unteren Quadranten der Cornea einen schwarzen Punkt, der, mit der Staarnadel entfernt, sich unter der Lupe als längliches Oval von auffallender Regelmässigkeit mit kurzen, feinen (6—8) Fortsätzen am Rande präsentirte. Pat. und andere Leute, welche durch die Lupe sahen, bezeichneten den F. als Hühnerlaus. Hühner leiden ja sehr viel von Läusen; Pat. muss von einem Huhn im Hühnerstall gelegentlich ins Gesicht geschlagen worden sein, wobei die Laus zufällig ins Auge gerieth und sich in der Hornhaut festklammerte.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 5.)



**Gonorrhoe.** Beiträge zur Frage der Uebertragung der Gonokokken bei Augenblennorrhoe liefert Prof. Dr. Welander (Stockholm). Ein Mann trägt seit 11 Jahren ein Emailauge. Wenn er dies nicht richtig rein gehalten hat, ist es vorgekommen, dass in der Augenhöhle Eiterung eintrat, die aber nach Reinigung des Auges bald wieder verschwand. Zuletzt aber stellte sich jetzt eine Eiterung ein, die von Tag zu Tag zunahm. In der Augenhöhle zeigte sich eine bedeutende purulente Entzündung. Im Eiter reichlich Gonokokken. Bei der Untersuchung der Genitalien fand sich jetzt eine acute G. vor. Sicher hat Pat., als er das Emailauge zur Reinigung hinausnahm, mit seinen Fingern Tripper-eiter aufs Auge übertragen. Einige Tage früher kam ein ähnlicher Fall dem Autor zur Beobachtung. Eine Frau, die in der Küche des Krankenhauses beschäftigt war, trug auch ein Emailauge. Auch sie bekam, wenn letzteres nicht gut gereinigt wurde, zuweilen eine Reizung und gelinde Eiterung in der Augenhöhle, die aber immer bald verschwand. Diesmal war dies aber nicht der Fall, vielmehr nahmen die Symptome immer mehr zu. In der purulenten, sehr reichlichen Absonderung fanden sich Gonokokken. Pat. behauptete mit grösster Bestimmtheit, nie ein Genitalleiden gehabt und auch seit länger als einem Jahre den Coitus nicht ausgeübt zu haben. Bei der gewöhnlichen Untersuchung ihrer Geschlechtstheile (der Urethra, der Ausführungsgänge der Bartholin'schen Drüsen, der Vagina und Cervix) war nicht die geringste purulente Absonderung, nichts Abnormes zu entdecken; ebensowenig war es möglich, bei der gewöhnlichen Untersuchung auf Gonokokken solche in einem Genitalsecrete zu entdecken. Es wurde dann eine Cultur auf Ascites-Agar versucht, und da gelang es, aus dem beinahe klaren Cervixsecret, eine Reincultur von Gonokokken zu erhalten. Also bestätigte sich die Vermuthung, dass ein Gonokokkenherd bestand und die Infection durch Finger, Handtücher etc. ins Auge getragen worden war. Auch vor Jahren hat Autor interessante Fälle erlebt. Eine Frau war seit Mai in einem Krankenhause wegen Rheumatismus und Anschwellung eines Kniegelenks in Behandlung. Man vermuthete, dass es sich um G. handelte, hatte aber nichts diesbezügliches entdecken können. Am 10./7. bekam Pat.

eine purulente Entzündung im linken und am 13./7. im rechten Auge. Es fanden sich bei der Untersuchung, die Autor vornahm, im Secret aus den Augen und in dem der Urethra Gonokokken. Pat. wurde bald nach dem Auftreten der Blennorrhoe im linken Auge isolirt, d. h. in einen grossen Saal gelegt, in dem zur Zeit nur eine ältere Frau lag, die aber ihr Bett in einem durch eine nicht ganz bis an die Decke reichende Bretterwand abgeschlossenen Theile dieses Saales hatte. Selbstverständlich wurde die grösste Reinlichkeit beobachtet und ebenso möglichste Vorsicht, dass diese Frau keine Gemeinsamkeit mit der an der Blennorrhoe leidenden Pat. hatte. Gleichwohl bekam jene am 15./7. Augenblennorrhoe; eine G. fand sich bei ihr nicht. Wie war das zu erklären? Autor hat früher Untersuchungen darüber angestellt, wie lange die Gonokokken ihre Vitalität bei Eintrocknung des Trippereiters behalten können, und er fand, dass er auf einem Leinenlappen, auf einem Deckglas oder dergl. eingetrocknetes, stark gonokokkenhaltiges Trippersecret in die Urethra eines gesunden Mannes bringen konnte, ohne dass dadurch bei ihm eine G. oder Reizung hervorgerufen wurde; schon drei Stunden nach seiner Herausnahme aus der Urethra hatte das Secret, wenn es eingetrocknet war, seine Virulenz verloren, die Untersuchungen zeigten aber auch, dass die Gonokokken im Trippereiter ausserhalb des menschlichen Körpers ihre Vitalität behalten, sobald derselbe feucht verbleibt, sodass bei einem gesunden Manne durch Einführung solchen nicht eingetrockneten Eiters in die Urethra eine acute G. hervorgerufen werden konnte, auch wenn seit der Herausnahme dieses Eiters aus der Urethra einige Stunden verflossen waren. Da nun in jenem Krankenhause grosse Reinlichkeit herrschte, konnte mittelst Fingern, Handtüchern etc. nicht eingetrocknetes Secret sicher nicht in das Auge der in dem abgeschlossenen Raum liegenden Frau gebracht worden sein. Autor konnte die Uebertragung nur so erklären, dass sie durch Fliegen, die zahlreich in jenem Saale waren, geschehen sei. Die Frage war nur die, wie lange an den mit Trippereiter in Berührung gekommenen Beinen einer Fliege ein solcher kleiner Eiterrest haften kann, ohne dass die in ihm befindlichen Gonokokken ihre Vitalität verlieren. Autor suchte

dies durch Versuche zu ergründen und fand, dass eine Fliege wenigstens 3 Stunden lang Reste des Eiters haben kann, dessen Gonokokken noch die Fähigkeit haben, sich zu vermehren und zu entwickeln. Es ist demnach wahrscheinlich, dass G. durch Fliegen übertragen werden kann, und es ist eigentlich auffallend, warum dies nicht häufiger geschieht. Es liegt an den kräftigen Reflexbewegungen, wodurch das Auge in der Regel sofort fest geschlossen und dadurch das Eindringen fremder Körper in dasselbe zu verhindern gesucht wird, ebenso wie an der starken Thränensecretion, welche event. kleine Körper rasch fortschwemmt. Es müssen besonders günstige Zufälle obwalten, wenn es zur Uebertragung kommen soll. Autor erlebte schon eine Augenblennorrhoe-Epidemie, wo Fliegen eine Rolle zu spielen schienen. 1883 trat in einem Entbindungshause eine Epidemie der Blennorrhoea neonatorum (33 Fälle) auf. Im Augensecret aller erkrankter Kinder fanden sich Gonokokken. In dem Urethralsecret der Mutter, deren Kind zuerst erkrankt war, fanden sich ebenfalls solche vor, sonst noch bei zwei Müttern, bei den anderen nicht. Es war natürlich gleich bei Beginn penibelste Vorsicht angewendet worden und trotzdem verbreitete sich das Leiden weiter. Wenn man bedenkt, wie oft Fliegen sich auf den Augen solcher kleiner Kinder niederlassen, erscheint die Sache erklärlich.

(Wiener klin. Rundschau 1896 No. 52.)

— Prof. Dr. Eversbusch wendet seit sieben Jahren folgende Therapie bei Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen in der Erlanger Universitäts-Augenklinik an: Solange die Hornhaut unversehrt ist, nimmt er weder Argent. nitric. noch Sublimat oder Jodoform, und nur, wenn ein Auge erkrankt ist, schützt er das gesunde Auge durch tägliche Einträufelungen eines einzigen Tropfens einer 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>igen Argent. nitric.-Lösung (es darf mit einem 15 cm langen, 3 mm dicken und an beiden Enden rund abgeschmolzenen und glatten Glasstabe nur ein kleines Tröpfchen in die eben geöffnete Lidspalte eingeträufelt werden! — Ausserdem wird das gesunde Auge dadurch geschützt, dass der niedrige Nasenrücken des Kindes mit etwas Borvaseline bestrichen und stets das gesunde oder weniger erkrankte Auge zuerst gereinigt

wird). Auch in der Behandlung der ausgebrochenen Ophthalmoblenorrhoe ist die je nach dem Grade der Blenorrhoe und nach der Menge der Eiterabsonderung Tag und Nacht (doch soll das Kind nicht im Schlafe gestört werden!) 1—2stündlich zu wiederholende Reinigung der Augen die Hauptsache; dieselbe geschieht durch Abwischen des Eiters mit sterilen Wattebäuschchen und Spülung durch eine leicht angewärmte physiol. Kochsalz- oder 3 0/0ige Borsäurelösung mittelst kleiner Glaskölbchen (z. B. von Glasbläser Hildebrand, Erlangen). Ausserdem lässt Autor täglich 1 Tropfen einer 1/4 0/0igen Physostigminlösung — am besten Vormittags — einträufeln, wobei die Secretion oft auffallend abnimmt. Bei starker Eiterung Baden aussetzen! Allgemeine Ernährung sorgfältig leiten! Wenn bereits Substanzverluste der Hornhaut da sind, dann Argent. nitric., und zwar als Einpinselung; aber auch erst bei und nicht vor Beginn der Eiterung: Am besten beginnt man mit 1 0/0iger Lösung, geht dann allmählig zu 1 1/2—2—3 0/0iger Lösung über. Dies täglich zur selben Stunde 1 Mal, und nur, wenn bei regelmässigem Pinseln und trotz darnach 1—2 Stunden lang angewendeter Eisumschläge die profuse eitrige Secretion fortbesteht, 2 Mal täglich, aber stets nur dann, wenn von dem Aetzschorf nichts mehr zu sehen und die Epithelschicht der Bindehaut wieder regenerirt ist. So bis zum Verschwinden der eitrigen Secretion, nur dass man bei Verringerung derselben und bei Anschwellung der Schleimhaut allmählig zu einer 1—1/2 0/0igen Lösung heruntergeht. Ferner leisten gegen das Hornhautgeschwür, mag es central oder peripher sitzen, Einträufelungen von Physostigmin abwechselnd mit Skopolamin, gleich nach der Bepinselung und darnach 2—3 Mal in gleichen Zwischenräumen des Nachmittags vorgenommen, vorzügliche Dienste:

Rp.

*Physostigmin. salicyl. 0,05*  
*Sol. Sublim. (1,0 : 5000,0) 10,0.*

Ad vitr. nigr. opt. claus.  
 S. Gift! Zu Händen des Arztes.

Rp.

*Skopolamin. hydrobromic. 0,01*  
*Sol. Sublim. (1,0 : 5000,0) 10,0.*

Ad vitr. opt. claus.  
 S. Gift! Zu Händen des Arztes.

Selbst durch mehrere Wochen fortgesetzte Physostigmin-Einträufelungen erzeugen am Auge des Neugeborenen keine

kritischen Reizungen, noch weniger hintere Synechieen. Auch nach reichlicher Anwendung von Physostigmin lässt sich jederzeit durch Skopolamin eine gleichmässige und ausgiebige Erweiterung der Pupille erzielen. Dabei ist prognostisch bemerkenswerth, dass die Wendung zum Bessern stets mit dem Eintritt der Pupillenverengung einsetzt. Ausserdem macht man allstündlich Einträufelungen von Aqua chlorat. (1:2 bis 1:3 Aq. dest.), die gleichzeitig eine Reinigung des Bindehautsackes bewirken. Ebenso werden die reparativen Vorgänge im Geschwür erheblich gefördert durch Umschläge mit verdünntem Chlorwasser (anfangs lauwarm, mit Nachlassen der eitrigen Secretion allmählig wärmer).

(Centralblatt für Kinderheilkunde 1897 No. 1.)

- Einen casuistischen Beitrag zum Capitel **Wochenbett und G.** liefert Prof. H. Fritsch. Er wurde am 14. Wochenbettstage consultirt. Pat. will nie an Fluor gelitten haben, hatte nie Harnbeschwerden. Am 21. Juni erfolgte die Geburt. Fünf Tage später erkrankten die Augen des Kindes und es entwickelte sich eine gonorrhoeische Conjunctivitis beider Augen. Am 8. Wochenbettstag erkrankte die Wöchnerin ohne Frost. Abends Temp. 38,5°, ziemlich heftige Schmerzen, wehenartig, in der Mitte des Leibes. Die Schmerzen concentrirten sich bald auf die linke Seite, sie blieben heftig bei sonst ziemlich gutem Allgemeinbefinden und Temperaturen zwischen 38,0—38,8°. Am 5. Juli fand Autor an der Vulva und in den unteren Parthien der Scheide keinen Fluor. Bei Anwendung des Röhrenspeculums sah er die Portio mit wenigstens einem Esslöffel glasigen, nicht eitrigen und nicht blutig gefärbten Schleims bedeckt. Beim Abwischen leicht blutende Erosion beider Lippen, sich an einen linksseitigen Einriss anschliessend. Kein Exsudat, keine Härte oder Empfindlichkeit im Parametrium. Jedoch der linke Uteruswinkel, die Gegend der Tuba sehr druckempfindlich. Die durch die bimanuelle Abtastung erzeugten Schmerzen ziemlich stark; es sind dieselben, die auch spontan, bei der Defäcation, bei hastiger Drehbewegung im Bette und nach dem Urinlassen gefühlt werden. Im glasigen Secret einwandfreie, ziemlich zahlreiche Gonokokkengruppen. Bald Entfieberung. Pat. lag aber noch 6 Wochen zu Bett;

sie behielt eine schmerzhaft Perimetritis sinistra, ohne dass je ein Tumor nachzuweisen war. Der Ehemann hatte vor 5 Jahren eine Gonorrhoe, die aber ausgeheilt war; sein Hausarzt hatte die Heirath erlaubt und der zur Vorsicht noch consultirte Dermatologe hatte nichts gefunden (nach des Letzteren Mittheilung waren allerdings gröbere Zeichen einer G. nicht vorhanden, doch entzog sich der Pat. der Untersuchung, als eine mikroskopische Untersuchung und das Provocationsverfahren unternommen werden sollten). — Der Fall beweist, dass eine latente G. des Mannes eine G. der Frau erzeugt, die bis zum Wochenbett so symptomlos verlaufen kann, dass sie unbeachtet bleibt! Interessant war noch, dass der Ehemann bei dem häufigen Coitus in der ersten Zeit der Ehe keine acute G. bekam, trotzdem aber die Frau inficirte, die nun ihrerseits, obwohl Virgo, kein acutes Stadium der G. durchmachte. Was nun den letzteren Punkt anbelangt, so muss man Folgendes bedenken. Bei der Frau können verschiedene Regionen des Sexualapparates bei G. erkranken, z. B. Vulva, Vagina, Bartholin'sche Drüse, Harnröhre, Endometrium, Tube, Ovarium etc. Jede Infection einer dieser Regionen macht bestimmte Symptome. Harnbeschwerden fehlen z. B., wenn die Harnröhre nicht Sitz der G. ist (das ist aber sehr oft der Fall), Geschwüre der Vulva fehlen, wenn diese frei bleibt (was bei älteren Personen z. B. meist geschieht), Schmerz und Beschwerden fehlen ebenso beim Coitus, wenn die Vagina nicht erkrankt ist (bei Multiparen, auch bei manchen Primiparen), Schmerzen und übelriechende Eitersecretion fehlen, wenn allein die Cervixschleimhaut erkrankt (woher sollen sie kommen, da die Cervix unempfindlich und ihre Oberfläche nicht gross ist?). So kann es vielfach kommen, dass das acute Stadium ohne die bekannten Symptome verläuft. Was die Diagnose der G. im Wochenbett anbelangt, so sagt Autor: „Wenn eine Erkrankung ohne jede äussere Ursache, in der späteren Zeit des Wochenbetts unter sehr mässigem Fieber entsteht, wenn man sich sagen muss, dass von einer Wundinfection bei diesem Verlaufe nicht die Rede sein kann, so wird man an Tripper zu denken haben. Auch dann, wenn die kindlichen Augen ohne Instillation völlig gesund sind! Namentlich die grosse perimetrische Empfindlichkeit ohne Exsudat spricht für G. Dann

ist es Pflicht, „den Cervixschleim resp. den Eiter sich event. mit Hülfe des Röhrenspeculums zu verschaffen, um die Diagnose zu stellen“. Therapeutisch giebt Fritsch den Rath, von dem Momente an, wo man die G. erkannt hat, auszuspülen, ob es sich nun um G. in Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett handelt. Man spüle wenigstens 2 Mal täglich bei liegender Frau aus, am besten mit Argent. nitric. (aus Sparsamkeitsrücksichten spült man zuerst mit Wasser, entfernt allen Schleim und spült dann 250 gr einer Lösung 1:2000 nach), aber auch mit Liq. Alumin. acet. (100,0:1000,0), Zink. sulf. etc. (Lysol wirkt nicht genügend). Diese Irrigationen sind event. Monate lang regelmässig fortzusetzen.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1897 No. 1.)

— In einem Aufsatz: „Bemerkungen über einige neue Heilmittel“ spricht sich Dr. Schuster (Aachen) folgendermassen über die Behandlung der G. aus: „In der neuesten Zeit wird das Aiol auch als Specificum gegen G. empfohlen. Die G. ist überhaupt eine der bevorzugten Krankheiten für die Anpreisung neu erfundener Wundheilmittel; natürlich! gehört sie ja zu den häufigsten unbedeuten Leiden. Nun glaubt man oft mit dem zeitweiligen Aufhören der Absonderung Heilung erzielt zu haben, bis dann plötzlich der erneute Gonokokkennachweis den vermeintlichen Heilerfolg über den Haufen wirft; es ist nicht unwahrscheinlich, dass das Aiol auf diesem Gebiete dieses Schicksal mit so manchen anderen erleiden dürfte. Von allen alten antigonorrhoeischen Mitteln behauptet die allbekannte Vorschrift des Zink. sulfuric. in den gewiegten Händen erfahrener Reisenden ihren Heilwerth; sie führen sie als Arcanum und Talisman mit sich und theilen sie als solches leidenden Kameraden mit. Von allen neueren gegen G. empfohlenen Mitteln scheint das Kal. hypermanganic., das ebenso günstig wirkt, wie das früher von mir benützte Zink. hypermang., als eines der bewährtesten sich zu behaupten. Derjenige, der die Janet'sche Irrigationsanwendungsweise vorschriftsmässig durchführt, der wird — das kann ich nach einer mehr als vierjährigen Benützung dieser Methode bestätigen — sie trotz neuerer bewährter oder noch sich zu bewährender Heil-

mittel als einen ganz bedeutsamen Fortschritt in der Behandlung der gonorrhoeischen Urethritis anerkennen müssen, die schon aus dem Grunde, dass keine Instrumente in die Harnröhre geführt zu werden brauchen, auch in postgonorrhoeischen Affectionen nicht selten die ausgezeichnetsten Dienste thut. Es ist ja zuzugeben, dass ihre Anwendungsweise eine gewisse Geschicklichkeit verlangt, dass sie sich aber gar bald bei fortgesetzter Uebung leicht erlernen lässt. Man wirft der Methode in letzter Zeit vor, dass sie leicht Epididymitis veranlasse und dass viele damit Behandelte als Folge eine Cystitis davontragen. Ich muss nach meinen Erfahrungen sowohl dem einen wie dem anderen auf das Entschiedenste widersprechen. Was zunächst die Epididymitis betrifft, so kann ich im Gegentheil die Janet'sche Irrigationmethode als eine die beginnende Epididymitis coupirende empfehlen, wie sich solche zuweilen im Verlaufe der G. oder bei zurückgebliebener Urethritis posterior ausbildet. Sie vermag — so erkläre ich mir die wiederholt erzielte hemmende Wirkung bei derartigen begonnenen Epididymitiden — das Colliculum seminale und so auch die Mündungen der Ductus ejaculatorii mit der nicht reizenden, entzündungswidrigen resp. desinficirenden Flüssigkeit reichlich zu bespülen. Bei auch nur mässig entzündlicher Schwellung der Mündungsschleimhaut des Ductus ejaculatorius muss schon eine nach rückwärts wirkende Stauung eintreten, die die Erscheinung der beginnenden Epididymitis erklären dürfte; hätte man solche entzündete Ausführungsgänge frei vor sich liegen, so würde man sie gewiss mit Bähungen schwacher sogenannter Adstringentien behandeln. Was die Blase betrifft, so erträgt sie warme Kal. hypermang.-Lösungen im Verhältniss von 1:5000 und 1:4000 sehr gut und gewöhnt sich bald an stärkere ohne auffällige Reaction. Man muss nur die Vorschrift beachten, die Blase nicht zu sehr anzufüllen, bei Gefühl des Harndranges die Irrigation zu unterbrechen und die Blase entleeren zu lassen. Es kommt demnach auch bei einfachen Cystitiden die Janet'sche Irrigation viel eher als heilwirkend in Betracht. Was die Dauer der Irrigationen betrifft, so beendige ich dieselbe, wenn die wieder entleerte Lösung sich als durchsichtig klar erweist. Bei Frauen, die nach Paraplegieen wohl in Folge Katheterismus



Blasenkatarrh zurückbehalten hatten, erzielte ich durch die Janet'schen Irrigationen rasche Heilung.“

(Therap. Beilage zur „Deutschen medic. Wochenschrift“ 1897 Nr. 2.)

— Die Aetiologie einer bei einer Frau auftretenden **Rectumgonorrhoe** ist interessant. Pat. hatte sich, wie Murray mittheilt, gegen Verstopfung Darmeinläufe gemacht, und zwar mit einem Rohr, das heimlicher Weise von einem an G. leidenden Dienstmädchen zu Scheidenspülungen benützt wurde.

(Med. news 1896 No. 10. — Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 2.)

**Hernien.** Einen **Lungeninfarct** als Folge einer eingeklemmten Hernie beobachtete Dr. P. Klemm (Riga). Derselbe wurde zu einem Pat. mit incarcerirtem Leistenbruch gerufen. Es wurde die Herniotomie ausgeführt, welche ein gangränöses Darmstück zu Tage förderte. Die Operation gelang ohne jede Störung, der Kranke befand sich 3 Tagelang wohl, dann aber erkrankte er mit den charakteristischen Erscheinungen eines Lungeninfarcts, die mehrere Tage, besonders was die Haemoptoë betrifft, sich ziemlich intensiv geltend machten und dann allmählig verschwanden, sodass Pat. am 20. Tage gesund entlassen werden konnte. Es handelte sich sicher um einen Lungeninfarct. Für Pneumonie sprach nichts, auch Aspirationspneumonie war, da Pat. nicht gebrochen oder gewürgt hatte, ausgeschlossen; andere, ältere Veränderungen des Lungengewebes waren weder anamnestisch, noch objectiv nachweisbar, im Sputum fehlten ebenfalls elastische Fasern und Tuberkelbacillen. Woher kam aber der Infarct? Das Herz war gesund, Pat. hatte nie an Rheumatismus gelitten, es bestanden keine Thrombosen der palpablen Venen, keine Ulcerationen an den Schenkeln, kurz, es liess sich für die Infarctbildung sonst kein Grund finden, als eben die nekrotischen Vorgänge am strangulirten Darm. Betrachten wir einen solchen eingeklemmten Darm, so hat auch die Vorstellung einer Embolie von hier aus nichts Befremdliches. Die Darmwand befindet sich im Zustande hochgradiger Ernährungsstörung. Die Venen sind strotzend gefüllt, auf der Mucosa bilden sich nekrotische Herde, und, wo solche entstehen, kommt es auch zur Thrombenbildung, die sich natürlich auch auf die benachbarten Parthieen des Darmes und Mesen-

teriums fortsetzt. Die Darmwand selbst, in ihrer Vitalität herabgesetzt, lässt die im Darminnen vorhandenen Mikroorganismen ruhig ihre Strata durchwandern, und damit ist die Möglichkeit gegeben, dass die Thromben gelegentlich auch durch das Eindringen von Spaltpilzen infectiös werden. Manipulirt wird ja an dem Bruch dann genug, zum Losreißen von Gerinnseln bietet sich also reiche Gelegenheit und die Emboli gelangen auf dem Wege der Blutbahn auch zu den Lungen, um hier event. auch bei gelungener Hebung der Einklemmung noch nach Tagen eine Quelle der Gefahr zu werden und event. den Exitus herbeizuführen. Mit dieser Gefahr muss der Arzt also rechnen.

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1897 No. 4.)

- Ueber Verdauungsstörungen, verursacht durch H., lässt sich Kuttner (Berlin) aus. Es treten nämlich oft von Seiten des Verdauungstractus im Gefolge von H. schwere Symptome ein, welches Factum der Praktiker kennen muss, um solche Krankheitsbilder nicht zu verkennen und eine gänzlich nutzlose Therapie einzuschlagen. Nicht selten finden sich solche Verdauungsstörungen auch bei ganz kleinen Cruralhernien, wie sie namentlich bei Pluriparis vorkommen, ferner bei Personen mit weiten Leistencanälen, und bei chronischen Gastrointestinalerkrankungen sollte man stets auch diese Aetiologie berücksichtigen und genau nach H. forschen. Sehr schwere derartige Krankheitsbilder kommen ziemlich häufig bei Bauchdeckenbrüchen vor, auch wenn dieselben nicht eingeklemmt sind; z. B. Kolikanfälle, die bisweilen an Nieren- oder Gallensteinkoliken denken lassen, ferner dyspeptische Zustände, Störungen der Darmfunctionen, zu denen sich schliesslich Erscheinungen von Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie hinzugesellen. Nicht selten denkt man lange Zeit erst an Carcinom, Ulcus, Ektasie u. s. w., ehe man auf den Gedanken kommt, nach H. zu fahnden. Die Bauchbrüche sind oft recht klein und verborgen, sodass sorgfältigste Untersuchung von Nöthen ist. Sehr charakteristisch für Ventralhernie ist das sogen. Spritzphänomen: wenn der horizontal gelagerte Pat. hustet, tritt eine zitternde Erschüt-

terung ein. Zur Behandlung sind Bandagen unnütz, oft sogar schädlich. Eine radicale Heilung ist nur durch eine Operation möglich, die recht einfach und gefahrlos ist, die gastrointestinalen Beschwerden meist sofort zum Verschwinden bringt und nur selten Recidive aufkommen lässt. Durch eine Längsincision Blosslegung des Tumors, Exstirpation eines etwa vorhandenen Lipoms, nach Lösung und Versenkung des Stieles Naht der Bruchpforte, Abtragung etwa prolabirten Netzes, Vereinigung der Bauchdecken. Nachbehandlung: Bettruhe, Opium. Heilung unter Jodoformverband gewöhnlich binnen 14 Tagen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. Bd. I Heft 5.)

**Hysterie.** Ueber hysterische Haemoptoë, insbesondere bei Unfallkranken, lässt sich Prof. Strümpell (Erlangen) aus, anlässlich einer neuen Beobachtung. Januar 1896 wurde ihm zur Begutachtung ein 34jähriger Eisenformer zugeschickt, der am 24./4. 95 bei einem Unfall eine heftige Contusion der linken Brustseite erlitten hatte und zwei Rippen sich dabei gebrochen haben sollte. Am 3. Tage nach dem Unfall hustete er zuerst Blut aus.  $\frac{1}{4}$  Jahr lang war er nach der Verletzung bettlägrig, stand dann auf, aber noch jetzt hat er Schmerzen in der linken Seite und im linken Arm, ausserdem viel Husten und beständig blutigen Auswurf. Vor dem Unfall war er ganz gesund, diente auch als Soldat. Hereditär weder tuberculöse noch nervöse Belastung. Da eine schwere Erkrankung der Lunge angenommen worden war, bezieht Pat. eine hohe Unfallrente. Objectiv zunächst auffallend der Gesichtsausdruck, der hypochondrisch-melancholisch ist („Facies hysterico-traumatica“), dann ein fast beständiges Hüsteln und Räuspern. Letzteres kam, das hörte man, offenbar nicht von den tieferen Luftwegen her, sondern klang wie das Hüsteln z. B. bei schlechten Rednern. Schleimhaut des weichen Gaumens lebhaft geröthet und an vielen Stellen, namentlich an der Uvula, mit zahlreichen kleinsten haemorrhagischen Stippchen durchsetzt. Laryngoskopisch normale Verhältnisse, nur am Kehlkopfeingang etwas hellroth gefärbter Schleim. Lungen, Herz normal, ebenso Respiration, Harn u. s. w. Pat. blieb  $2\frac{1}{2}$  Wochen in der Klinik, wo er ausser über Brustschmerzen auch häufig über Kopfweg, Schlaflosigkeit u. A. klagte. Besonders bemerkens-

werth, dass sich in der Spuckschale des Pat. jeden Tag bei der Visite ca. 15—30 ccm eines deutlich blutig gefärbten Auswurfs vorfanden, der hauptsächlich aus zähem oder dünnerem Schleim bestand und nur ganz spärliche eitrige Beimengungen enthielt. Schleim durchweg hellrosa, viel heller als z. B. rostfarbenes pneumonisches Sputum. Im ganzen Auswurf vertheilt zahlreiche kleinste graue Partikelchen, aus zähem coagulirten Schleim bestehend, daneben Nahrungsreste, mikroskopisch nur verhältnissmässig wenige rothe und weisse Blutkörperchen, dagegen allenthalben zusammenhängende Haufen von grossen Pflasterepithelien, ausserdem zahlreiche Leptothrixfäden. Pat. wurde wiederholt auf das Ungefährliche seines Zustandes aufmerksam gemacht, das Husteln wurde weit seltener, hörte aber nicht ganz auf; ebenso das blutige Sputum. Autor schlug in Anbetracht der nervösen Beschwerden eine geringe Rente vor. Pat. arbeitete wieder, behielt aber seine Beschwerden in geringem Grade. Jüngst untersuchte Autor wieder, fand wieder objectiv nichts Anderes und erklärte den Mann für völlig arbeitsfähig. — Der Fall ist lehrreich, weil das keineswegs seltene Vorkommen eines derartigen völlig ungefährlichen und an sich belanglosen haemoptoischen Sputums noch nicht allgemein bekannt zu sein scheint. Das Blut stammt fast stets aus der Mund- und Rachenhöhle, vielleicht zuweilen auch aus dem Nasenrachenraum oder den obersten Theilen des Kehlkopfes. Das Blut kommt in vielen Fällen aus dem Zahnfleisch, manchmal (s. oben) aus der Gaumenschleimhaut. Eine genaue Untersuchung der Mund- und Nasenhöhle, absichtliches Reiben am Zahnfleisch u. dergl. lassen meist die Quelle rasch erkennen. Noch wichtiger nähere Untersuchung des Sputums: Blutgehalt hier ein auffallend geringer, weit geringer, als bei echtem haemorrhagischem Sputum (daher die hellrothe Farbe!), ferner auffällig Mangel an eitrigem Beimengungen, wie sie bei chronisch-entzündlichen Affectionen die Regel sind. Auch die mikroskopische Untersuchung weist deutlich auf den Ursprung des Auswurfs hin: Zahlreiche breite Pflasterepithelien, Leptothrixrasen, Speisereste etc. Die Ursache der Blutung bei H. liegt einfach in der rein mechanischen Schädigung, welche die betreffenden Mund- und Rachenschleimhaut-

theile durch das beständige Hüsteln, Räuspern, Saugen erfahren. Das eigentliche Krankheitssymptom ist also der hysterische Husten, der eben durch krankhafte Vorstellungen und Willensreize unwillkürlich erzeugt wird. Die primäre krankhafte Vorstellung ist die Einbildung, dass eine Erkrankung der Lunge oder der Luftwege vorliege und dass deshalb Husten eintreten müsse. Je öfter die Hustenbewegungen erfolgen, um so mehr werden sie zur Gewohnheit, zum Zwange, und durch dies fortdauernde Hüsteln entsteht schliesslich in Folge des mechanischen Reizes ein wirklicher katarrhalischer Zustand im Rachen und event. kann auch das Zahnfleisch durch Saugen, Reiben mit der Zunge u. dgl. oberflächlich verletzt werden, sodass blutig tingirter Schleim und Speichel zu Stande kommen. Bei Unfallkranken ist das natürlich noch häufiger, da hier noch oft der Wunsch, sich als schwererkrank hinzustellen, hinzukommt, aber es kommt oft genug auch bei nichttraumatischer H. vor, z. B. bei Lungen-Hypochondern, die beständig in Angst vor Phthisis leben. Schon das Andauern des blutigen Auswurfs muss hier stutzig machen, und wenn der Pat. berichtet, dass er „seit Jahr und Tag beständig Blut spucke“, so ist das stets verdächtig. Man kann sich gar leicht in der Diagnose irren! Kam da z. B. in die Klinik ein junges Mädchen mit heftigen Nacken- und Rückenschmerzen, Nackenstarre, Empfindlichkeit der Wirbelsäule, anhaltendem blutigen Auswurf und unzweifelhafter geringer Bronchitis; im Auswurf reichlich eigenthümliche Pilzdrusen, wirklich sehr ähnlich Aktinomyces-Haufen. Also: Aktinomykose der Lungen und der Wirbelsäule! In Wirklichkeit: „Hysterie, nichts als Hysterie!“ wie Charcot sagte. Das Sputum stammte aus der Mundhöhle, die Pilze waren grosse Leptothrixhaufen. Die Symptome verloren sich in kürzester Zeit bei passender Behandlung.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1897 No. 1.)

- Heilung der hysterischen Aphonie durch Bromäthyl-narkose ist Dr. Arslan (Padua) zwei Mal geglückt. Beide Male wurde den betreffenden Patientinnen in sitzender Stellung der Narkosekorb vorgehalten, auf welchen 20 gr

Bromaethyl geschüttet wurden. Als die Pat. halb bewusstlos waren, wurden sie aufgefordert, ihren Namen laut zu sagen oder laut zu zählen, was in beiden Fällen prompt und mit normaler Stimme geschah. In diesem Momente setzte Autor mit den Inhalationen aus und drang energisch darauf, dass die Pat. fortführen zu sprechen, was ebenfalls glückte, sodass beide Male nach einer Sitzung dauernde Heilung eintrat.

(Wiener medic. Presse 1897 No. 8.)

- Einen casuistischen Beitrag zur Aetiologie der Narkolepsie liefert Dr. A. Hecht (Beuthen, O.-S.). Anfälle von Schlafsucht kommen bei H. sowohl, als auch bei Epilepsie vor. Da sich aber Epilepsie und H. combiniren können, ist es nicht ausgeschlossen, dass ein solcher Fall von Schlafsucht, selbst wenn er bei einem Epileptiker auftritt, dennoch hysterischer Natur ist. So hatte Autor Gelegenheit, 2 Anfälle bei einem Pat. zu beobachten, die er anfangs um so mehr als epileptische deuten zu müssen glaubte, als der betreffende Pat. seit Jahren an Epilepsie litt und niemals vorher Symptome von H. dargeboten hatte, die sich aber bei näherer Prüfung doch als hysterische erwiesen. Es handelte sich um einen 17jährigen Knaben, der seit 11 Jahren an echter Epilepsie leidet; obwohl hereditäre Belastung, Lues, Alkoholismus auszuschliessen sind, ist an der Diagnose nicht zu zweifeln, da Autor den Pat. seit 2 Jahren behandelt und wiederholt Anfälle selbst beobachtete. Pat. wurde auch mit Opium-Brom nach Flechsig behandelt, und wenn auch diese Therapie die Anfälle nicht dauernd zu beseitigen vermochte, so bewirkte sie doch, dass dieselben Monate lang sistirten und dann wesentlich seltener auftraten, als früher, wo Pat. trotz Brombehandlung fast täglich von mehreren Anfällen heimgesucht wurde. Am 21./5. 96 nun wurde Autor zum Pat. gerufen, weil derselbe seit mehreren Stunden gänzlich bewusstlos sei. Die Mutter theilte jetzt mit, dass Pat. in der 5. Stunde Nachmittags heftig geweint habe, weil ihm sehr schlecht sei; gleichzeitig seien im linken Arm Zuckungen aufgetreten, welche die Mutter veranlassten, den Kranken ins Bett zu bringen, wo er bald eingeschlafen sei. 4 Stunden darauf kam Autor und fand Folgendes: Pat. schläft wie ein Gesunder; Athmung ruhig, nicht stertorös, regelmässig; Puls regelmässig,

76, nicht gespannt; Pupillen erweitert, Reaction auf Licht-einfall, Blicklinien geradeaus gerichtet; Cornealreflex, Patellar-, Cremaster-, Bauchdeckenreflex erhalten; totale Anaesthesie des ganzen Körpers; lässt man die unteren Extremitäten zum Bett heraushängen, so hängen sie nicht schlaff herunter, sondern zeigen einen gewissen Grad von Muskeltonus, ebenso fallen die Hände, wenn man sie erhebt, nicht willenlos herab, sondern verharren einige Zeit in gestreckter und erhobener Stellung. Dieser Zustand dauerte bis zum nächsten Tage, Nachmittags 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Uhr; an diesem Tage noch rhythmische Zuckungen des M. sternokleidomastoid., die ein fortwährendes Nicken des Kopfes veranlassten, zu bemerken, sowie ein sich regelmässig wiederholendes Schlucken. Da nach diesem Befunde an H. gedacht werden musste, machte Autor jetzt eine Aetherinjection, die aber nur Verziehung des Gesichtes hervorrief. Als aber Pat. energisch angerufen und an den Händen erhoben wurde, da verharrte er in sitzender Stellung, trank, aber konnte nicht sprechen, da völlige Aphasie bestand; da 24 Stunden lang Urin nicht entleert worden, sollte Pat. Harn lassen, die Blase war aber leer, und erst einige Stunden später erfolgte Harnentleerung. Tags darauf kehrte die Sprache wieder; es bestand aber Ageusie auf beiden Zungenhälften, sowie Anaesthesie der Rachenorgane, endlich völlige Amnesie. Gehen konnte Pat. sogleich nach dem Erwachen. Am 5./6. nun trat ein ähnlicher Anfall auf. Pat. klagte über heftige, neuralgiforme Schmerzen in den linken unteren Intercostalnerven, worüber er in lautes Weinen ausbrach und dann einschlief. Gleich wie beim ersten Anfall war profuse Schweisssecretion des ganzen Körpers zu constatiren, ebenso fanden rhythmische, nickende Kopfbewegungen statt. Womit hatte man es hier zu thun, mit einem epileptischen Aequivalent oder mit Hysterie? Für letztere sprachen: Die Möglichkeit, den Pat. zu erwecken, der ausgesprochene Muskeltonus, die totale Anaesthesie, die Aphasie, Ageusie, das Erhaltensein der Reflexe etc., die profusen Schweisse, die neuralgischen Schmerzen, die Schluckbewegungen und Zuckungen des Sternokleidomastoideus dagegen sieht Autor als epileptische Symptome an, also es ist kein reines

Bild, sondern eben eine Combination von Epilepsie und Hysterie.

(Der ärztl. Praktiker 1897 No. 6.)

**Lupus.** Von einer Heilung eines intranasalen L. durch Guajacolvasogen berichtet Dr. H. Bergeat (München): Im September 1896 kam in seine Behandlung eine 40jährige, mit L. der ganzen äusseren Nase und der anstossenden Wangenparthieen behaftete Pat., die auch an der inneren Fläche der Nase lupöse Veränderungen aufwies. Letztere nahm Autor in Angriff. Es fanden sich die an der Umbiegung der Cartilagine alares gelegenen Gruben und eine rundliche Stelle rechts am Septum nasale, dicht hinter der Spina nasalis anterior, etwa 6 mm in den verschiedenen Richtungen messend, in ulcerösem resp. granulösem Zustande; ferner war die rechte mittlere Muschel in ihrer ganzen Ausdehnung in ein borkenbelegtes körniges Polster von grösserem Umfange verwandelt, sodass der mittlere Nasengang und der Zugang zur Riechspalte verlegt waren; die übrige Nasenschleimhaut zeigte eine nicht spezifische Schwellung; in dem besonders in der rechten Nasenhöhle producirten serös-schleimig-eitrigen Secrete liessen sich keine Koch'schen Bacillen auffinden. Der bestehende Spitzenkatarrh und die Anaemie der Pat. liessen eine Auskratzung nicht zu, weil hierbei die Blutung oft eine recht profuse ist. Autor versuchte daher zunächst Milchsäurelösungen und Ichthyol mit Salbe und Vasogen, es liess sich aber nur am Septum ein langsames Schwinden der Granulationen erzielen, und auch nur vorübergehend, da im November binnen 14 Tagen an gleicher Stelle ein Geschwür sich entwickelte, welches trotz fortdauernder Ichthyolanwendung den Knorpel etwa in der Ausdehnung eines halben Kleinfingernagels blosslegte. Jetzt machte Autor einen Versuch mit Klever's 10%igem Guajacolvasogen: Es wurden mit demselben Wattepfropfe von geeigneter Form und Grösse getränkt und an der mittleren Muschel in ihrer ganzen Länge, sowie nach Möglichkeit zwischen derselben und dem Septum, ferner in der vordersten Nasengrube und auf dem Geschwür am Septum deponirt. Die Pfröpfe wurden in der Nase belassen, jedoch die Anweisung gegeben, sie jedenfalls vor der Schlafenszeit durch Aus-



schnauben, wenn möglich, zu entfernen. Das war 1—3 Stunden lang ziemlich schmerzhaft, ging aber ohne Cocain ab. Im Laufe von 1—1½ Monaten heilten nun sämtliche afficirten Stellen, bei meist 2tägiger Anwendung des Mittels, vollkommen aus; die mittlere Muschel gewann, am spätesten in ihrem mittleren Theile, eine normale Grösse und Glätte, das Geschwür am Septum, wo Autor am freiliegenden Knorpel mit dem scharfen Löffel etwas nachhalf, heilte unter Bildung einer etwas blässer gefärbten, seichten Mulde aus, und auch die Haut in der vordersten Grube wurde vollkommen glatt, blieb aber verdünnt und leicht geröthet. Im Februar d. J. kam es zu einer neuen Knötcheneruption am vorderen Rande jener vertieften Stelle am Septum und zum Auftreten von wenigen Knötchen auf der anderen Seite des häutigen Septums; die Heilung erfolgte aber ganz prompt nach wiederholter Application von Pfröpfen, und zwar unter dem Bilde der einfachen Resorption. Bis zum October ist jetzt ein neues Auftreten des L. nicht erfolgt, sodass man wohl von Heilung sprechen kann. Nebenbei waren ja auch Airoleinblasungen in die Nase gemacht und intern Kreosot gegeben worden, diesen Mitteln ist aber jener Erfolg wohl kaum zu danken gewesen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 52.)

- Die Bedeutung des L. der Schleimhäute würdigt Dr. Ch. Audry (Toulouse). Er behauptet, der primäre L. der Haut sei ein seltenes Vorkommniss und es nehme z. B. der Gesichtslupus in der überwiegenden Mehrheit der Fälle seinen Ausgang von Bacillensiedelungen auf der Nasenschleimhaut. Autor hat nämlich seit drei Jahren die Nasen aller seiner Pat., die an L. vulgaris faciei litten, untersuchen lassen, und stets fanden sich auf der Nasenschleimhaut, besonders auf den Muscheln, tuberculöse, ulcerative oder lupoide Erosionen. Hier ist auch der Grund, warum bei gewöhnlichen Formen gerade die Mitte des Gesichts und die Nase so häufig betroffen sind und warum z. B. jüngst von Strauss der Koch'sche Bacillus auch auf der Nasenschleimhaut gesunder Individuen gefunden wurde. Autor behauptet also: „Der L. der Haut entwickelt sich im Allgemeinen

aus einem primären tuberculösen Herd, der entweder auf der benachbarten Schleimhaut oder in den tieferen Geweben (Knochen, Gelenke, Synovia) seinen Sitz hat. Der reine, primäre L. der Schleimhäute ist ebenso häufig, wenn nicht noch häufiger, wie der reine, primäre L. der Haut. Die Ansiedelungen des Koch'schen Bacillus in den Nasenhöhlen und den oberen Theilen der Luftwege ist von ganz besonderer praktischer Bedeutung. Bei der Behandlung des Gesichtslupus müssen unbedingt auch die tuberculösen Erosionen der Nasenschleimhaut berücksichtigt werden.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1897 Bd. XXIV No. 4.)

**Neurasthenie.** Dass es rein nervöse Herzgeräusche giebt, lehren wieder 3 von Dr. L. Hoeflmayr (München) mitgetheilte Fälle. Der erste betraf einen Eisenbahnbeamten, der vom Bahnarzt zur Beförderung abgelehnt worden war, da er einen Herzfehler habe. Pat., neuropathisch belastet, war bisher nie herz- oder rheumatisch leidend gewesen. Er bot ein blühendes, gesundes Aussehen dar, keinerlei Symptome von Anaemie, wohl aber solche einer mittelschweren cerebralen N., geringere Verbreiterung des Herzens nach rechts, leichte aber deutliche Verstärkung des 2. Pulmonaltons, blasendes systolisches Geräusch an der Herzspitze, deutlich daneben hörbare Töne, regelmässigen, normalen Puls von 92—104. Das am Herzen bestehende Geräusch wechselte auffallend an Stärke und verschwand auch vorübergehend, allerdings sehr selten ganz. Im Verlauf einer 4wöchentlichen tonisirenden Behandlung wurde nicht nur die N. fast vollständig beseitigt, sondern auch das Geräusch am Herzen, nachdem es allmählig schwächer geworden und seltener sich gezeigt hatte. Das Leiden war durch die Aufregungen der bevorstehenden Beförderung, die Anstrengungen bei Vorbereitung zum Examen dazu etc. entstanden. Pat. blieb nun gesund, bis er heirathen wollte. In Folge seelischer Aufregungen kam es da zu einem Recidiv, das aber wieder nach 4wöchentlicher Behandlung gehoben wurde und bis jetzt (13 Monate) sich nicht wiederholt hat. Die Therapie hatte in hydro- und psychotherapeutischen Maassnahmen, Elektrizität, Regelung der geistigen und körperlichen Thätigkeit, sowie der Diät bestanden. Fall 2: Als Arzt einer Lebensversicherung

sollte Autor einen 25jährigen Juristen, der eben sein Examen beendet hatte, untersuchen. Pat., ein äusserst kräftig gebauter, erblich belasteter, stets aber gesund gewesener, absolut nicht anämischer, nur sehr stark geistig übermüdeteter Mann wies nur am Herzen ein intermittirendes systolisches Geräusch und geringe Vergrösserung des Organes auf (December 1895). Autor empfahl die Aufnahme. October 1896 untersuchte Autor den Herrn zufällig wieder, der bis dahin keine Herzbeschwerden gehabt hatte: am Herzen bestanden jetzt durchaus normale Verhältnisse. Im 3. Falle handelte es sich um einen 20jährigen Kaufmann, der in Folge drohenden Stellungswechsels Aufregungen hatte und deshalb stark nervös war. Ueber der ganzen Herzfigur ein systolisches und ein kurzes diastolisches Geräusch und ein gespaltener 2. Ton an der Mitralis. Nach 16 Tagen Behandlung (Brom, Hydrotherapie, Diät) befand sich Pat. vorzüglich und auch objectiv war nichts mehr nachweisbar. — Die Kenntniss solcher Fälle ist für den Arzt sehr wichtig, da die Annahme eines Herzfehlers den Neurastheniker nur noch nervöser macht und die Heilung erschwert, die sonst rasch und vollkommen eintritt. Woher aber kommen die Herzgeräusche? Nun, es handelt sich um Cerebralneurastheniker, um von Haus aus mit schwachen Nerven-elementen begabte Menschen, die gleichzeitig den Schädlichkeiten geistiger Ueberanstrengung in schlecht ventilirten Räumen ausgesetzt sind. Das Innervationscentrum für die Nervenfasern, die sowohl die Herzthätigkeit hemmend reguliren, als auch die Papillarmuskeln zu ihrer Action beim Klappenschluss, dem sogenannten „Stellen der Klappen“ gehörig innerviren sollen, befinden sich unter dem schädigenden Einfluss einer venösen Hyperaemie und einer mit CO<sup>2</sup> überhäuftten Ernährungsflüssigkeit. Dieser Einfluss äussert sich als fortdauernder Reiz so lange, als diese Verhältnisse gestörter Circulation und verminderten Gasaustausches des Blutes bestehen. Ein längere Zeit hindurch dauernder Reiz aber bewirkt eine Ermüdung der gereizten Stelle und diese Ermüdung äussert sich dann in einer Schwächung der von da ausgehenden Impulse, sodass diese in ungenügender Stärke zu den Papillarmuskeln ge-

langen und ein vollständiger Schluss der Klappen nicht zu Stande kommen kann. Mit der strengen Durchführung einer die Circulation energisch hebenden Therapie und einer vermehrten Zufuhr von O durch fleissige Bewegung in der Luft heben sich die das Vaguscentrum schädigenden Einflüsse und die Folgezustände verschwinden.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 4.)

**Perniones.** Dr. E. Müller (Stuttgart) empfiehlt einen **Heftpflaster-Compressivverband.** Nachdem die Extremität, damit sie möglichst blutleer wird, einige Zeit hochgelagert worden ist, werden schmale, 10—15 cm lange Streifen Kautschukheftpflaster dachziegelförmig so angelegt, dass die erkrankte Stelle völlig bedeckt ist. Die Streifen, straff angezogen, bleiben so lange liegen, bis sie aus äusseren Gründen abgenommen werden müssen.

(Correspondenzblatt des Württemberg. ärztl. Landesvereins 1896 No. 52.)

— Prof. A. E. Wright empfiehlt, **intern Chlorcalcium** (3 Mal täglich 1,5—2,0) zu geben, das die Gerinnbarkeit des Blutes zu steigern im Stande ist, welche bei P. herabgemindert ist. Unter acht Fällen erzielte er durch diese Behandlung 6 Mal vollständige Heilung alter Frostbeulen.

(Lancet, 30. Jan. 1897. — Therap. Wochenschrift 1897 No. 9.)

**Pleuritis.** Dr. H. Neumann (Potsdam) empfiehlt warm die **Behandlung der P. exsudativa mit Wernarzer Brunnen** (Bad Brückenau). In Hinsicht auf solche Fälle von serösen und serofibrinösen Exsudaten, bei welchen wegen des zu auffälligen Schwächezustandes des Kranken eine Operation nicht gemacht werden kann; bei allen solchen, bei denen keine Indicatio vitalis zur Operation drängt; endlich bei allen, in welchen das Exsudat nicht zu gross ist, aber auch keine Neigung zur spontanen Resorption zeigt und eine Operation umgangen werden soll, muss es von Werth sein, ein Heilmittel zu kennen, welches die erprobten günstigen Wirkungen der Salicylsäure ohne deren unangenehme Nebenwirkungen besitzt, ein Heilmittel, das, vollkommen unschädlich, im Stande ist, den Appetit anzuregen, die Verdauung, den Kräftezustand zu heben, dabei zugleich das Exsudat zu verringern und zum Schwinden zu bringen, und

zwar so schnell, dass die Thoraxverhältnisse keine ungünstigen Veränderungen erleiden. Solche Vorzüge besitzt eben nach des Autors Erfahrungen das Wernarzer Wasser, das sich ihm bei zahlreichen Fällen als vorzügliches Resorbens bewährt hat und sich als so heilkräftig erwies, dass die P. ohne jede andere Medication (abgesehen von Priessnitz-Einhüllungen), nur durch Genuss des Brunnens (20—25 Flaschen, auch weniger) zur Heilung gelangte, und zwar ohne Rücksicht auf den ätiologischen Ursprung der Erkrankung (die Mehrzahl war rheumatoid, 2 wahrscheinlich tuberculös, 1luetisch), was um so bemerkenswerther ist, als oft vorher Salicyl, Digitalis, Jod etc. ohne Erfolg angewandt waren. Autor stellt also den Wernarzer Brunnen in die vorderste Reihe unserer therapeutischen Hilfsmittel bei frischen und nicht zu sehr verschleppten Brustfellentzündungen mit rein serofibrinösem oder serösem (auch haemorrhagischem) Exsudat — vielleicht auch bei Perikarditis.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 5.)

**Syringomyelie.** Einen Fall von traumatischer S. bringt Dr. L. R. Müller (Erlangen, medicin. Klinik) zugleich mit dem betreffenden Gutachten von Prof. Strümpell, der den Fall beurtheilen sollte, da die früher begutachtenden Aerzte recht verschiedener Meinung waren. Pat., der augenscheinlich nicht übertrieb und einen recht günstigen Eindruck machte, hat schon 1890 einen schweren Fall auf der Treppe erlitten und war im letzten Jahre abermals so hart auf den Rücken und die rechte Seite gefallen, dass er mehrere Wochen ans Zimmer gefesselt war. Pat. klagt jetzt nur über Schwäche im rechten Arm und rechten Bein, das beim Gehen deutlich nachgeschleift wird. Früher dachten die Aerzte an eine cerebrale Affection, eine eingehende Untersuchung liess es aber als zweifellos erscheinen, dass ein spinales Leiden vorliege. Einige Muskeln an den oberen Extremitäten, so vorzüglich die Supra- und Infraspinati rechts waren atrophisch und zeigten fibrilläre Zuckungen. Obgleich Pat. nicht über Sensibilitätsstörungen klagte, wurde doch geprüft, und es fanden sich recht beträchtliche Ausfälle: Temperatursinn und Schmerzempfindung an beiden Händen alterirt, an manchen Stellen fast aufgehoben. Die spastische Schwäche

in der rechten unteren Extremität (Sehnenreflexe gesteigert!) konnte durch einen Herd im Halsmark gut erklärt werden. Strümpell beantwortete die an ihn gerichteten Fragen folgendermaassen:

- „1. Steht dieses Leiden mit dem Unfall des Pat. in Verbindung? — Diese Frage ist nach dem Stande unserer jetzigen Kenntnisse nicht mit voller Bestimmtheit, aber mit grösster Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Die eigentliche Ursache der S. beruht auf einer angeborenen abnormen Veranlagung des Rückenmarks. Zahlreiche Erfahrungen der letzten Jahre haben aber in auffallender Uebereinstimmung gezeigt, dass ein Trauma (insbesondere Fall auf den Rücken u. dergl.) theils das Bestehen der Krankheit begünstigen, theils den Fortschritt derselben wesentlich beschleunigen kann (durch secundäre traumatische Blutungen). Man kann die Möglichkeit nicht in Abrede stellen, dass die Verschlechterung des Zustandes mit dem neuen Unfall vom December 1895 in Zusammenhang steht.
2. Wie ist die jetzige Arbeitsfähigkeit des Patienten? — Sie ist nicht völlig aufgehoben, aber im hohen Grade beschränkt, weil der rechte Arm nicht unerheblich geschwächt ist, ebenso das rechte Bein. Jede anstrengende körperliche Arbeit ist unmöglich, leichte Arbeit dagegen (irgend eine leichte Beschäftigung mit den Händen, besonders Arbeit im Sitzen) kann ausgeführt werden.
3. Ist eine Aenderung des Zustandes des Pat. zu erwarten oder durch eine Heilmethode herbeizuführen? — Nein. Die Krankheit ist unheilbar. Sie schreitet aber meist nur sehr langsam fort. Besserung ist ausgeschlossen; dagegen ist eine sehr langsame Verschlimmerung wahrscheinlich. Rasche Verschlimmerung tritt in der Regel nur durch besondere Zwischenfälle ein. Eine besondere Behandlung des Pat. — abgesehen von allgemeiner Pflege und Schonung — ist unnöthig. Eine Herabsetzung der beantragten Unfallrente von 80 % in späterer Zeit ist kaum möglich, vielleicht ist eine Erhöhung nothwendig. Jedenfalls wäre eine erneute genaue ärztl. Untersuchung nach ca. 1 $\frac{1}{2}$ —2 Jahren dringend wünschenswerth.“

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897 No. 1.)

— Auch einen Fall von S. nach Trauma publicirt Dr. L. Huismans (Köln): Pat. erlitt im März 1895 einen Unfall, indem er auf dem Pflaster ausglitt und auf den rechten Ellenbogen fiel; am Abend desselben Tages fiel er nochmals, und zwar auf die rechte Schulter. Nach 17tägiger ärztlicher Behandlung begann er wieder zu arbeiten, obwohl noch fortwährend ziehende Schmerzen im rechten Arm und in der rechten Schulter vorhanden waren. Dieselben dauerten fort. Als April 1896 die rechte Schulter sehr dick wurde, setzte er die Arbeit aus. In der Familie keine Nervenkrankheiten früher oder jetzt. Lues nicht nachweisbar. Status August 1896: Beim Gehen wird das rechte Bein nachgezogen; Gang unsicher, Pat. steht nicht bei geschlossenen Augen. Beide Pupillen gleich gross, reagiren bei Lichteinfall und Accommodation. Patellarreflex links etwas gesteigert, rechts fehlt er vollkommen, auch bei Anwendung des Jendrassik'schen Handgriffes; beim Beklopfen der rechten Patellarsehne tritt eine Adduction des linken Oberschenkels ein. Bauchreflexe schwach, Cremasterreflex fehlt beiderseits, ebenso Fussclonus. Geringer Nystagmus. Die Fingerspitzen werden unsicher schnell gegen einander bewegt. Sprache normal. Mastdarmschluss gut, dagegen Kraft des Detrusor urinae herabgemindert, da Pat. „immer so lange stehen muss, bis er etwas Wasser fortbringt“. Zwischen der rechten und linken Schulter starke Asymmetrie; Umfang rechts 44 cm, links 35 cm. Rechts nämlich Deltoides, Infra- und Supraspinatus stark pseudohypertrophisch, links atrophisch. Auch der linke Cucullaris atrophisch. Rechter Deltoides colossal verdickt und zeigt in der Ruhe, wie die anderen Muskeln, fibrilläre Zuckungen. Beim Heben des Armes ziehen sich nur einzelne Bündel des Muskels zusammen, wodurch tiefe Furchen entstehen, — ein Beweis, dass auch schon in diesem massiven Muskel ein Theil der Fasern atrophisch und durch Fettgewebe ersetzt ist. Die Kraftleistung steht in keinem Verhältniss zum Umfang des Muskels. Umfang des Oberarmes rechts 28 cm, links 25 $\frac{1}{2}$  cm, des Vorderarmes rechts 27 cm, links 25 cm. Die kleinen Muskeln der Hand sind erst in der letzten Zeit verändert. Links Interossei und Thenar atrophisch, Adductor pollicis fast ganz weg; rechts Atrophie weniger ausgeprägt, aber doch deutlich

nachweisbar. Keine Affen- oder Klauenhand. Händedruck bedeutend schwächer, besonders links. Rechtes Bein entschieden dünner; als das linke. Grösster Umfang des Oberschenkels rechts 45, links 49 cm, der Wade rechts 34, links 35 cm. Leichte Parese des rechten Beins. Im Gesicht auffallend die etwas geringere Markirung der linksseitigen Mundfalten, auch Gesichtsmuskeln links nicht so voluminös. Beweglichkeit beiderseits normal. Linke Zungenhälfte vollkommen abgemagert, kaum halb so dick, wie die rechte. Die Zunge wird nach links vorgestreckt, die Schleimhaut über der gelähmten atrophischen Hälfte ist glatt und glänzend. In den Schultergelenken bei Bewegungen grobes Knarren vernehmbar. Am 2. Gelenk des rechten 2. Fingers Knochenaufreibungen, die vielleicht eine ähnliche Affection darstellen, wie sie an den Schultergelenken existirt. Faradische Erregbarkeit der Muskeln grösstentheils erhalten, die galvanische stark alterirt. Schmerzempfindung herabgesetzt, besonders über den afficirten Muskeln. Ausserdem besteht ausgesprochene Thermanaesthesia. Sonst alles normal bis auf eine vorhandene Kyphoskoliose der Brust- und Lendenwirbelsäule. — Es handelt sich offenbar um S., bedingt durch einen relativ unbedeutenden Unfall. Für die Diagnose sprechen die Muskelatrophie nach dem humeroscapularen Typus mit stellenweiser Hypertrophie, die Kyphoskoliose, die erhebliche Veränderung des Schmerz- und Temperatursinnes bei erhaltenem Tastsinn, die Parese des Detrusor urinae; die halbseitige Atrophie der Zunge, der Nystagmus, das Fehlen des rechten Patellarreflexes und die Arthropathien. Was letztere betrifft, so besteht hier das typische Bild bei S. an der Schulter. Die enorme Verdickung der rechten Schulter beruht nicht allein auf der Pseudohypertrophie der Muskeln, sondern auch auf einer in Folge der Arthropathie entstandenen Verdickung der Knochen und endlich auf einem noch bestehenden Gelenkserguss. Die Muskelatrophie trat hier nach dem humeroscapularen Typus auf, da die Handmuskeln lange normal blieben, während sich die Atrophie zuerst im oberen Extremitätengürtel localisirte und dann peripher fortschritt; meist ist es bei S. umgekehrt. Die Blasenstörung trat hier recht frühzeitig auf, sonst spät erst. Auffallend ferner die starken Bulbärsymptome! Die



anatomische Grundlage ist wahrscheinlich diese: Im Anschluss an den Unfall entwickelte sich eine Neuritis ascendens mit secundärer Erkrankung des Rückenmarks, und zwar einer Höhlenbildung in den grauen Vorderhörnern. Der Process war doppelseitig, daher die Affection beider Schultern. Es mussten auch — zur Erklärung der Bulbärsymptome — secundäre Degenerationen in der Medulla oblongata existiren. Ferner reichte der Process bis ins Lendenmark: 1. weil der rechte Patellarreflex fehlte (der Process sass hier im Reflexbogen); 2. wegen der Blasenstörung.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 8.)

**Ulcus molle.** Dr. E. Szántó sah sehr gute Resultate von **Salicylsalbe**; auch bei fressenden Geschwüren bewährte sie sich sehr. Die Wunde wird täglich mit Sublimat gereinigt und dann die Salbe, auf Gaze gestrichen, applicirt. Bei profuser Eiterung muss dies 2 Mal täglich geschehen. Die Formel lautet:

**Rp.**

*Acid. salicyl. 1,0*

*Vaselín. 30,0*

*Tinct. benz. 2,0.*

**M. f. ung.**

(Gyógyászat 1896 No. 50. — Pester medic.-chirurg. Presse 1897 No. 1.)



## Vermischtes.

---

- Ueber Tannoform und einige seiner therapeutischen Anwendungsformen lassen sich Dr. de Buck und Dr. de Moor (Gent) aus. Tannoform, von Merck aus Tannin und Formaldehyd hergestellt, ist ein voluminöses, gelbgraues, geruch- und geschmackloses Pulver, unlöslich in Wasser und organischen Lösungsmitteln, ausgenommen Alkohol, löslich in verdünnten Lösungen wässriger Alkalien. Der Gedanke, das sehr energisch adstringierend wirkende Tannin an das Formaldehyd zu binden, dessen local antiseptische, härtende und fixirende Eigenschaften ja bekannt sind, war ein sehr glücklicher. Die adstringirende Wirkung, welche in Folge seiner Unlöslichkeit im sauren Magensaft sicherlich im Darmcanal zum Ausdruck gelangen musste, wies auf eine Verwendung bei acuten und chronischen Darmkatarrhen; die antiseptischen, fixirenden und härtenden Eigenschaften liessen ferner einen therapeutischen Gebrauch als Antisepticum bei Wunden, atonischen Geschwüren, Hyperidrosis, Decubitus, Entzündungen von Schleimhäuten, sowie bei allerlei nässenden Eruptionen als aussichtsvoll erscheinen. Die angeführten Beispiele zeigen allerdings, dass das Tannoform recht wirksam ist, indem es zum Theil bei Fällen, die vorher bei einer anderen Therapie unbeeinflusst blieben, rasch Heilung herbeiführte. So z. B. bei Intertrigo und Erythemen Erwachsener und Kinder, wo es 3 Mal täglich nach Waschungen mit einem Decoct. folior. jugland. (50:1000) oder Borsäurelösung pur oder im Verhältniss von 1:5—4 Talk. applicirt wurde, bei locali-

sirter Hyperidrosis, wo dieselbe Art der Application eclatante Erfolge aufwies, bei nässenden Ekzemen, wo nach Waschungen mit 0,5  $\frac{0}{100}$ iger Sublimatlösung es ebenfalls als Streupulver angewandt wurde, oder auch in Salbenform, z. B.

**Rp.**

*Tannoform. 3,0*  
*Zink. oxyd. 6,0*  
*Vaselín. 30,0.*

M. f. ung.

Auch bei einem Kinde mit Impetigo facialis wurde es mit Erfolg benützt. Man entfernte bei der 3jährigen Pat. die Krusten mittelst mit Borlösung zubereiteten Wallnussblätterdecoct und folgender, 2 Mal täglich applicirter Salbe:

**Rp.**

*Tannoform. 3,0*  
*Vaselín. 10,0*  
*Lanolin. 20,0.*

M. f. ung.

Nach 4 Tagen vollkommene Heilung. Auch bei Decubitus und Gangrän bewährte es sich vortrefflich, ebenso bei Operationswunden, infectiösen Wunden, atonischen Geschwüren, bei ulcerirendem Lupus der Nase nach der Auskratzung. Besonders hebt Autor aber den überraschenden Effect bei Hyperidrosis, Decubitus und gangränösen Processen hervor. Stets erwies sich das Mittel als reizlos und ungiftig. Intern fand es Verwendung bei Darmkatarrhen von Kindern, wo es, 4 Mal täglich à 0,25 gereicht, ebenfalls prompt wirkte.

(Therap. Wochenschrift 1896 No. 43.)

— Auch Dr. Ernst R. W. Frank (Berlin) machte **therapeutische Mittheilungen mit Tannoform.** Er benützte es zunächst bei Ulcus molle; dasselbe wird zuerst 1 Mal mit reinem Formalin geätzt und dann mehrmals mit Tannoform bestreut, worauf sehr bald Heilung eintritt. Bei mit starker Secretion verbundenen postblennorrhischen Katarrhen der Cervix und Vagina leisteten Tannoform-insufflationen gute Dienste. Ebenfalls secretionsbeschränkend wirkt das Mittel bei stark nässendem Ekzem und bei

Ulcus cruris, sowie bei Intertrigo, wo 1maliges Aufpudern das Gefühl des Brennens und Trockenseins prompt beseitigt. Geradezu specifisch wirkt Tannoform bei Hyperidrosis und Bromidrosis; in wenigen Tagen schränkt die Einpuderung mit Tannoform die Schweisssecretion völlig ein. Autor sah schwere, seit vielen Jahren bestehende, jeder anderen Therapie trotzen Fälle binnen wenigen Tagen heilen. Für frische Wunden kann Autor das Mittel nicht empfehlen, es schien hier zu reizen und die Heilung zu verzögern, während bei inficirten, eiternden Wunden die Wirkung eine gute war.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1896 Bd. XXIII No. 9.)

- Als **Haarfärbemittel** empfiehlt Richter eine neuerdings hergestellte Verbindung, das „Aureol“. Das Präparat enthält 1 % Alkohol, 0,3 % Amidophenolchlorhydrat, 0,6 % Monoamidophenylamin aufgelöst in 50 % Spiritus, dem  $\frac{1}{2}$  % Natr. sulfuros. zugesetzt ist. Das Haar wird zuerst mit Soda- und Seifenlösung entfettet. Dann mischt man gleiche Theile der Farbstofflösung mit Wasserstoffsperoxyd (3 %), bringt die Mischung auf einen engen Kamm und durchtränkt beim Durchkämmen das noch feuchte Haar gleichmäßig; nach 2—3 Stunden ist es dunkelbraun, und die Farbe haftet auch der Seifenlösung gegenüber. Durch Wiederholung der Procedur kann man jede Farbnuance erzielen. Das Mittel ist völlig unschädlich, wie zahlreiche Versuche gelehrt haben. Autor hat sogar einem an Ekzem leidenden Pat. die Farblösung aufgespritzt, ohne Verschlimmerung dieser Affection zu beobachten.

(Dermatolog. Vereinigung zu Berlin, 3. Nov. 1896. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 94.)

- **Birkenblätterthee als mächtiges und unschädliches Diureticum** hat Prof. W. Winternitz schätzen gelernt, und zwar erfuhr er diese Wirkung zufällig durch den Bericht einer Pat., der dieser ihr von nichtärztlicher Seite verordnete Tee die besten Dienste geleistet hatte. Autor gab nun daraufhin mehreren seiner Pat. den Tee, und zwar nach den Vorschriften jener Pat. Es sollten danach die Birkenblätter im Frühjahr gesammelt werden, worauf sie in einem trockenen, luftigen, dunklen Raum in nicht zu dicker Schicht ausgebreitet und getrocknet werden. Sobald

sie vollständig dürr geworden, werden sie in Säcke oder Schachteln gefüllt und können jetzt benützt werden, und zwar nimmt man für eine Schale 25—35 gr der Blätter, übergießt dieselben mit 150—200 gr kochenden Wassers, lässt den Aufguss noch 1—2 Mal aufwallen und 1—2 Stunden im Infusum stehen, worauf die Blätter abgeseiht werden. 2—3 Schalen täglich soll der Pat. nehmen. Diese Tagesportion kann auch auf einmal bereitet werden, und den Thee kann der Pat. dann im Laufe des Tages kalt oder lauwarm trinken. Die Wirkung war auch bei den Pat. des Autors eine mächtige; die Diurese begann schon 24 Stunden nach der ersten Einnahme zuzunehmen, ohne dass irgendwelche unangenehmen Symptome sich geltend machten, und oft stieg die Urinmenge, solange der Thee gebraucht wurde (oft aber auch länger dauernde Nachwirkung), von 300—400 ccm auf 2000—2500.

(Blätter f. klin. Hydrotherapie 1897 No. 1.)

- **Ein Mittel, das Beschlagen der Kehlkopfspiegel zu verhüten,** giebt Dr. A. Kirstein (Berlin) an. Er sagt: „Wenn man auf einem trockenen Kehlkopfspiegel eine winzige Spur gewöhnlicher gelber Schmierseife verreibt und die Fläche dann mit einem trockenen Tuche in kreisenden Bewegungen polirt, bis der Spiegel wieder blank ist, so bleibt das so präparirte Glas beim Anhauchen vollständig klar. Einen in der beschriebenen, höchst einfachen Weise geseiften Kehlkopfspiegel kann man unerwärmt in den Rachen des Pat. einführen und zur Untersuchung der Luftwege gebrauchen, ohne je eine Trübung des Gesichtsfeldes durch Anlaufen des Glases zu erfahren. Bei ganz naher, stark schräger Betrachtung der geseiften und angehauchten Fläche sieht man allerdings bisweilen Interferenzfarben, die aber bei der wirklichen Kehlkopfuntersuchung nicht zur Perception gelangen.“

(Verein f. innere Medicin zu Berlin, 18. Jan. 1897. —  
Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 8.)

- **Heftklammern für Wunden** empfiehlt Dr. S. Wachsmann (Berlin). Derselbe hat sie bisher bei ca. 50 Wunden angewandt und war mit ihnen sehr zufrieden. Die Unbequemlichkeit des Einfädels und Knotens mit nassen oder von Blut klebrigen Fingern, die Möglichkeit einer Infec-

tion durch Nähmaterial, die Schmerzhaftigkeit des Nähens fallen hier fort. Es handelt sich um vernickelte, gerade, öhrlose Stahlnadeln (zu beziehen von H. Schulze, Berlin, Ziegelstr. 13), deren beide scharf geschliffenen Spitzen unter einem Winkel von  $45^{\circ}$  in derselben Ebene umgebogen sind. Die Einlegung erfolgt in der Weise, dass zuerst eine Spitze in einen Wundrand eingestochen wird, worauf der gegenüberliegende Rand etwas mehr herangezogen wird, als zur Anlagerung nöthig ist. In die so gespannte Haut wird die zweite Spitze eingedrückt, und jetzt bleiben die Klammern unverschieblich fest. Sie werden in gleicher Zahl und Reihenfolge angelegt, wie die Nähte. Zum Einsetzen benützt man eine kräftige, glatte Pincette, zum Herausnehmen ebenso, resp. die Finger, wobei es sich empfiehlt, die Haut leicht zusammenzudrücken, da so die Klammer wie ein Keil fast von selbst heraustritt. Die Desinfection der Klammern ist natürlich einfach und sicher, zur Anlegung ist etwa der 4. Theil der Zeit des Nähens ausreichend, und die Schmerzen sind dabei minimal, sodass auch bei ungeberdigen Kindern die Application eine bequeme ist. Die Anlagerung ist eine vollkommene, Druck- und Reizerscheinungen werden nicht erzeugt. In Beugefalten wo die Spannung der Haut fehlt, sind die Klammern nicht verwendbar.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 45.)

- Einen **Badehalter für Säuglinge** hat die Firma Georg Friedländer in Hamburg construiert. Derselbe stützt den in der Badewanne befindlichen Säugling durch eine dem oberen Theile des Rückens, den Schultern und dem Kopfe angepasste, mit weichem Stoffe bedeckte schräge Fläche, welche seitlich mittelst Umbiegungen über die Ränder der Badewanne gehängt wird. Gegen den Boden der Wanne wird die Tragfläche durch eine nach unten zurückgebogene Verlängerung abgestützt, welche eine leicht federnde Bewegung des Halters gestattet. Das Herabgleiten des Kindes wird durch zwei gepolsterte Armlehnen verhindert, welche unter die Achseln fassen, resp. an welche sich die Weichtheile des Oberarms leicht andrücken. Das Kind liegt also weich gebettet auf einer schrägen Mulde mit sehr flacher Höhlung; der obere Theil des Rückens befindet sich auf fester Basis, während von den

unteren Rückenwirbeln ab der Körper horizontal im Wasser schwebt. Die Athmung vollzieht sich in bester, freier Form. Gesäss und Beine sind vollkommen frei und ungehindert, die Kinder können strampeln, ohne dass die Sicherheit der Lage gefährdet wird; man kann sie sogar sich selbst überlassen, wenn man z. B. noch etwas herbeiholen will. — Auch in Krankheitsfällen Erwachsener könnte der Apparat, entsprechend modificirt, Verwendung finden, z. B. bei Dauerbädern (Typhus, Brandwunden), bei Epileptikern, Reconvalescenten etc.

(Aerztl. Polytechnik 1896 No. 10.)

— Ein **vereitertes Ovarium** sah Dr. Pourfoy bei einer Gouvernante, der, während sie zu Bett lag, ihr Zögling mit den Füßen auf den Leib gesprungen war. Pat. empfand sofort heftigen Schmerz in der linken Ovarialgegend; dann starke, langdauernde Blutungen, Abmagerung. Uterus vergrößert, stark retrovertirt, linkes Ovarium vergrößert, sehr druckempfindlich. **Exstirpation** des letzteren, das sich als vereitert erwies. Glatte **Reconvalescenz**.

(Dublin Journ. of med. sc. 1896 No. 8. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 85.)



## Bücherschau.

---

**Annalen der städt. Allgem. Krankenhäuser zu München.** Herausgegeben von Prof. Dr. v. Ziemssen. München 1896, Verlag von J. F. Lehmann. 366 S. Preis: M. 10.—.

Dieser Bericht aus dem Jahre 1894, welcher alle Abtheilungen der städt. Münchener Hospitäler umfasst und 16 wohlgelungene Abbildungen enthält, bildet wieder eine höchst interessante und lehrreiche Lectüre. Ausser den summarischen Uebersichten aus den einzelnen Instituten findet man zahlreiche wissenschaftliche Einzelarbeiten von hervorragender Bedeutung; so, um einige zu nennen: „Ueber die Behandlung der acuten Tonsillitiden mittelst parenchymatöser Carbol-Injectionen“, „2 Fälle von Lähmung nach Diphtherie“, „Ein Fall von Dermatitis exfoliativa“, „Ein Fall von Stichverletzung der Arteria subclavia unterhalb des Schlüsselbeins, Unterbindung, Heilung“, „Ein Fall von primärem Oesophaguscarcinom, interessant durch seltene secundäre Erscheinungen“ u. A. m. Man sieht, dass auch der Praktiker in dem stattlichen Buche genügend auf seine Rechnung kommt und das Werk mit vielem Nutzen studiren wird.

**Grundzüge der Hygiene.** Von Prof. Dr. Prausnitz. München 1897, Verlag von J. F. Lehmann. 507 S. Preis: M. 7.—.

1891 erschien die 1. Auflage dieses Werkes, 1894 die 2., jetzt liegt bereits die 3. vor. Trotzdem kein Mangel an Lehrbüchern der Hygiene in der medicinischen Litteratur herrscht, hat dies Buch also weiteste Verbreitung gefunden. Dieselbe hat es wohl haupt-



sächlich dem Umstande zu verdanken, dass es für den Praktiker geschrieben ist, dessen Intentionen allenthalben Rechnung trägt. „Kurz und klar“ ist die Devise des Autors, der es verstanden hat, auf einen kleinen Raum alles Wissenswerthe zusammenzutragen, ohne dass die Klarheit der Darstellung irgendwie darunter leidet. In der neuesten Auflage sind wieder auf Grund der modernen Fortschritte der Wissenschaft umfassende Umarbeitungen erfolgt, auch Text und Abbildungen — wir finden deren 205 in dem Buche — mannigfach vermehrt worden. So wurde z. B. ein Abschnitt über die körperliche Ausbildung der Jugend neu aufgenommen, ausser der Gesetzgebung des Deutschen Reiches auch diejenige Oesterreichs berücksichtigt u. s. w. Das Werk wird sicherlich wieder die freundlichste Aufnahme finden.

**Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung.** Von Prof. Dr. O. Rosenbach. Wien und Leipzig 1897, Verlag von Urban & Schwarzenberg. 1128 S. Preis: M. 28.—.

Wir sind bei Rosenbach gewöhnt, Originelles zu finden. Der Autor geht seinen Weg, unbekümmert um den Strom, mit dem die anderen schwimmen. Wir freuen uns dieser Originalität, die man heutzutage auch bei sonst hervorragenden Forschern nicht allzuhäufig findet, nur dürfte die Originalität sich nicht gar zu sehr bis auf die Ausdrucksweise erstrecken, wie es bei Rosenbach der Fall ist. Manche Stellen muss man bei seinen Schriften recht oft und intensiv lesen, ehe man sicher ist, den Autor richtig zu verstehen. Im vorliegenden Werke finden wir diese Schwäche, wenn man es so nennen darf, wohl weniger ausgeprägt, aber immerhin noch häufig genug. Das erschwert ein wenig die Lectüre des Buches, das sich sonst als eine hervorragende Bereicherung unserer Litteratur erweist. Dass das Thema nach allen Richtungen hin in erschöpfender Weise dargestellt wird, geht schon aus dem Umfang des Buches hervor. In der That enthält dasselbe über alle die Herzkrankheiten betreffenden Details, über alle daran sich knüpfenden Gesichtspunkte so genaue Schilderungen und Bemerkungen, wie wir bisher in keinem Werke gefunden haben. Wer also sich über alle diese Einzelheiten möglichst genau orientiren will, wird das Rosenbach'sche Werk mit bestem Vortheil benützen.



*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Grützer in Sprottau.*

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**Nr. 9.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesammten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*Juni*

*VI. Jahrgang*

*1897*

---

**D**ie früher erschienenen fünf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

**Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.**

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Dr. Leven (Elberfeld) empfiehlt warm folgende Methode zur Desinfection und aseptischen Aufbewahrung von Bougies und Kathetern. Nach jedesmaligem Gebrauch werden dieselben tüchtig mit absolutem Alkohol abgerieben und kommen dann in mit Paraffin. liquid. gefüllte Glasschalen, in welchen sie dann gebrauchsfertig bis zur Benützung ruhig liegen bleiben (bei langdauerndem Aufenthalt natürlich Erneuerung des Paraffins) und so schlüpfrig geworden sind, dass sie ohne Weiteres benützt werden können. Die Desinfection mit Alkohol ist genügend, wenn mindestens eine Minute lang damit energisch gerieben wird, und das Paraffin. liquid. hat die Eigenschaft, die Instrumente aseptisch zu erhalten, d. h. etwa aus der Luft eindringende Mikro-

organismen unschädlich zu machen, ohne den Inhalt der Schalen anzugreifen.

(Therap. Beilage zur „Deutschen medic. Wochenschrift“ 1897 Nr. 2.)

- Als vorzügliches Schutz- und Deckmittel für kleinere Wunden, z. B. an unseren eigenen Händen, empfiehlt Dr. Klein (Bremen) Collodium mit einem Zusatz von Perubalsam (1:10). Der Ueberzug hält Tage lang Waschen etc. aus.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 4.)

- Dr. Bronislaus Majewski (Przemysl) empfiehlt 25 %ige Hydrarg. oxyd. flav.-Salbe zur Wundbehandlung. Mit dieser Salbe (Hydrarg. oxyd. flav. 25,0 : Vaseline. 100,0) behandelte er alle Rissquetsch-, Schuss- und Bisswunden, die von Anfang an als inficirt angenommen wurden, ferner Panaritien, Geschwüre, Phlegmonen u. s. w. und war mit der antiseptischen Wirkung dieses Präparates sehr zufrieden. Unangenehme Nebenwirkungen erlebte er bei vorsichtiger Anwendung nicht; die Salbe wurde auf sterilisirte Gaze dünn aufgetragen und die Wunde mit derselben in einfacher Lage derart bedeckt, dass auf die gesunde Haut nichts zu liegen kam und die Salbe die Wundränder nicht überragte; waren ausgebreitete Incisionen nöthig oder bildete der Erkrankungsherd grosse vereiterte Höhlen, so wurden dieselben mit einem Sublimatgazetampon, dessen äussere Fläche eine einfache Schicht der mit der Salbe imprägnirten Gaze bildete, dicht ausgefüllt. Konnte man auf diese Weise an den Eiterungsherd heran, so sistirte regelmässig die Eiterung; auch grosse Eiterhöhlen bedeckten sich in überraschend kurzer Zeit mit kräftigen, gesunden Granulationen. Durch diesen Vorgang gelang es, die beginnende Eiterung bei Zellgewebsentzündungen, sobald der Pat. am 2. oder 3. Tage in Behandlung kam, jedes Mal zu coupiren. Ebenso vollzog sich bei sehr ausgebreiteten Rissquetschwunden der Haut die Abstossung der nekrotischen Gewebstheile äusserst rasch, fast ohne Eiterung. Die Incisionswunde wurde, nachdem sie mit Salbengaze ausgefüllt war, mit mehrfacher Lage von trockener Sublimatgaze bedeckt. Aehnlich verhielt es sich mit Schusswunden. Auch bei tuberculösen localen Herden vollzog sich so die Heilung nach Eliminirung des Krankheitsherd rascher, als unter

Jodoform, desgleichen bei Lymphdrüsenvereiterungen etc. Im Ganzen wurden so 1895/96 behandelt 18 Fälle von Caries, 181 von Fingerwurm, 237 von Zellgewebsentzündung, 200 von Abscess, 73 von Furunkel, 164 von Unterschenkelgeschwüren, 72 von Schuhdruck und dessen Folgen, 278 Rissquetsch-, 6 Biss-, 32 Hieb-, 15 Stich- und endlich 21 Schuss-Wunden, Summa 1432 Fälle.

(Centralblatt f. Chirurgie 1897 No. 14.)

— Die **Bedeutung der Citronensäure für die Wundbehandlung** hat Dr. Georg Müller (Berlin) durch einen Zufall kennen gelernt. In seine Behandlung kam ein 67jähriger Greis, der vorher eine complicirte Fractur beider Unterschenkelknochen des rechten Beines erlitten hatte. Die Fragmente waren bereits verheilt, über der Bruchstelle aber, an der vorderen Seite des Unterschenkels, fand sich ein fast handtellergrosser Hautdefect; die betreffende Stelle eiterte, die Ränder waren gewulstet, das Aussehen schmutzig-braun mit matschen Granulationen, die schon bei leiser Berührung heftig bluteten. Und nun führte Autor Monate lang alles Mögliche ins Feld, um die Stelle zur Heilung zu bringen, machte wiederholte Auskratzungen, wandte alle Wundheilmittel von den ältesten bis zum Glutol an in Salben, Pulvern, Lösungen etc, transplantirte mehrmals, griff zu Massage, Aetzungen, hydropathischen Proceduren, — kein nachhaltiger Erfolg! Da kam er auf den Gedanken, es mit Citronensäure zu versuchen; er ätzte täglich 2 Mal mit dem frischen Saft einer Citrone und applicirte zwischendurch Umschläge mit einer Lösung von 1:20. Schon nach wenigen Tagen Tendenz zur Heilung sichtbar, die Schmerzen liessen jetzt nach, die Wunde gewann ein gutes Aussehen, verkleinerte sich und vernarbte, sodass sie jetzt nach 2 Monaten völlig verheilt ist. Durch diesen Erfolg ermuthigt, hat Autor bei vielen Wunden Citronensaft und Citronenwasser benützt und war mit dem Erfolg recht zufrieden.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 4.)

**Blutungen.** Dr. Abel (Berlin, Privat-Frauenklinik) hat das schon länger bekannte Ergotinol (Liquor Ammonii ergotini-Vosswinkel) seit ca. drei Jahren ausgiebig

versucht und ist mit dem Präparat sehr zufrieden gewesen, zumal es sich durch leichte Dosirung (1 ccm Ergotinol = 0,5 gr Extract. Secal. cornut.), prompte Wirkung und grosse Dauerhaftigkeit (1 Jahr lang stehendes Präparat erwies sich als gut) auszeichnet. Man giebt von dem käuflichen Präparat 1 Pravaz'sche Spritze voll. Selbst bei fortgesetztem Gebrauch nie Nebenerscheinungen! Unangenehm ist nur die Schmerzhaftigkeit der Application, die aber durch Zusatz einer geringen Menge Cocains oder Morphins bedeutend gemildert wird. Anwendung die gleiche, wie bei Ergotin; mehr als 2 ccm pro die hat Autor nie gegeben. Speciell geht er noch auf die Behandlung der B. bei Myomen ein. Er machte hier zur Zeit der Menses täglich, 8 Tage lang, je 1 Injection, dann wöchentlich 2 Mal. In allen Fällen wurden die B. wesentlich beeinflusst, in 2 Fällen war eine geradezu frappirende Wirkung zu constatiren. Die Pat., bei welchen die menstruellen, sehr starken B. in den letzten Jahren immer gegen 14 Tage dauerten bei nur sehr kurzen blutfreien Intervallen, menstruirten nach circa 30 Spritzen 6—7 Tage lang mit bedeutend geringerem Blutverlust und normaler Zwischenpause, sodass sie sich auch sehr bald erholten. Es wird immer vom Ergotin behauptet, dass es einen verkleinernden Einfluss auf das Myom ausübt. Autor hat etwas Derartiges nie beobachtet, wohl aber konnte er in einem seiner obigen Fälle feststellen, dass die Geschwulst, welche in der Menopause den Nabel nicht erreichte, zur Zeit des Eintritts der menstruellen B. bis 2 Finger oberhalb des Nabels wuchs und sich auch nach den Seiten hin massiger anfühlte. Nach Aufhören der B. verkleinerte sich der Tumor wieder auf seine ursprüngliche Grösse. Es ist nun sehr wohl möglich, dass dieser Unterschied in der Grösse kurz vor und nach der Menstruation zu dem Irrthum Veranlassung gegeben hat, als ob der Tumor durch das Ergotin sich verkleinert habe; erklärlich ist dieser Irrthum, wenn die erste Untersuchung kurz vor Eintritt der Menstruation, die letzte Untersuchung nach Beendigung der Ergotincur bald nach der Menstruation stattfand. Die Unterschiede in der Grösse des Tumors sind eben durch die verschiedene Blutfülle derselben bedingt, wodurch nicht geleugnet wird, dass spontane Verkleinerungen

von Myomen **thatsächlich** vorkommen, insbesondere nach dem völligen Aufhören der Menstruation.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 8.)

- Einen Beitrag zur Lehre von den Mercurialerkrankungen liefert Dr. A. Lieven (Aachen). O. Rosenthal hat schon früher betont, dass in seltenen Fällen Quecksilber die Widerstandsfähigkeit der Hautgefässe herabsetzt, und drei Fälle mitgetheilt, wo es zu mehr oder minder ausgedehnten Haemorrhagieen in der Haut nach dem Gebrauch von grauer Salbe gekommen war. Andere fanden einen Einfluss des Quecksilbers auf die Lungengefässe und mahnten, um Lungenblutungen bei Phthisischen zu vermeiden, zu genauer Ueberwachung dieser bei einer Hg-Cur. Endlich wurde auf die Möglichkeit einer Apoplexie beim Gebrauch von Hg in Fällen luetischer Erkrankung der Hirngefässe aufmerksam gemacht. Autor behandelte nun einen Pat., dessen Lues gleich im Beginn heftig sich äusserte und sich als sehr hartnäckig erwies, 1893, 1894 und 1895 mit Inunctionen à 5 gr. Schon im ersten Jahre zeigte sich mitten in der Cur in der Furche zwischen Malleolus externus und Achillessehne eine Schwellung. Pat. berichtete, dass er als Knabe von 12 Jahren durch Umschlagen des Fusses eine Verstauchung gehabt habe und genau an jener Stelle seien damals die Schmerzen gewesen; seitdem habe er allerdings nichts mehr gemerkt davon bis eben jetzt. Nach Beendigung der Cur verschwand die Schwellung wieder; 1894 aber, nach der 25. Einreibung, traten wieder Schmerzen an der Aussenfläche der Achillessehne auf, und genau an jener Stelle etablirte sich wieder eine teigige Schwellung von etwa Zehnpfennigstückgrösse, auf Druck empfindlich und von normaler Haut bedeckt. Nach beendeter Cur spontan Rückgang. 1895, nach 30 Inunctionen, wieder Schmerzen an gleicher Stelle und eine kirschgrosse, geröthete, auf Druck und beim Gehen sehr empfindliche, weiche Beule, die sich nach einigen Tagen verfärbte, sodass sie sich als Bluterguss ins Unterhautbindegewebe charakterisirte, auch dann alle Farbentiancen von grün bis gelb durchmachte. Sicher hatte sich das Hg jenen Locus minoris resistentiae bei

dem sonst kräftig constituirten Pat. ausgesucht, um seine erschlaffende Wirkung auf die Ganglien der Gefässwandungen zu bethätigen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1897 Bd. XXIV No. 6.)

**Combustio.** Die Wismuthbehandlung ist von Dr. A. v. Bardeleben (Bochum, Augusta-Krankenhaus) schon früher warm empfohlen worden. Autor hat dieselbe weiter angewandt und stets bewährt gefunden. Er hat jetzt in der Reichsadlerapotheke in Bochum Brandbinden, d. h. mit Wismuth imprägnirte Binden, anfertigen lassen, sodass der Arzt jederzeit ein für den Gebrauch fertiges Verbandmittel hat, durch dessen Application sofortige Schmerzstillung erzielt und die Heilung angebahnt wird.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897, Therap. Beilage No. 1.)

**Diabetes mellitus.** Zur Behandlung des D. berichtet S.-R. Dr. Teschemacher (Neuenahr) zunächst über Versuche, die er bei Diabetikern mit **Einverleibung von süßem deutschen Schaumwein** (vorzüglich Firma Kupferberg & Co., aber auch andere Sorten) angestellt hat. Dieselben ergaben, dass guter deutscher Schaumwein, selbst in grösseren Quantitäten ( $\frac{1}{2}$ —1 Flasche tägl.) eine schädliche Einwirkung auf die Zuckerausscheidung nicht zur Folge hat, dass also Diabetiker darauf nicht zu verzichten brauchen, falls sie aus gesellschaftlichen oder Repräsentationspflichten dem Schaumwein nicht gut entsagen können, oder falls bei schweren Fällen der Arzt sich dieses Mittels als Excitans und Roborans bedienen muss. — Dann giebt Autor an, dass er zwei schwere Diabetiker längere Zeit durch **Nährklystiere** ernährt hat. Er gab täglich vier solche, bestehend aus je 50 gr Wein und starker Fleischbrühe mit Somatose, zwei Eiern und einer guten Messerspitze voll Kochsalz; per os wurde absolut nichts Festes eingeführt, nur Beaf-tea, Wein oder Cognac mit Wasser schluckweise. Dabei Bettruhe. Der eine Pat. war furchtbar herunter. Das Körpergewicht nahm, da Pat. einen Widerwillen vor Allem hatte und nichts ass, rapid ab, schon stellte sich Schwindel und etwas Bewusstlosigkeit ein. Die Ernährung per rectum bewährte sich vorzüglich, das Gewicht nahm zu, das Allgemeinbefinden wurde zusehends besser, der Appetit wurde reger, ohne

sich jedoch zur normalen Esslust zu steigern. Deshalb liess Autor die Klysmen neben den gewöhnlichen Mahlzeiten bald vier Wochen lang fortsetzen. Auch bei dem 2. Falle wurden die Nährklysmen so lange mit Erfolg gegeben, bis sich der Appetit wieder einstellte.

(Münchener medicin. Wochenschrift 1897 No. 10.)

**Fracturen und Luxationen.** Einen einfachen Noth- und einen einfachen Dauerverband empfiehlt Dr. M. Hirschberg (Frankfurt a. M.). Der Nothverband, bei Fracturen der Extremitätenknochen, wird mit Hülfe von sog. Holztischdeckchen ausgeführt, die fast in jeder Haushaltung zu finden sind und vom Arzte vorrätig gehalten werden müssten. Sie bestehen aus schwefelholzdünnen, durch Garn parallel aneinander befestigten Holzstäbchen. Nach Einrichtung der gebrochenen Knochen wickelt man um das Glied irgend einen weichen Stoff, wie Watte, Flanell, einen aufgeschnittenen Aermel oder Hose glatt herum und rollt darüber ein Holztischdeckchen, das man durch einige circular herumgeführte Bindfäden, besser noch durch eine Mullbinde oder eine feuchte gestärkte Gazebinde befestigt. An Stellen, an denen der Gliedumfang geringer ist, lässt sich das Deckchen leicht in Längsfalten legen. Will man einen langen Gliedabschnitt schienen, dann verwendet man 2 Deckchen, die sich der Länge nach etwas decken (Preis pro Stück 8—12 Pf.). An Knochenvorsprüngen ist es zuweilen nothwendig, Ausschnitte zu machen; das geschieht am zweckmässigsten in der Weise, dass man auf die betreffenden Stellen der Deckchen ein breites Stück Heftpflaster klebt und dann mit einer kräftigen Scheere die Ausschnitte macht; durch das festgeklebte Heftpflaster wird verhütet, dass das Deckchen an den ausgeschnittenen Stellen den Halt verliert. Der einfache Verband ersetzt vollkommen Transportschienen. Der 2. Verband, den Autor theils als definitiven Contentivverband, theils als Stützverband, als feste und abnehmbare Kapsel, kurz, statt des Gypsverbandes anlegt, besteht aus angefeuchteten gestärkten Gazebinden und zwischen die Bindentouren der Länge nach eingelegten Corsetfedern, jenen äusserst dünnen, jeder Form sich anschmiegenden, mit Leinwand überzogenen, 3—4 Pf. kostenden Stahlstäbchen, die man in jedem Kurzwaarenladen erhält. Als Unter-



lage verwendet man bei Fracturen Watte, sonst ein Stück Tricotschlauch oder ein Strumpfstück, darüber rollt man eine nasse, gestärkte Gazebinde, wobei Knochenvorsprünge durch ein Stück weichen Zunders geschützt werden; dann legt man der Länge nach an der Streck- und Beugeseite des Gliedes je eine Corsetfeder und befestigt sie durch einige Bindentouren, dann werden parallel zu denselben seitlich noch je eine oder zwei Federn durch die Bindentouren befestigt. Um den Druck des Verbandes auf die Fersen, Knöchel etc. zu vermeiden, führt man die Corsetfedern über diese Stellen in einem leichten Hohlbogen. Es genügen meist 3—4 Bindenlagen. Dieser einfache Verband hat vor dem Gypsverband folgende Vorzüge:

1. Ist man ebenso wenig abhängig von der guten Beschaffenheit der Gypsbinden, wie von dem Feuchtigkeitsgrade der Luft, denn ein rasches Erstarren wie beim Gypsverband ist nicht nöthig, weil der Verband auch im feuchten Zustande, selbstverständlich bei Ruhelage, die ihm gegebene Form beibehält, bis er trocken ist.
2. Bieten die elastischen Stahlstäbchen einen guten Schutz gegen locale Einschnürung des Gliedes, Fersendruck etc.
3. Ist er viel leichter abnehmbar, als der Gypsverband.
4. Ist er zum abnehmbaren Stützverband viel geeigneter, weil er weniger zerbrechlich, leichter und elastischer ist, und weil er ohne Mühe in jedem Hause montirt werden kann. Seine Schnittländer werden mit Band umsäumt und quer an dieses ein Befestigungsband angenäht. — Autor hat Pat. solche abnehmbare Kniestützverbände mehrere Monate tragen lassen, ohne dass die Verbände an Festigkeit verloren und ohne dass ihre Form sich veränderte.
5. Der Verband ist sehr billig (Preis eines Knie- oder Unterschenkelverbandes z. B. etwa 1 M.).

(Der ärztl. Praktiker 1897 No. 6.)

— **Einen Handgriff zur Sicherstellung der Diagnose mancher zweifelhafter Fracturen** giebt Dr. P. Schröter (Pabianice) an. Es kommen ja zuweilen Fälle vor, wo die Entscheidung, ob eine Knochenläsion vorliegt, oder nicht, schwer ist; namentlich kommen da Fracturen mit Ver-

zählung der Fragmente in Betracht, und werden recht oft Distorsion, Contusion, Fractur zuerst falsch beurtheilt. Des Autors Handgriff beruht nun auf einer genaueren Präcisirung des „Bruchschmerzes“, d. h. der Druck auf die lädirten Weichtheile wird ausgeschaltet und nur auf den Knochen übertragen. Man hat dabei nur einfach mit beiden Händen von den Endpunkten des zu untersuchenden Extremitätenknochens in der Richtung der Längsachse desselben gleichzeitig einen Druck gegen die Mitte des Knochens auszuüben. Am rechten Oberarm z. B. verfährt Autor so: Seine linke Hand legt er auf die Schulter des Pat. derart, dass die Fingerspitzen dem Halse des Pat. zugewendet sind; dann beugt er den Vorderarm des Verletzten im Ellenbogengelenk bis zum rechten Winkel oder, wenn möglich, noch mehr, legt in die Gegend des Olekranon seine rechte Hohlhand und übt nun mit beiden Händen gleichzeitig in entgegengesetzter Richtung einen schwachen, stetig anwachsenden, gleichmässigen Druck aus. Bei intactem Knochen empfindet der Pat. nicht den geringsten Schmerz, auch wenn die den Knochen umgebenden Weichtheile durch die Gewalteinwirkung noch so stark maltrairt worden sind und der Druck bis zu beträchtlicher Höhe gesteigert wird; liegt eine Läsion des Knochens vor, so genügt meist schon der Anfangs schonend ausgeübte Druck, um Schmerz hervorzurufen.

(Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 13.)

— Die **Behandlung der Fracturen der oberen Extremität nach modernen Principien** erörtert Dr. W. Liermann (Frankfurt a. M.). Auch der praktische Arzt kann und soll heutzutage die Fracturen nach diesen Principien behandeln, welche eine viel schnellere Heilung, eine sichere Wiederherstellung der Functionstüchtigkeit gewährleisten, was gerade bei der oberen Extremität von äusserster Wichtigkeit ist. Die 2 Hauptfactoren der neueren Therapie sind aber: frühzeitige Mobilisirung und Massage, welche sich gegenseitig ergänzen müssen. Die Immobilisirung kommt natürlich nicht ganz und gar in Wegfall, sondern ist in der ersten Zeit nach der Verletzung, wo die Mobilisirung einer sorgfältigen Abstufung und Eintheilung bedarf, sogar sehr wichtig, namentlich z. B. bei

Neigung zur Durchstechung, bei starken Weichtheilsquetschungen und Zerreißungen etc. Aber der Consolidation der Fragmente in der reponirten Stellung steht die frühzeitige Mobilisirung des verletzten Gliedes durchaus nicht hinderlich im Wege; im Gegentheil: werden die Bewegungen in der richtigen Weise ausgeführt, so geht vor Allem die Callusbildung nicht nur viel rascher vor sich, sondern dieselbe gestaltet sich auch viel günstiger für das functionelle Resultat. So war bei einem 3jährigen Kinde, das durch Fall auf den Arm eine völlige Absprengung des r. Capitul. radii erlitten hatte, schon am 7. Tage keine Verschieblichkeit mehr zu constatiren! Aehnlich bei Erwachsenen; während sonst die Consolidationszeit für Bruch des Oberarms 30—40 Tage beträgt, ist die Dauer jetzt um ein Drittel abgekürzt. Aber auch auf die den Knochen umgebenden Weichtheile übt die frühzeitige Mobilisirung einen günstigen Einfluss aus: Die Blutergüsse zwischen den Muskeln und in den Gelenkhöhlen werden schneller resorbirt, auch können sich Verwachsungen weniger leicht ausbilden. Schon nach den ersten Massagesitzungen nehmen die Schmerzen an und in der Umgebung der Fracturstelle sehr bald ab, und da gerade die Schmerzen die Functionsentfaltung des verletzten Gliedes beeinträchtigen, so können mit dem Schwinden dieser Schmerzen viel eher auch mobilisirende Bewegungen ausgeführt werden. Auch eine schnellere Abschwellung erfolgt unter der Massage. Letztere soll hauptsächlich in Effleurage bestehen, wobei in den ersten Sitzungen die Bruchstelle nicht mit massirt werden soll; mit dem Verschwinden der Schmerzen und der zunehmenden Consolidation ist natürlich eine intensivere Massage gestattet. Zwischen den Sitzungen bleibt das verletzte Glied nun fixirt, und zwar am zweckmässigsten durch einen Pappschiennenverband, bei dem die Pappschienen zum ersten Verband mit einer Stärkebinde, später mit einer Mullbinde befestigt werden. Nach mehrtägiger Immobilisirung des verletzten Gliedes, das vorher ganz exact (event. Narkose!) redressirt ist, wird der erste Verband jeden 2. oder 3. Tag abgenommen zur Massage und Mobilisirung, und nach eingetretener Consolidation führt man die völlige Functionsfähigkeit des Gliedes herbei durch lauwarme Seifenbäder und

zweckentsprechende Bewegungsübungen. Dies kurz die Principien der Behandlung, die dadurch auch sich auszeichnet, dass sie übermässige Callusbildungen, wie sie namentlich oft bei Kindern vorkommen, zu verhindern und so manchen Unzuträglichkeiten vorzubeugen vermag. Was nun die einzelnen Brüche selbst anbetrifft, so bespricht Autor zuerst die Brüche im Collum chirurg. und anatom. des Oberarms. In der frühzeitigen Mobilisirung bei diesen F. ist Heusner am weitesten gegangen. Seit einer Reihe von Jahren behandelt er sie mit gutem Erfolg ohne allen Verband. Tagsüber lassen die Pat. den Arm einfach herabhängen, während sie ihn des Nachts neben sich legen; die Schwere des Gliedes selbst wirkt extendierend und erhält die Fragmente im Contact. Die Methode eignet sich wohl doch aber meist nur fürs Krankenhaus, dem Praktiker wird es wünschenswerth erscheinen, in den ersten Tagen die Fragmente durch einen fixirenden und auch wieder leicht abnehmbaren Verband in der redressirten Stellung zu erhalten. Autor bedient sich einer nach Analogie der von Albers angegebenen Kragenschiene hergestellten Pappschiene. Albers stellt diese Schiene aus Gypsbindenstreifen her, die auf die blossе Haut gelegt werden. Beim Herstellen dieser Schiene hängt der gebrochene Oberarm senkrecht herab, während der Vorderarm im Ellenbogen rechtwinklig gebeugt und in Supinationsstellung gebracht ist. Die Gypsbindenstreifen verlaufen nun von dem Köpfchen der Mittelhandknochen über den Handrücken, die Streckseite des Vorder- und Oberarms, über das Akromion und die Schulter bis zur Mitte des Halses, wo ein 2 Finger breiter Umschlagkragen gebildet wird: Nach dem Erstarren wird die Schiene leicht gepolstert und mit einer Binde durch Cirkeltouren am Arm befestigt. Die letzten Touren dieser Binde werden unter dem Kragen weg zur Achselhöhle der gesunden Seite geführt. Dann wird der Arm in eine Mitella gelegt, welche nur so weit angezogen wird, dass er bequem in ihr ruht. Die Schiene kann leicht zur Mobilisirung und Massage abgenommen werden. Autor macht dieselbe aus Pappe. Für einen Erwachsenen z. B. schneidet er einen 15 cm breiten Pappstreifen, der von der Mitte des Halses bis zur Mittelhand reicht. An der Hals-, Schulter- und Ellenbogenbiegung wird der Streifen auf beiden Seiten etwa 5 cm breit eingeschnitten, sodass in der Continuität noch ein

5 cm breites Stück bestehen bleibt. Dieser Streifen wird nun gut angefeuchtet und mit einer Stärkebinde, ebenso wie die Gypsschiene, an Handrücken, Vorder- und Oberarm, Schulter und Hals angewickelt, nachdem Schulter und Arm vorher mit einem leichten Wattepolster versehen sind. Dann ebenfalls Mitella. Die Schiene eignet sich auch für Brüche in der Mitte des Oberarms, wobei der Kragen weggelassen werden kann. Doch wird hier meist das Ellenbogengelenk gleich ganz freigegeben werden können. Es genügt dann ein fixirender Verband für den Oberarm, der aus je einer Pappschiene auf der Beuge- und der Streckseite mit Hilfe einer Stärkebinde hergestellt wird. Schon am 4.—6. Tage kann nach der Ausführung der ersten Massage und Mobilisirung die Stärkebinde durch eine Mullbinde ersetzt werden, weil dann die Schiene schon die Form des Gliedes angenommen hat. Am eckantesten wirkt die jetzige mobilisirende Methode auf die F. im Ellenbogengelenk ein. Hier ist Verband in Streckstellung am empfehlenswerthesten. Eine Ankylosirung des Arms in gestreckter Stellung ist bei dieser Behandlung nicht zu befürchten, da man ja frühzeitig mit passiven Bewegungen beginnen kann, auch schon dann, wenn die Fragmente noch nicht consolidirt sind. Wird die Mobilisirung vorsichtig ausgeführt, so ist keineswegs zu fürchten, dass die Fragmente ihre redressirte Stellung verlassen. Ausserdem wird, besonders in den ersten Tagen nach der Verletzung, die Fixation des Armes in gestreckter Stellung von den Pat. viel angenehmer empfunden. Zudem sind wir ja im Stande, sobald active Bewegungen möglich werden, den Pappschiennenverband (durch Einknicken der Pappe) so zu gestalten, dass auch bei Fixation der Fragmente diese Bewegungen ausgeführt werden können. Das Verfahren, das Autor bei F. des Ellenbogengelenks einschlägt, illustirt er durch Krankenberichte, z. B. folgenden: „Der 10jährige K. stürzte am 2./5. beim Spielen in eine Grube und verletzte sich am rechten Arm. Die 2 Stunden nach der Verletzung vorgenommene Untersuchung ergab: Luxation des Vorderarms nach hinten; Condylus extern. und intern. humeri gegen einander verschieblich. Condylus extern. erscheint abgesprengt. Die Reposition der Fragmente gelingt erst nach Einleitung der Narkose. Fixation des Armes in Streckstellung bei supinirtem Vorderarm durch einen über ein leichtes Wattepolster mit einer

Stärkebinde angewickelten Pappschiennenverband. Schiene auf der Beuge- und Streckseite des Vorder- und Oberarms. Dieser 1. Verband bleibt bis zum 8./5. liegen. Der Pat. geht vom 3./5. an aus. Er hat keinerlei Schmerzen. Bei der Abnahme des Verbandes am 8./5. leichte, gleichmässige Schwellung in der Gelenkgegend. Die Sugillationen, besonders auf der Beugeseite stark entwickelt, gehen bis zur Mitte des Vorder- und Oberarms. Leichte Massage des gesamten Armes und einige passive Bewegungen mit geringer Excursion. Beugung, Streckung, Pronation und Supination. Massage und Mobilisierung werden von nun ab 3 Mal wöchentlich in der poliklinischen Sprechstunde wiederholt. Unterdessen bleibt der Arm in der Streckstellung in der Schiene fixirt, wobei vom 11./5. ab die Stärkebinde durch eine Mullbinde ersetzt wird. Vom 11./5. ab wird nur die Pappschiene auf der Beugeseite angelegt. Dieselbe wird in der Ellenbogenbeuge eingeknickt, sodass active Beugungen und Streckungen ausgeführt werden können. Am 20./5. Weglassen des Schienenverbandes, da keine Verschieblichkeit der Fragmente mehr zu constatiren ist. Verordnung von Seifenbädern und Stabübungen. Am 6./6. wird K. mit völlig functionsfähigem Gelenk aus der Behandlung entlassen.“ Auch bei F. des Olekranon wird man zweckmässig den Arm durch Pappschiennen in gestreckter Stellung fixiren. Die Brüche in der Diaphyse der Vorderarmknochen pflegt Autor in vollkommen supinirter Stellung durch eine auf der Beugeseite liegende Pappschiene zu fixiren, die von der Ellenbogenbeuge bis etwas oberhalb der Metacarpophalangealgelenke reicht. Beugung und Streckung im Ellenbogen, sowie Bewegungen der Finger sind hierbei völlig freigegeben. Bei Neigung zur Dislocation wird noch eine Schiene auf der Streckseite des Vorderarms hinzugefügt. Der Vorderarm ist also so in der Schiene fixirt, dass der Verletzte bei in die Mitella gelegtem Arm in seine Hohlhand hineinsieht. Die Behandlung der typischen Radiusfractur führt Autor folgendermaassen: Er lässt den Vorderarm und die Handfläche des gesunden Arms in der Art auf Pappe legen, dass die Hand in möglichster Abduction und der Daumen in Hyperextension steht. Nun werden die Umriss des Vorderarms von etwas unterhalb der Ellenbogenbeuge ab, die der Hand bis fast zu den Metacarpophalangealgelenken auf die Pappe aufgezeichnet und ausgeschnitten; für die kranke

Seite ist dann nur die Schiene umzudrehen, sodass die untere Fläche nach oben kommt. Diese Schiene wird nun angefeuchtet, worauf der leicht mit Watte bis zu den Fingern gepolsterte Vorderarm mit einer Stärkebinde darauf fixirt wird. Durch geeignete Bidentouren kann die Schiene mit der auf ihr fixirten Hand neben der Abductionsstellung nach ulna-volarwärts flectirt werden. Diese Fixation, die also alle Fingerbewegungen zulässt, lässt Autor je nach der Schwere des Falles etwa 4—6 Tage bestehen, worauf mit Massage, mobilisirenden Bewegungen im Handgelenk begonnen wird. Diese Sitzungen werden 3—4 Mal in der Woche wiederholt, wobei in der Zwischenzeit die Hand auf der Schiene nur mit einer Mullbinde fixirt wird. Sobald Fixation nicht mehr nöthig ist, natürlich wieder Seifenbäder und Bewegungsübungen. Was letztere anbetrifft, so muss der Arzt dem Pat. stets ganz bestimmte Verordnungen geben, nicht bloss „fleissiges Ueben“ dictiren. Man kommt da ohne Apparate ganz gut aus und bedarf besonderer Hilfsmittel nicht. Sehr fördernd und anspornend wirkt es, wenn dem Verletzten aufgegeben wird, die Bewegungsübungen nicht nur mit dem kranken Arm allein auszuführen, sondern auch gleichzeitig mit dem gesunden, wozu verschiedene Stabübungen sich gut eignen.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1897 No. 2/3.)

**Intoxicationen.** Kehlkopf- und Luftröhrenentzündung in Folge von Arsenikgebrauch beobachtete Doc. Dr. L. Réthi (Wien). Solche Fälle zu kennen, ist für den Arzt wichtig, weil, besonders wenn andere Intoxicationserscheinungen nicht sehr ausgeprägt sind, die Aetiologie leicht missdeutet wird. Autor führt 2 Fälle aus seiner Praxis an: 1) Eine 25jährige Frau, sonst gesund, aber recht zart und blutarm, nimmt deshalb seit 1 $\frac{1}{2}$  Jahren mit kurzen Unterbrechungen Sol. arsenic. Fowleri. Seit 4 Wochen leidet sie an heftigem Husten; vorher schon sind Herzpalpitationen, Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit, Durchfall, Schlaflosigkeit aufgetreten, das Aussehen wurde rapid schlechter. In den Lungen, ausser einem leichten Katarrh in den Bronchien, nichts nachweisbar, Spitzen frei; am Herzen nur beschleunigte Herzthätigkeit; Nasenschleimhaut mässig verdickt; Pharyngitis granulosa leichten

Grades; im Kehlkopf Erscheinungen eines subacuten Kehlkopfkatarrhs, Kehldeckelrand stärker geröthet, ebenso die Taschenbänder und Stimmbänder, namentlich an den Processus vocales, Interarytaenoidschleimhaut ebenfalls stärker injicirt und ein wenig geschwellt. Untersuchung auf Tuberkelbacillen wiederholt negativ. Codein, Morphinum, Mixtura gummosa mit verstärkter Morphinumdosis ganz ohne Erfolg, ebenso Inhalationen und Pinselungen mit Argent. nitric. und Chlorzink. Pat. sollte nach dem Süden gehen. Das Herzklopfen steigerte sich, es stellte sich grosse Trockenheit im Halse ein. Zufällig kam die Sprache auf den Arsengebrauch, und nun kam Autor auf den Gedanken eines Zusammenhanges. Er liess, rasch absteigend, dasselbe noch einige Tage nehmen, dann aussetzen. Wenige Tage darauf war objectiv und subjectiv eclatante Besserung zu constatiren, nach kurzer Zeit Heilung, die dauernd anhielt, bis Pat. wieder mal einen Versuch mit Arsen machte, worauf wieder das alte Krankheitsbild einsetzte, aber nach Aussetzen des Arsens wieder verschwand. 2) 27jähriger Mann kommt wegen heftigen Hustens und Herzklopfens. Mässige Röthung und Schwellung an den wahren und falschen Stimmbändern, der Interarytaenoidfalte und subchordalen Schleimhaut; beschleunigte Herzthätigkeit. Jede Therapie erfolglos, ja es stellten sich allmähig Schlaflosigkeit, leichte Fiebererscheinungen, hochgradige Blässe ein. Auf Befragen giebt Pat. an, seit Monaten wegen Psoriasis Arsen zu nehmen. Aussetzen des Mittels, worauf das Herzklopfen am dritten, die Kehlkopferscheinungen am achten Tage verschwanden.

(Wiener medic. Presse 1897 No. 11.)

- Einen Fall von *Pseudotabes arsenicosa* veröffentlicht Dr. Drastich. Ein 34jähriger Officier nahm am 6/9. 96 in selbstmörderischer Absicht „2 Messerspitzen“ Arsenik. Gleich darauf stellte sich heftiges Erbrechen, hochgradiges Durstgefühl und Benommenheit ein; diese Symptome schwanden allmähig bis auf eine starke Gastroenteritis, die aber auch nachliess, sodass Pat. am 8./10. aus der Behandlung entlassen werden konnte. Am 8./11. bemerkte der Pat. plötzlich eine auffallende Schwere



in den Beinen und das Unvermögen, bei geschlossenen Augen zu stehen. Tags darauf gesellten sich das Gefühl von Taubsein im Zeigefinger und Daumen der rechten Hand hinzu und bald darauf auch in den gleichen Fingern der linken Hand. Objectiv constatirte man intacte Pupillenreaction, aber hochgradige Ataxie in den Beinen, vollständiges Fehlen des Patellarreflexes beiderseits, sowie eine Herabsetzung der Sensibilität gegen Berührung und Schmerz; vorhanden waren auch Parästhesieen, namentlich in den Fusssohlen und in den oben bezeichneten Fingern. Unter Bäderbehandlung und faradischer Pinselung beider Hände trat im Verlauf der nächsten Wochen zunehmende Besserung ein, sodass Pat. am 12./12. ausser geringen Parästhesieen keine Abnormität mehr darbot. Als erwähnenswerth wäre noch hervorzuheben, dass jede Muskelatrophie fehlte und Störungen der elektrischen Erregbarkeit nicht vorhanden gewesen waren.

(Der Militärarzt 1897 No. 4.)

— **Bleilähmung der Kehlkopfmuskeln** ist äusserst selten. Dr. R. Flatow (Städt. Krankenhaus am Urban in Berlin) beschreibt einen solchen Fall, der einen seit langer Zeit mit Bleifarben arbeitenden Maler betraf. Derselbe, der schon 1892 vorübergehend an heftigen Gliederschmerzen erkrankt war, bekam 1895 Husten und Heiserkeit, welche Erscheinungen aber allmählig wieder verschwanden. Im Sommer 1896 erkrankte Pat. abermals mit Gliederschmerzen; 3 Wochen später stellten sich Heiserkeit und wenig trockener Husten ein, und als diese Symptome etwa eine Woche bestanden hatten, trat plötzlich starke Athemnoth dazu. Tags darauf Aufnahme ins Spital, wo folgender Status sich vorfand: Mässige Cyanose der Wangen; lockeres, geschwollenes, mit Bleisaum versehenes Zahnfleisch; Puls 64; Athmung von starkem Stridor begleitet, Stimme rauh und heiser; laryngoskopisch: Schleimhaut am Aditus laryngis geschwollen, die Taschenbänder, namentlich das linke, stark verdickt, das linke Stimmband dicht an der Mittellinie feststehend, das rechte bei der Respiration nur wenig beweglich, sodass nur ein geringer Spalt für den Lufttritt übrig blieb; im Urin Eiweiss. Therapie: Eis, Blutegel, Abführmittel. Am nächsten

Tage war die Cyanose verschwunden, die Athmung ruhiger, der Stridor geringer. An den nächsten beiden Tagen machte die Besserung weitere Fortschritte, der Harn wurde eiweissfrei. Am 4. Tage aber stellte sich wieder eine heftige Attaque von Dyspnoë ein, die Athmung war wieder stark stridorös. Nun wurde Jodkali gegeben und gebadet, worauf nach 3 Wochen völlig normale Beweglichkeit des rechten Stimmbandes bei Phonation und Respiration zu constatiren war, während das linke Stimmband noch gelähmt war; die Stimme war noch etwas heiser, aber tönend. Nach Monaten untersuchte Autor den Pat. wieder und fand die Sachlage unverändert. Es handelte sich also um Paralyse sämtlicher Muskeln des linken Stimmbandes und vorübergehende hochgradige acute Parese des *Musc. cricoarytaenoideus postic.* in Folge von chronischer Bleivergiftung.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 3.)

- Einen Fall von **Antipyrinvergiftung** beobachtete Dr. A. Eisenmann (Kitzingen a. M.). Ein 20jähriger junger Mann litt von Zeit zu Zeit an Kopfweh, gegen das er immer mit Erfolg ein Antipyrinpulver nahm. Auch jetzt hatte er ein solches genommen (0,5). Diesmal trat aber keine Linderung der Kopfschmerzen ein, sondern Pat. empfand etwa 1 Stunde nach dem Einnehmen ein heftiges Frösteln und Schütteln, welches ihn zwang, das Bett aufzusuchen. Bald klagte er auch über Behinderung der Athmung und über ein brennendes Gefühl in der Haut. Objectiver Befund: Haut des Rumpfes von einem scharlachähnlichen Exanthem bedeckt und vermehrte Schweisssecretion aufweisend; über den ganzen Körper fliegt ein leises Zittern, Nystagmus horizontalis; Gesicht cyanotisch verfärbt; Athmung oberflächlich, 35, Temp. 39,2°, Puls 120, sehr schwach. Therapie: Morphinum (in Dosen von 0,01) und Cognac. Nach 3 Stunden Status idem, nur Scharlachröthe über den ganzen Körper verbreitet, überall Schwellung der Haut und Brennen, auch die Schleimhaut des Mundes und Rachens geröthet und geschwollen, Schmerzen beim Schlucken. Am nächsten Morgen deutliche Besserung des Zustandes, vollständige Euphorie, und Tags darauf *Restitutio ad integrum*. — Der Fall zeigt also

wieder, dass schon geringe Dosen von Antipyrin giftig wirken können, selbst dann, wenn das Mittel vorher wiederholt ohne Reaction genommen worden ist.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 4.)

— **Idiosynkrasie gegen Krebse** besitzt, wie er selbst mittheilt, Dr. E. Hirschberg (Landsberg a. W.) seit 1893. Früher konnte er sie essen, 1893 traten aber nach Genuss derselben Störungen von Seiten der Verdauungsorgane auf, woran sich unmittelbar eine hochgradige Urticaria anschloss, die sich vom Scheitel bis zur Sohle über den ganzen Körper verbreitete, markstück- bis handflächengrosse Blasen hervorbrachte und einen colossalen Juckreiz bewirkte, der allen Mitteln trotzte. Im Urin ein wenig Eiweiss. Endlich half 3%ige Menthollösung als Einreibung. Diese, strenge Diät und Warmbäder führten in 10 Tagen Heilung herbei, nachdem die Affection 14 Tage erfolglos behandelt worden war. Drei Jahre ass Autor Krebse nicht, 1896 verzehrte er des Versuches halber einige, worauf einige Tage später die früheren Symptome sich wieder zeigten, die aber durch sofortige Anwendung des Menthols (daneben energische Entleerung des Magens und Darms, wie das 1. Mal) und kohlensaure Bäder bald beseitigt wurden.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 3.)

— Ueber den **Zusatz von schwefligsaurem Natrium zu Nahrungsmitteln** lässt sich Stadtphysicus Dr. Longard (Köln) aus, und zwar im Anschluss an einige Fälle, wo Fleischer angeklagt waren, dem gehackten Fleisch Natriumsulfit zugesetzt zu haben, um jenem eine schöne rothe Farbe zu geben. Die Angeklagten gaben an, nach Dr. Bischoff (Berlin) sei ein Zusatz bis zu 0,2% dieses Salzes zum Fleisch unschädlich. Longard hält aber ein absolutes Verbot für dringend geboten. Nicht nur, dass die Grenze von 0,2% durchaus nicht innegehalten wird, sondern, wie Autor sich überzeugte, sogar bis 2,25% gegangen wird, ist der Zusatz überhaupt nicht rathsam, besonders zum gehackten Fleisch, das ja gerade Leuten mit schwacher Verdauung ärztlicherseits verordnet zu werden pflegt. Na-

triumsulfid bewirkt Kratzen und Brennen in der Speiseröhre, Uebelkeit, Erbrechen, Durchfall.

(Zeitschrift für Medicinal-Beamte 1897 No. 1.)

**Magen- und Darmkatarrhe.** Das Tannigen hat Dr. E. Kraus (Wien, Allgem. Poliklinik) bei 22 Fällen von Kinderdarmkatarrhen, meist subacutem und chronischem Enterokatarrh, auch bei einigen Fällen von Enteritis follicularis angewandt. Bei allen wirkte das Mittel gut, rascher als andere Medicamente. Es wurde auch, längere Zeit gegeben, stets gut vertragen. Schon am 2.—3. Tage stellte sich in der Regel ein sichtlicher Erfolg ein. Die Dosis schwankte zwischen 0,1—0,3 4—5 Mal am Tage. Da Tannigen leicht klebrig wird, reiche man es weder mit löslichen Stoffen gemischt, noch in Oblaten, sondern mit einem unlöslichen Stoff, der, zwischen die Tannigentheile gelagert, dieselben am Zusammenkleben hindert. Man verordnet nach Schneider:

Rp.

*Tannigen. 0,1—0,5*

*Terr. silic. 0,05.*

D. t. dos. No. X.

S. In Milch, Wasser oder Wein zu geben.

(Wiener allgem. medic. Ztg. 1896 No. 48/49.)

— **Tannalbin in der Kinderpraxis** wandte Dr. J. G. Rey (Aachen) mit bestem Erfolge an. Er benützte es bei 68 Fällen von Cholera infantum, Dünn- und Dickdarmkatarrhen und gab 3—4 Mal täglich (am 1. Tage in der Regel hintereinander stündlich, sodann Morgens, Mittags und Abends), 0,3—0,6 in 1 Theelöffel Syrup, Honig oder dickem Schleim. In allen Fällen entfaltete das Mittel sehr prompt stopfende Wirkung, selbst bei schweren Fällen von Cholera infantum, wo trotzdem die Pulver anfangs anscheinend vollständig erbrochen wurden, nach fortgesetzten stündlichen Tanningaben doch Erbrechen und Durchfall bald sistirten. Es wurde hier freilich strengste Abstinenz von jeglicher Nahrung durchgesetzt; die Kinder erhielten ausser den Pulvern in den ersten 24 Stunden nichts als  $\frac{1}{2}$ stündlich 1 Esslöffel kaltes Wasser mit 2—5 Tropfen Cognac. Ausser der verstopfenden Wirkung zeigte das Tannalbin die sehr werthvolle Wirkung auf Verminderung der Schleimsecretion.

Sonst bleibt nämlich nach Schwinden der acuten Erscheinungen oft lange Zeit vermehrte Schleimabsonderung aus dem Darm, Neigung zu Recidiven und hochgradige Empfindlichkeit gegen jede Diätänderung zurück, was nicht der Fall ist, wenn man Tannalbin noch einige Zeit in kleinen Dosen weiterreicht. Desinficirend wirkt aber Tannalbin nicht, und darum bleiben oft bei alten Affectionen die Stühle übelriechend und die Symptome der Autointoxication wollen sich nicht bessern. Man combinire deshalb in den ersten Tagen Tannalbin stets mit kleinen Calomeldosen (0,003—0,005) nicht nur bei den Cholera nostras-Fällen und bei Dünndarmkatarrhen, sondern auch bei solchen des Dickdarms, wo diese Therapie besonders glänzende Resultate ergab. Mittelschwere Fälle sieht man in 3—4 Tagen verschwinden und auch chronische Katarrhe, die gewöhnlichste Ursache der Anaemie bei nicht rhachitischen Kindern, werden rasch beseitigt und das Allgemeinbefinden sehr günstig beeinflusst. Selbst jene veralteten Katarrhe mit langen Obstipationsperioden sind dieser Therapie zugänglich; es treten bald geformte, breiige Stühle auf. Dass Letzteres bei einem verstopfenden Mittel eintritt, erklärt Autor folgendermaassen: Durch die auch noch im Dickdarm zur Wirkung kommende adstringirende Eigenschaft des Tannalbins wird die Atonie der Darmmuskulatur allmählig beseitigt und die Retention kleiner Kothballen in den Haustren verhindert; so kommt es, dass die Entleerungen gleichmässiger sowohl der Form als der Zeit nach erfolgen. Wo die Gerbsäure z. B. bei den Einläufen nur wenige Minuten einwirken konnte, wirkt sie in Folge der allmählig erfolgenden Abspaltung aus dem Tannalbin beständiger, milder, erfolgreicher. Um die Ausheilung dieser veralteten chronischen Katarrhe zu erzielen, ist es natürlich nothwendig, das Tannalbin event. selbst einen ganzen Monat lang zu geben, was übrigens ganz unschädlich ist, auch muss man event. durch hohe Einläufe, resp. Salina die Stuhlgänge befördern.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 3.)

**Pertussis.** Dr. Naegeli-Akerblom (Rüthi) empfiehlt die **Coccionella**, ein obsoletes, früheres Volksmittel, bei P. warm, da er in ca. 80 Fällen damit sehr gute Resultate gehabt hat. Die P. verschwand nach 6—8 Tagen voll-

ständig, während nichtbehandelte Nachbarkinder Wochen lang das Leiden nicht los wurden. Autor verschrieb:

**Rp.**

*Coccionell. subt. pulv.* 0,05—0,2

*Ammon. carbonic.* 1,0—2,0

*Syr. aurant.* 20,0

*Aq. dest. q. s. ad* 100,0.

M. D. S. Schüttelmixtur.  
2stündl. 1 Theelöffel.

Auch bei **Asthma bronchiale** der Erwachsenen bewährte sich das Mittel oft da, wo andere Mittel keinen Erfolg hatten.

(Centralblatt für Kinderheilkunde 1897 No. 2.)

**Pruritus.** A. Heidenhain (Köslin) empfiehlt zur **Behandlung des P. pudendorum und P. ani** heisse **Compressen**. Damit aber die an und für sich schon kranke Haut nicht noch mehr alterirt wird, setzt er zum heissen Wasser *Acid. tannic.* zu (einen gehäuften Esslöffel auf 1 Liter). Jeder P. ist durch diese Therapie heilbar. Bei P. pudendorum des Weibes lässt Autor **desinficirende Injectionen** (*Lysol*, dann laues Wasser und schliesslich **Sublimatlösung** unmittelbar hintereinander) in die Scheide vorangehen und **desinficirt** ebenso die äusseren Theile; zwischen die grossen Labien legt er Abends einen mit **Tanninlösung** getränkten Watte- oder Gazebausch. Ueberhaupt beschränkt sich Autor auf eine **allabendliche Behandlung**. Lässt es die **Empfindlichkeit** des Pat. zu, so beizt er **sämmtliche Excoriationen etc.** mit dem **Höllensteinstifte** trocken.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 2.)

**Rheumatismen.** **Nervenaffectionen in Form der Polyneuritis als Complication des acuten Gelenkrheumatismus** sind gar nicht selten, wie aus 35 Fällen hervorgeht, die F. Steiner (Wien) beobachtet hat. Er fand **spontane oder Druckschmerzhaftigkeit einzelner oder aller grosser Nervenstämmen und Nervenflechte**, als deren Ursache er eine **Perineuritis** annimmt, die gleich der Gelenksaffection auf eine, bisher freilich nicht eruirte **rheumatische Noxe** zurückzuführen ist. **Therapeutisch** ist bei derartigen Fällen am besten eine **Combination von Salicyl und Jodkali**:

**Rp.**

*Natr. salicyl.* 5,0  
*Kal. jodat.* 1,0—2,0  
*Aq. font.* 200,0.

M. D. S. Tags über zu nehmen.

Bei besonders hochgradigen Schmerzen muss man noch Antifebrin, Antipyrin, Salipyrin etc. zu Hülfe nehmen. Salicyl und Jod müssen lange Zeit hindurch gereicht werden, wobei etwa auftretender Schnupfen nicht beachtet zu werden braucht; bei Ohrensausen setze man zu obiger Mixtur Extract. Secal. cornut. (0,5—1,0) zu. Manchmal thun auch heisse Bäder mit nachfolgenden heissen Einpackungen (bei Herzaffectionen natürlich contraindicirt!) gute Dienste.

(Deutsch. Archiv f. klin. Medic. Bd. LVIII. 1897, 2., 3., 15. März)

— Die Abhängigkeit einer Polymyositis acuta von einem acuten Gelenkrheumatismus war ausserordentlich klar bei einem von Dr. H. Risse (Petersthal) beobachteten Falle, bei dem ein mässiger, bis dahin unbehandelter, auf Fuss- und Kniegelenke beschränkter Gelenkrheumatismus gegen Ende der 2. Woche ein Uebergreifen der Entzündung auf die Musculatur der Beine zur Folge hatte. Schubweise ergriff dieselbe unter den heftigsten Schmerzen, aber ohne wesentliches Fieber, in 2 Anfällen den rechten Unterschenkel, in 2 weiteren das rechte Bein und schliesslich auch einen Theil der Bauchmusculatur, wobei zugleich eine Hodenentzündung acutester Form eintrat. Schlag auf Schlag folgten diese Schübe, auf einen Zeitraum von 5 Tagen zusammengedrängt. War einmal der höchste Grad der Spannung in dem ergriffenen Theil erreicht, was nach sehr kurzer Zeit eintrat, so hörten — bei Salicylbehandlung — die spontanen Schmerzen auf, und es blieben nur Schwellung und Druckempfindlichkeit zurück. Dabei kamen Sprünge nicht vor, sondern die Ausbreitung erfolgte der Contiguität nach, vom rechten Knie zum Peroneus etc., dann zum Soleus etc., vom linken Knie zur Unterschenkel-, dann zur Oberschenkelmusculatur, schliesslich zu den nächsten Bauchmuskeln der gleichen Seite und zum Hoden ebenda. Die Abschwellung des rechten Unterschenkels erforderte nur 7 Tage, die des in weit grösserem Umfange erkrankten linken Beines ist nach

1 Monat noch nicht völlig beendet. Voraussichtlich wird indessen auch hier keinerlei Verhärtung zurückbleiben. Von Eiterung keine Spur; auch das zeitweise gangränrohend aussehende Scrotum bildete sich ohne Weiteres zurück. Dagegen weisen die ergriffenen Muskeln nach der Abschwellung eine ziemlich beträchtliche Atrophie auf, wobei aber die motorische Kraft eine ganz gute blieb. Eine gleiche Atrophie zeigt aber auch die nicht entzündete Oberschenkelmuskulatur rechts, eine Erscheinung, die ja bei Erkrankung benachbarter Gelenke, besonders des Kniegelenks häufig ist. Nach Ablauf der 5 grossen Schübe trat verhältnissmässige Ruhe ein, doch bewiesen kleinere Attaquen, dass das Gift noch weiter thätig war; auch diese Attaquen hielten sich immer in der Nähe des früher erkrankten Gebietes und betheiligten in Zwischenräumen von 2—4 Tagen einen Theil des Rectus abdominis sinister, die Adductoren des linken Oberschenkels (Recrudescenz), das rechte Kniegelenk (Recidiv) und die Plantarfascie links. In allen diesen bindegewebsreichen Organen, wo sich die Erkrankung durch Schmerzen bemerkbar machte, schienen die Erreger selbst zu arbeiten, während die schmerzlose Betheiligung der Haut und Gefässe (Oedem, Petechien, Sugillationen) und der Nieren (Albuminurie, Cylindrurie) mehr als secundäre imponirte, bewirkt durch Toxine und Circulationsstauung. Was noch einmal die beschriebenen Muskelentzündungen anbetrifft, so unterschieden sie sich ja erheblich von den gewöhnlichen Muskelrheumatismen, die allerdings die Schmerzhaftigkeit, aber nicht diese schnellwachsende, hochgradige Schwellung damit gemeinsam haben. Die Betheiligung der Muskeln beim acuten Gelenkrheumatismus in der Form von rheumatischen Muskelschmerzen ist in der Praxis keine seltene Beobachtung, die Reihenfolge der Betheiligung freilich kann dabei wechseln, wie ein anderer vom Autor beobachteter Fall zeigt, wo eine alte Frau an Rheumatismus der Nackenmuskulatur (Caput obstipum) erkrankte, dem einige Tage später eine rheumatische Entzündung eines Handgelenks folgte. Im Allgemeinen kommen gerade bei minder schwerem Auftreten der Infection solche „Verirrungen“ des Rheumatismus vor. So war ja auch der obige Fall von vornherein ein leichter, da sonst Pat. schwerlich 2 Wochen ohne Behandlung geblieben wäre; um so auffallender ist es, dass nachher die



Infection durch die ungemein heftige Erkrankung der Muskeln, sowie durch das Auftreten der Erscheinungen von Purpura und Nephritis trotz des geringen Fiebers sich als recht schwere documentirte. Die Aehnlichkeit mit den von einigen Autoren beschriebenen Fällen von „Polymyositis acuta“ leuchtet ein. Wäre hier die Anamnese bezüglich der vorangegangenen Gelenkaffection ungenau gewesen, so hätte man bei etwas späterem Eintritt der Behandlung geradezu vor einem Räthsel gestanden und „multiple Myositis oder Polymyositis acuta unbekannter Aetiologie, wahrscheinlich infectiöser Natur“ hätte die Diagnose lauten müssen. Die beschriebenen schweren Fälle unterscheiden sich ja vielfältig von obigem, allein denkt man sich die Infection noch verstärkt, die Toxinwirkung erhöht, so wären die Muskeln wohl in noch grösserer Ausdehnung betheilt worden, und die Erscheinungen an Haut und Nieren hätten wohl noch andere Formen angenommen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 15.)

**Rhinitis.** Die Heilung der Ozaena mittelst Elektrolyse bespricht Doc. Dr. L. Réthi (Wien) und nennt die von Gautier inaugurierte Methode „eine der grössten Errungenschaften in der letzten Zeit auf dem Gebiete der Rhinotherapie“. Aus der Reihe der so behandelten Fälle führt er sodann zwei an, die, was Erscheinungen und Grad des Krankheitsprocesses, sowie was den Heilverlauf betrifft, gewisse Verschiedenheiten aufweisen und als Typus zweier Krankheitsreihen angesehen werden können. Ein Mädchen von 19 Jahren litt seit fünf Jahren an eitriger Secretion beider Nasenhälften, Krustenbildung und Verstopfung der Nase, sowie an Scheitel- und Stirnschmerz, der sich nach Entfernung der Borken stets verlor. Der Umgebung fiel der Geruch schon zu Beginn der Krankheit auf, und derselbe war gewöhnlich zur Zeit der seit 4 Jahren bestehenden Menstruation intensiver. Eine Constitutionsanomalie bestand nicht, hereditäre Belastung fehlte ebenfalls. Vorausgegangen war Behandlung mit verschiedenen Spülwässern, mit Gottstein'scher Tamponade, Massage, Jodglycerinpinselungen und vor einem Jahr oberflächliche Aetzungen mit Trichloressigsäure, doch war leichte Besserung nur höchstens während der Behandlungsdauer zu ver-

zeichnen. Status praesens: In beiden Nasenhöhlen dunkelgrüne Borken, ziemlich leicht ablösbar; nach Entfernung derselben die blasse, deutlich atrophische Schleimhaut sichtbar; Muscheln verdünnt, Septum nach links deviirt, rechte Nasenhälfte wesentlich erweitert, doch auch die linke mehr als genügend durchgängig; Schleimhaut dem Knochen ziemlich dicht anliegend; Rachenschleimhaut trocken, blass, leicht atrophisch. Behandlung mittelst Elektrolyse (unter Benützung einer constanten Batterie mit Zinkkohle-Elementen): Nach Reinigung und Cocainisirung des Naseninneren stach Autor die positive Elektrode, die in eine Kupfernadel auslief, in die rechte mittlere Muschel und die negative, eine Platinnadel, in den unteren Theil des Septum rechts ein und verstärkte den Strom so lange, als ihn Pat. gerade vertrug. Die Sitzung dauerte fünf Minuten; während derselben stellten sich Schmerzen in der rechten Schläfe und hinter dem rechten Ohre ein, die zum Schluss ziemlich heftig wurden, sodass die Sitzung beendet werden musste (die Schläfeschmerzen hörten gleich nach der Sitzung, jene hinter dem Ohre erst am 3. Tage auf). Tags nach der Operation Secret flüssiger, Borkenbildung fast nirgends sichtbar, weder rechts, noch links; Foetor wesentlich geringer, am 3. Tage kaum wahrnehmbar, am 4. Tage ganz verschwunden; Schleimhaut schon am nächsten Tage stärker injicirt, am 3. Tage deutlich succulent und weniger trocken; es wurde noch flüssiges, schleimig-eitriges Secret abgesondert, das durch Spülungen mit einer 1<sup>o</sup>/<sub>o</sub>igen Kochsalzlösung entfernt wurde. Der Foetor ist nun seit drei Wochen vollständig verschwunden, der Fall also, wenn auch die Secretion (in anderer Form) noch weiter besteht, als geheilt zu betrachten. Fall 2 betraf eine 25jährige Pat., die seit ihrem 12. Lebensjahre an intensivem Foetor aus der Nase und oft an Verstopfung einer oder beider Nasenhälften litt; unter grossen Anstrengungen konnten zeitweilig grosse, grünliche Borken, mitunter förmliche Abgüsse des Naseninneren entfernt werden, wobei es nicht selten zu Nasenbluten oder blutiger Tingirung des Nasensecretes kam. Oft war der Kopf eingenommen und zeitweilig traten heftige Kopfschmerzen auf, die sich nach Eliminirung des eingetrockneten Nasensecretes prompt wieder verloren. Hereditäre Belastung nicht nachweisbar.

Tamponade, Pinselungen, Spülungen Jahre lang mit nur geringem Erfolg vorgenommen; Foetor trotz aller Behandlung stets fast unerträglich. Status praesens: Nasenrücken etwas eingezogen; Nasenhöhlen hochgradig erweitert; Septum nahezu median; untere Muscheln zu dünnen Leistchen reducirt; die mittleren ebenfalls verkleinert; keine Berührung derselben mit dem Septum; Schleimhaut blass, dünn, erodirt, stellenweise wie mit Mehlstaub bestreut; ein ungewöhnlich grosser Theil des mittleren Nasenganges und die hintere Rachenwand von vorne zu sehen; Schleimhaut des Rachens und Nasenrachenraumes dünn, blass, trocken. Zunächst Elektrolyse an der linken Nasenhälfte (wie oben!), aber wegen heftiger Kopfschmerzen, namentlich hinter dem linken Ohr, sowie wegen Zahnschmerzen auf derselben Seite nur drei Minuten. Nach 48 Stunden Foetor auf dieser Seite wesentlich geringer, Schleimhaut etwas geröthet, doch hörte die Borkenbildung nicht vollständig auf; rechts Foetor und Krustenbildung fast unverändert. Eine 2. Sitzung, in der die Elektrolyse auf der rechten Nasenseite angewendet wurde, hatte für diese Nasenseite nahezu denselben Erfolg, wie die 1. Sitzung für die erstoperirte Seite: der Foetor wurde auch hier wesentlich geringer, die Schleimhaut succulenter, die Borkenbildung hörte jedoch auch hier nicht vollständig auf; ein merklicher Einfluss der 2. Sitzung auf die erstoperirte Seite war nicht zu constatiren, nur die Rachenschleimhaut wurde röther und weniger trocken. Im Ganzen war nun zwar mässige Borkenbildung noch vorhanden, der Foetor jedoch auf ein Minimum reducirt. Nach 10 Tagen 3. Sitzung, nach weiteren 6 Tagen noch eine; jedoch keine weitere Besserung. Auch die anderen behandelten Fälle lassen sich in zwei entsprechende Gruppen theilen, solche, die schon sehr inveterirt und bei denen allmählig so tiefgehende Veränderungen eingetreten sind, dass an eine vollständige Wiederherstellung nicht zu denken ist, und solche, bei denen die Veränderungen noch wenig vorge-schritten sind; während bei letzteren die Prognose der Elektrolysebehandlung eine sehr gute ist, ist sie bei ersteren weniger günstig, aber immer noch günstiger, als bei irgend einer anderen der bisher üblichen Behandlungsmethoden, da ganz ohne Erfolg oder vielmehr ohne bedeutende Besserung

kein einziger von des Autors Fällen blieb. Im Juli 1895 haben in der „Jahresversammlung belgischer Laryngologen und Otologen in Brüssel“ Cheval, Capart und Rousseaux angegeben, dass die Ozaena durch Elektrolyse zu 91 % geheilt werden könne, und zwar meist durch eine Sitzung. Bayer behandelte dann 7 Fälle so und erzielte ebenfalls sehr gute Resultate, nur erklärt er die Methode nicht für so harmlos, wie jene, da in einem seiner Fälle es nach 10 Tagen zu heftigen Ohrenschmerzen, Otitis und letalem Ausgange kam und auch in den anderen Fällen meist Kopf- und Ohrenschmerzen auftraten, wie ja in Réthi's Fällen auch. Was die Stromstärke anbelangt, so richtet sich das ganz nach der Empfindlichkeit des Pat.; oft verursachen schon 4—5 M. A. Kopfschmerzen, bisweilen werden viel mehr vertragen. Das Gleiche ist bei der Sitzungsdauer der Fall, doch muss hier als oberste Grenze die von 15 Minuten angenommen werden. Was nun die Aetiologie der Ozaena anbelangt, so wird ja vielfach die bakterielle Natur der Affection betont. Auf den ersten Blick könnte man auch die Wirkung der Elektrolyse als Beweis dafür ansehen: Die Kupferelektrode geht mit Cl und O eine chemische Verbindung ein und bildet Kupferoxydchlorid, das im Plasma löslich ist; der elektrische Strom könnte nun eine Diffusion dieses Salzes bewirken, das die Bakterien abtödtet. Mit dieser Annahme lässt sich aber die Thatsache, dass zur Heilung oft eine Sitzung genügt, ferner, dass sich auch die andere Nasenhälfte und die Rachenschleimhaut wesentlich beeinflussen lassen, schwer vereinigen, und wir müssen vielmehr eine Einwirkung auf die Nervenendigungen der Nasenschleimhaut annehmen, indem es sich bei der Ozaena um eine Erkrankung der Nerven, eine Trophoneurose handelt, bei der die Function der Nasenfasern in falsche Bahnen geleitet ist, welche zur Absonderung eines abnormen, der Entwicklung von Mikroorganismen günstigen Secretes führt; durch die Elektrolyse würden dann die Nerven ihre frühere normale Thätigkeit wieder aufnehmen, sodass wieder normales Secret abgesondert wurde. Die letzten Ursachen dieser Nervenstörungen sind uns freilich noch unbekannt. Wie dem aber auch sei, „wir müssen“ — so schliesst Réthi — „demnach die Elektrolyse als ein fast spezifisches Mittel gegen die Ozaena ansehen, und auch wenn die

Heilwirkung etwa nur Monate lang bestünde — obwohl sie nach Allem, was bisher bekannt, eine dauernde zu sein scheint, — auch wenn nach einiger Zeit eine 2. oder 3. Sitzung nothwendig wurde, so wären die Resultate nach so vielen nahezu fruchtlosen Versuchen und verschiedenen Behandlungsmethoden, Ausspritzungen, Anwendung von antiseptischen Mitteln, Massage, Tamponade etc., welche höchstens vereinzelte und geringfügige oder vorübergehende Erfolge aufzuweisen hatten, auch dann noch ausserordentlich zufriedenstellende, geradezu glänzende.“

(Wiener klin. Rundschau 1897 No. 10.)

**Syphilis.** Dr. Rille demonstirte 2 interessante Fälle von extragenitalem Primäraffect. Der erste war bemerkenswerth wegen der abnorm seltenen Localisation, nämlich an der behaarten Kopfhaut. Es fand sich bei einem 19 Jahre alten Pat. ein nach seiner Angabe etwa seit 7 Wochen bestehendes Geschwür an der Stirn schon innerhalb des behaarten Theiles, 2 Finger breit von der Stirnhaargrenze entfernt, als flach vortretender, kreuzergrosser, scharf umschriebener, ulcerirter Knoten mit schmalem, rothbraun glänzendem Rande und centralem, graugelbem, festhaftendem Belage und von mässig derber Consistenz. Auffällig und für die Diagnosestellung maassgebend die ganz beträchtliche Drüsenschwellung. Da das Geschwür gerade an der Grenze zweier selbstständiger Lymphgefässgebiete lag, waren zweierlei Drüsengruppen afficirt; es sendet nämlich ein schmaler Hautbezirk an der Stirn, und zwar der in der Gegend der Mittellinie, seine Lymphgefässe nach der Nase herab, und gelangt die Lymphe durch Vermittelung der Gesichtsfässe in die submaxillaren Lymphdrüsen, während die übrigen Gefässe der Stirn und Scheitelgegend in der Richtung der Arteria temporal. superfic. verlaufen und in die Lymphknoten der Parotidengegend einmünden. Es fanden sich demgemäss die rechtsseitige Praeauriculardrüse über haselnussgross, vollkommen verschiebbar, etwas druckempfindlich, die Drüsen am Unterkieferwinkel dieser Seite multipel geschwellt, über taubeneigross, stark prominent; die entsprechenden Drüsen linkerseits weniger vergrössert, ebenso die Drüsen am hinteren Kopfnickerrande bis haselnussgross, die Mastoidaldrüse desgleichen, welche mit den

Drüsen am Unterkieferwinkel ein einziges Convolut bildeten. 4 Tage vorher war auch ein maculopapulöses Exanthem vorhanden. Ueber den Modus der Infection nur vage Angaben eruierbar; nicht unwahrscheinlich ist es, dass die infectiöse Materie auf eine Folliculitis oder Aknepustel gelangte, da bei der Spitalsaufnahme vor zehn Tagen im Centrum des Knotens sich eine stecknadelkopfgrosse Perforationsöffnung nachweisen liess, durch welche die Sonde in eine fast haselnussgrosse Höhlung eindrang. Primäraffecte an der behaarten Kopfhaut sind sehr selten, Fournier hatte z. B. unter 1124 Fällen von extragenitalen Initialaffecten, darunter 849 im Bereich des Gesichtes und Kopfes, nur zwei Fälle von Sklerose der behaarten Kopfhaut. In dem einen war die Infection per osculum erfolgt: Der mit Papeln im Munde behaftete Gatte küsste seine Frau aus Vorsicht bloss aufs Haar; bei dem zweiten, ebenso bei einem Fall von Ricord, geschah die Infection wahrscheinlich durch die mit syphilitischem Eiter beschmutzten Finger, in einem Falle von Mauriac durch zufällige Stichverletzung an der Schläfe mit einer Haarnadel, in einem von Hjorth durch Kamm bei einem jungen Mädchen, dessen Bruder ein pustulöses Syphilid an der Kopfhaut hatte, bei einem von Vaughan war die Infection während einer Rauferei durch Biss oder den kratzenden Nagel geschehen, eine häufige Entstehungsart extragenitaler Sklerosen, bei einem von Glück endlich durch ein aus rituellen Gründen erfolgtes Rasiren an der Kopfhaut durch einen am Genitale und an der Mundschleimhaut syphilitische Affectionen aufweisenden Rasirer. — Der 2. Fall Rille's beansprucht Interesse wegen des gleichzeitigen Vorhandenseins eines genitalen und extragenitalen Primäraffectes, welch letztere am Kinn sass. Auch solche Fälle gleichzeitiger doppelter Infection gehören zu den Seltenheiten.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 26. Febr. 1897. — Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 9.)

— Interessante multiple subcutane Gummen im Frühstadium der S. beschreibt Dr. K. Herxheimer (Frankfurt a. M.) bei einem kräftigen, hereditär nicht belasteten Pat., bei dem die S. schon frühzeitig in sehr heftiger Weise

sich kundgab. Nach 22 Injektionen von Hg. salicyl. (à 0,1) verschwanden die auffallend grossen Papeln, aber die Drüsen blieben geschwollen und 2 Monate später entwickelten sich an den Beugeflächen der Extremitäten eine Menge harter, subcutaner Knoten, die, wie die histologische Untersuchung lehrte, echt miliare Tuberkelstructur aufwies. Auf Arsenik innerhalb von 2 Monaten Verschwinden dieser Knoten, während deren Bestehen sich die inneren Organe und das Blut als normal erwiesen hatten. Nach mehreren, ziemlich rasch aufeinander folgenden Recidiven secundärer S. und darauf eingeleiteten spezifischen Curen blieb Pat. gesund. Autor sieht den Fall als beweisend dafür an, dass auch bei S. „Tuberkel“ vorkommen können, deren Auftreten also nichts Beweisendes für Tuberculose sind; es sind eben nicht nur Tuberkelbacillen, sondern auch andere „Gifte“ im Stande, die Structur des miliaren Tuberkels hervorzu- bringen.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, Bd. 37, Heft 3.)

- 2 Fälle von tertiärer Zungensyphilis (*Glossitis sclerosa*) stellte Bruhns vor. Bei dem einen Pat., einem 49jährigen Manne, erfolgte die Infection vor 15 Jahren. Vor 10 Jahren zum 1. Male, vor 4 Jahren nochmals Schwellung der Zunge, und, das letzte Mal, auch der rechten Wange. Auf Hg-Cur jedesmal Besserung. Seit 2 Jahren besteht ziemlich unverändert eine derbe Anschwellung der Zunge und der rechten Wange; letztere verhindert den Pat., den Mund zu öffnen. Die Oberfläche der Zunge hat gelapptes Aussehen, zwischen vielen unregelmässigen Erhebungen ziehen sich tiefe Furchen hin. Schleimhaut blass, Reste von Ulcerationen und Erosionen, Consistenz der ganzen Zunge ausserordentlich hart. Die nicht scharf abgrenzbare Schwellung der Wange ebenfalls sehr hart; innere Fläche der Wange ebenso uneben, wie die Oberfläche der Zunge. Linke Wange und Gaumen normal. Rechts Submaxillardrüsen mässig vergrössert, andere Drüsen nicht geschwollen, keine sonstigen Zeichen von S., wohl aber solche beginnender Tabes. Im Gegensatz zu den im Beginne der tertiären Zungenerkrankungen auftretenden Gummata, die leicht zerfallen, haben sich hier die Infiltrate organisiert und durch Bildung von fibrösem Gewebe zur

Sklerosirung der Zunge geführt. Es liegt hier, da sich das Narbengewebe in die Tiefe der Zunge erstreckt, eine Glossitis sclerosa profunda vor. Der 2. Patient, 27 Jahre alt, acquirirte 1893 ein Ulcus durum und machte eine Spritzcur durch, 1895 noch eine solche. Vor einem halben Jahre bemerkte er eine unbedeutende Schmerzhaftigkeit links vorn an der Zunge, bald darauf entstand eine Anschwellung und später Abschürfungen und schmerzhafte Geschwüre, wegen deren er das Spital aufsuchte. Linke Zungenhälfte in ihrem vorderen Theile verdickt, Oberfläche höckrig, Höcker aber kleiner und die Furchen lange nicht so tief, wie bei Fall 1. Auf den erkrankten Parthieen Reste von Ulcerationen. Consistenz dieser Theile der Zunge sehr fest, deutlicher Unterschied gegenüber dem normalen Gewebe. Auch hier liegt Glossitis sclerosa profunda vor. Die Anfangs recht ausgedehnten Ulcerationen hatten gar nicht das Aussehen von Gummata, offenbar sind sie nur accidentell. Differential-diagnostisch kam bei dem älteren Pat. wegen der Anschwellung der Submaxillardrüsen und des hinfälligen Aussehens Carcinom in Betracht, doch sahen die Ulcerationen nicht wie carcinomatös aus. Hervorzuheben ist, dass in solchen Fällen die Diagnose ex juvantibus (JK und Hg) nicht sicher entscheidet, da das consolidirte Narbengewebe sich nicht zurückbildet, höchstens durch Resorption etwaiger frischer Infiltrate ein geringer Rückgang der Schwellung eintreten könnte. — Lesser versucht in beiden Fällen Calomel-Injectionen, weil diese nach Ansicht der französischen Dermatologen, die bis vor Kurzem Feinde aller Injectionen waren, die wirksamsten sind. Eine wesentliche Besserung erwartet er trotzdem nicht. Lassar meint, dass man trotz der Hartnäckigkeit dieser Affection durch andauernde Behandlung schliesslich doch zum Ziele kommen kann.

(Berliner dermatolog. Gesellschaft, 2. Febr. 1897. —  
Monatshefte für prakt. Dermatologie 1897 Bd. XXIV, No. 7.)

**Tuberculose.** Betreffs der Behandlung der tuberculösen Cystitis betont Guyon zunächst, dass die Allgemeinbehandlung stets die Hauptsache bleibt, locale Therapie erst in 2. Linie zu stehen kommt, wobei zu beachten ist, dass bei keiner anderen Krankheit der



Blase dieselbe so reizbar ist, wie bei der T., was sich durch ausserordentlich häufigen Harndrang und den die Reizung so oft begleitenden Blasenhamuskelkrampf kundgibt. Man muss also zu häufiges Untersuchen mit Instrumenten unterlassen, aber dennoch möglichst bald mit der localen Behandlung beginnen, und zwar in der Weise, dass man Anfangs eine ganz verdünnte Lösung nur tropfenweise instillirt, um mit Concentration und Menge allmähig zu steigen. Autor hat eine ganze Reihe von Mitteln versucht, kann aber nur zwei empfehlen, Guajacol und Sublimat. Ersteres wurde bei 17 Pat. angewendet und bewirkte bei 11 derselben bedeutende Besserung, besonders bezüglich des Schmerzes und Harndranges. Mit Sublimat wurden von 33 Pat. 4 völlig geheilt, 5 bedeutend, 8 wenig gebessert; es wurde meist mit einer Lösung von 1:5000, davon 30—40 Tropfen zu instilliren, begonnen und höchstens bis 1:3000 gestiegen; bei sehr reizbaren Blasen musste sogar oft die Concentration noch verringert werden. Diese Therapie muss sehr lange Zeit fortgesetzt werden, wenn man, wie oben, Stillstände oder gar Heilungen erreichen will.

(Ball. Méd. 1897 No. 4. — Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 8.)

— Ueber neue Tuberculin-Präparate macht Prof. Koch Mittheilung. Vorher brachten dieselbe freilich die Tagesblätter (!), sodass die Collegen, sowie das Publikum (!!)

bereits unterrichtet sind. Daher nur einige kurze Notizen über diese Mittel, speciell über ein durch Zerreiben trockener Culturen und Centrifugiren einer von ihnen hergestellten wässrigen Aufschwemmung gewonnenes Präparat, das Koch T. O. (oberste Schicht des Tuberculin nach dem Centrifugiren), sowie über eine durch wiederholtes Centrifugiren erhaltene, als T. R. (Rest) bezeichnete Flüssigkeit. Erstere steht dem alten Tuberculin noch sehr nahe, letztere aber zeichnet sich vor diesem in mannigfacher Hinsicht aus, da sie wirksamer ist und jene stürmischen Reactionen nicht hervorruft. T. R. soll vor Allem immunisirende Eigenschaften besitzen; es macht zwar auch bei Tuberculösen Reactionen, wenn zu grosse Dosen angewendet werden, aber seine Wirkung ist ganz unabhängig von diesen Reactionen. Während beim Gebrauch von gewöhnlichem

Tuberculin, ebenso wie bei dem von T. O. Reactionen hervorgerufen werden müssen, um Heileffecte zu erzielen, sucht Koch bei der Anwendung des T. R. die Reactionen möglichst zu vermeiden und bemüht sich nur, den Pat. durch allmälige Steigerung der Dosis, zwar so schnell als möglich, aber auch mit möglichster Schonung für grössere Dosen des Mittels unempfindlich zu machen, d. h. ihn gegen das T. R. und damit auch gegen die Tuberkelbacillen selbst zu immunisiren. Dass das T. R. alles umfasst, was an immunisirenden Factoren in den Culturen der Tuberkelbacillen enthalten ist, geht auch schon daraus hervor, dass ein Mensch, welcher gegen T. R. immunisirt ist, auch wenn bei der Immunisirung Reactionen fast ganz vermieden sind, nicht mehr auf grosse Dosen des gewöhnlichen Tuberculins und des T. O. reagirt; er ist also gegen alle Bestandtheile der Tuberkelbacillen immunisirt. Die Injectionen werden subcutan in den Rücken gemacht. Die Flüssigkeit enthält in 1 ccm 10 mg fester Substanz und ist für den Gebrauch durch Verdünnung mit physiologischer Kochsalzlösung auf die erforderliche Dosis zu bringen. Man beginnt mit  $\frac{1}{500}$  mg. Hierauf tritt nur ausnahmsweise Reaction ein; ist dies der Fall, so verdünnt man noch mehr. Jeden 2. Tag wird gespritzt unter langsamer Steigerung der Dosis, bis diese auf 20 mg gestiegen ist, worauf aufgehört wird. Das Präparat hat Koch in dieser Weise bei einer Anzahl von Fällen von Lupus und Phthisis angewandt und bedeutende Besserungen erzielt, die er vorläufig nicht als „Heilungen“ ansprechen will, obwohl viele auf dies Prädicat Anspruch machen könnten. Das Präparat wird von den Höchster Farbwerken bereitet und verkauft.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 14.)

— Ueber die Verwerthbarkeit des Lignosulfit in der Therapie der T., besonders der T. des Kehlkopfes lässt sich Dr. J. Bramesfeld (Bonn) aus. Lignosulfit ist ein aus verschiedenen bei der Cellulosefabrication gebrauchten Kocherlaugen hergestelltes wässriges Destillat, das in Form einer hellgelben, trüben, sauer reagirenden Flüssigkeit von stechendem, penetrantem Geruch nach schwefliger Säure käuflich ist. Es wurde von Hartmann in die Therapie eingeführt, der ihm eine specifisch heilende Wirkung zuschrieb. Nachprüfungen in den Kliniken von Schrötter

und Chiari ergaben, dass von einer spezifischen Wirkung keine Rede ist, dass aber die Inhalationen von Lignosulfit auf die T. der Lungen und des Kehlkopfs zweifellos eine recht günstige Wirkung ausüben. Zu gleichen Resultaten gelangte Bramesfeld, dessen Beobachtungen sich auf 6 Fälle von Lungentuberculose mit tuberculösen Ulcerationen im Larynx erstreckten. Die Patienten befanden sich in den verschiedensten Stadien der Erkrankung, von leichtem Hüsteln mit gelindem Kitzelgefühl im Halse bis zu weitgehendsten Zerstörungen in den Lungen und im Kehlkopf mit vollkommenem Unvermögen, auch nur die geringste Nahrung zu nehmen. In allen Fällen hat Autor ausser den Inhalationen auch Jodoformeinblasungen gemacht und hin und wieder auch zur Curette und zu Pinselung mit Milchsäure gegriffen. Bei der Darreichung von Lignosulfit ist Hustenreiz möglichst zu vermeiden; man beginne also mit einer 10 %igen Lösung, steige langsam und gehe nicht über 30 %. Als Apparat wurde eine Flasche mit doppelt durchbohrtem Kork benützt, durch deren genügend weite Röhren die eingeathmete Luft ungehindert passiren und sich unterwegs mit den Lignosulfitdämpfen beladen konnte. Die erste Wirkung war Verflüssigung des Auswurfs; die Menge des Expectorirten steigt ganz enorm, die Pat. können bald freier athmen, sie werden dadurch wieder lebensfroh, leistungsfähig, der Appetit steigert sich, es stellt sich subjectives Wohlbehagen ein. Der Auswurf ändert sich auch qualitativ, aus dem eitrigen wird allmähig ein seröser. Eine Beeinflussung der Tuberkelbacillen und des tuberculösen Processes selbst war nicht zu constatiren, ein Heilmittel gegen T. ist also Lignosulfit nicht! Was so günstig wirkt, ist die flüssige Secretion in den Luftwegen, die Durchspülung derselben, eine Stagnation eitriger Massen wird unmöglich gemacht, und es fallen also alle Schädlichkeiten fort, die mit der Zersetzung dieser Massen verbunden sind. Auf den Kehlkopf wirken die Inhalationen vorwiegend günstig ein. In allen Fällen verminderte sich die Dysphagie nach 3—4 Tagen, und selbst in den Fällen von tiefgehenden, ausgedehnten Ulcerationen konnten die Pat. nach 12—14 Tagen gemischte Nahrung fast ohne Beschwerden zu sich nehmen. Grund ist wohl die Ruhestellung, die das Organ bei

der Behandlung erlangt: der Husten wird erleichtert und später vermindert, der Auswurf verflüssigt und verdünnt, das Secret reizt also nicht mehr so, ist minder putrid und stagnirt weniger, sodass die Ulcerationen sich bald reinigen. Freilich reicht dies zur Heilung nicht aus, sondern es muss dann eben noch anders eingegriffen werden! Eine Contraindication für die Inhalationen bildet nur Haemoptoë; bei frischen Ulcerationen, Operationswunden etc. kann man Lignosulfit, ja soll es sogar anwenden, um tuberculöse Infection zu vermeiden, nur ist starke Verdünnung nothwendig.

(Therap. Beilage zur „Deutschen medic. Wochenschrift“ 1897 No. 3.)

- Eine Pat. mit einer **eigenthümlich verlaufenden tuberculösen Peritonitis** stellte Dr. C. Ewald vor. Das 19jährige Mädchen erkrankte vor 3 Jahren, indem ihr Bauchumfang zunahm. Auf eine Punction im rechten Hypogastrium flossen einige Liter gelbgrüner Flüssigkeit ab. Der Ascites kehrte wieder, entleerte sich aber später angeblich durch eine in der Nabelgegend spontan erfolgte Perforation. Später, vor  $2\frac{1}{2}$  Jahren, wurde Pat. in Krakau laparotomirt. Im unteren Winkel der Laparotomiewunde blieb eine Fistel, wegen der  $\frac{1}{2}$  Jahr später abermals laparotomirt wurde. Doch blieb auch nach dieser Operation eine Fistel zurück, welche ein gelbliches Secret abgab. Vor etwa 8 Wochen begann aus der Fistelöffnung „wildes Fleisch“ zu wachsen, und so entstand der nunmehr apfelgrosse Tumor, der wie eine Granulationsgeschwulst, gebildet aus fungösen Granulationen, aussieht, und dessen violetter, feinsaumiger und unterminirter Hautrand diagnostisch bemerkenswerth ist. Der sichtbare Theil ist nur ein Abschnitt des faustgrossen Tumors, den man in der Bauchhöhle noch palpieren kann. Derselbe ist wohl nichts Anderes, als das infiltrirte Netz. Andere tuberculöse Affectionen fehlen, die Temperatur ist stets normal, der Ernährungszustand ein zufriedenstellender. Die histologische Untersuchung erhärtete die klinische Diagnose: ein excidirtes Stück bestand aus tuberculösem Granulationsgewebe. Solche tuberculöse Tumoren kommen relativ selten vor, doch erinnert sich Autor z. B. eines ebensolchen Tumors bei einer fungösen Erkrankung des Sternoclaviculargelenks. Die immer recidivirende Fistelbildung kann

man allenfalls so erklären, dass es, begünstigt durch eine besondere Disposition des Gewebes, jedesmal nach der durch die ascitische Flüssigkeit erfolgten Infection zu einer tuberculösen Erkrankung eines Theiles der Wunde kam. Welchen Umfang eine solche Erkrankung erreichen kann, lehrte den Autor einmal folgende Beobachtung: Eine Pat. mit tuberculöser Peritonitis und Lungenphthisis musste er einst, gedrängt durch äussere Umstände, laparotomiren. Nach der Operation fiel nichts Besonderes auf, am 10. Tage aber, beim 1. Verbandwechsel, sah er in den offenen Bauch; die Laparotomie-wunde klaffte in ihrer ganzen Länge auf 2 Querfingerbreite, und Alles war von verkäsenden, fungösen Granulationen überzogen!

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 19. Febr. 1897. —  
(Wiener klin. Wochenschrift 1897 Nr. 8.)



## Vermischtes.

---

- **Sozjodolpräparate in fertiger Form** bringt jetzt die Fabrik H. Trommsdorff in Erfurt zum Verkauf, um die einzelnen Verreibungen der gebräuchlichsten Sozjodolsalze handlicher und billiger dem Publikum zu bieten. Wir sahen Muster eines „Sozjodol-Wundstreupulvers“ (10 % Kal. sozjodolic. Talk.), „Sozjodol-Schnupfpulvers“ (7 % Zink-Sozjodol, Menthol, Milchzucker) und einer „Sozjodol-Wundsalbe“ (10 % Kal. Sozjodol-Wollfett), die durch sehr gefällige und zweckmässige Verpackung (die Salbe in Tuben, das Pulver in Blechschächtelchen mit Sieb) und Billigkeit sich auszeichnen und gewiss den Sozjodolpräparaten, über die ja zahlreiche, günstig lautende Urtheile vorliegen, weitere Verbreitung verschaffen werden.

Die Redaction.

- **Ueber die therapeutische Verwendbarkeit des Airois** hat Dr. J. S. Löblowitz (Prag, dermatolog. Universitätsklinik) Versuche angestellt, die sehr günstig ausfielen. Das Mittel bewährte sich besonders bei Initialsklerosen, Papeln, gummösen Geschwüren und specifischen Ulcera, zeigte ausgezeichnete Erfolge bei der Nachbehandlung operirter Bubonen und von Lupusherden, sowie bei Brandwunden und Unterschenkelgeschwüren. Ueberall erfolgte rasche Heilung ohne irgendwelche Reizwirkung bei Anwendung des geruchlosen Pulvers.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis 1897 Bd. XXIX, Heft 1.)

- **Ueber die Bedeutung des Fleischextractes als Nahrungsmittel und als Genussmittel** äussert sich Dr. Carl

v. Voit (München). Das Fleischextract ist im Wesentlichen ein Genussmittel und hat als solches einen hohen Werth gleich einer kräftigen Fleischbrühe, deren Werth als Genussmittel ja bekannt genug ist. Bei einem Genussmittel kommt der Gehalt desselben an Nahrungstoffen gar nicht in Betracht; diese bekommen wir ja in anderen Speisen und Getränken genug, das Fleischextract soll letztere eben nur schmackhafter machen, das Mahl würzen. Neuerdings hat man freilich im Fleischextract auch gewisse organische Nahrungstoffe aufgefunden, Glykogen, Albumosen und Pepton, doch kommt das gar nicht in Betracht, da die Quantitäten, die davon mit dem Fleischextract dem Organismus einverleibt werden, minimale sind. Man nimmt z. B. in 1 Tasse Bouillon 5 gr ( $\frac{1}{2}$  Theelöffel) Fleischextract. In 5 gr des letzteren sind höchstens 1 gr lösliche Eiweissstoffe enthalten, eine Quantität, die doch dem täglichen Bedarf eines Gesunden an Eiweiss (118 gr) oder eines Kranken (80 gr) gegenüber verschwindet. Würden wir 1—2 gr reine, geschmacklose Albumosen ohne Genussmittel für sich oder mit anderen Nahrungsmitteln aufnehmen, so würde Niemand darauf Werth legen; aber 5—10 gr Fleischextract mit 1 bis 2 gr Albumosen wird Jedermann schätzen, weil die Speisen dadurch wohlschmeckend werden. Liebig's stets festgehaltener Grundsatz für die Herstellung von gutem Fleischextract war es, dasselbe möglichst frei von gewöhnlichem Eiweiss, Leim und Fett zu gewinnen. Heutzutage glaubt man vielfach, das Fleischextract zu „verbessern“, wenn man ihm die fehlenden Nahrungstoffe zusetzt. Unzählige Präparate überschwemmen den Markt, vor Allem das Bovril, ein Fleischextract, dem etwas trockenes Fleischmehl zugesetzt ist, und das deshalb als eiweisshaltiges, „nahrhaftes“ Fleischextract angepriesen wird, das die Stelle des Fleisches vertreten kann. Was ergaben nun die Analysen? Sie zeigten, dass die Bovril-Präparate viel mehr Wasser und viel weniger Extractivstoffe enthalten, als das Fleischextract, dass ferner ihre quantitative Zusammensetzung himmelweit von der des Fleisches unterschieden ist, indem sie 5—6 Mal so viel Mineralbestandtheile, wie dieses enthalten, 3—5 Mal mehr Extractivstoffe und nicht halb so viel Eiweissstoffe. Fleisch ist noch bei weitem billiger; 20 gr Eiweiss in 100 gr

sorgfältig von Knochen und Fett befreitem Muskelfleisch kosten 14—17 Pf., in den Bovril-Präparaten aber 143 bis 267 Pfennige! In 5 gr Bovril erhält man nur so viel Nahrungsstoffe und Kraft, wie in 5 resp. 9 gr Fleisch. Was bedeutet aber letzteres Quantum für die Ernährung? Und doch wird der Glaube erweckt, dass 5 gr Bovril Nahrung und Kraft gewährt! Das Fleisch-extract braucht keinen Zusatz; es soll nur rein im Sinne Liebig's sein, um als Zusatz zu Nahrungsmitteln zu dienen, welche Nahrungsstoffe enthalten, und um letzteren Wohlgeschmack und bessere Verdaulichkeit zu gewähren, es soll Genussmittel sein und kein Nahrungsmittel.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 9.)

- **Zur Beurtheilung der Convulsionen nach Wiederbelebung**  
**Erhängter** fügt Dr. Kompe (Friedrichroda) den 25 bisher beobachteten Fällen einen neuen hinzu. Es handelt sich um ein 23jähriges, neuropathisch nicht belastetes, den besseren Kreisen angehörendes Mädchen, zu dem Autor 30 Minuten, nachdem es abgeschnitten worden war, gerufen wurde. Es wurde um 6 Uhr Nachmittags folgender Status aufgenommen: Pat. liegt wie todt im Bett; Gesicht nur wenig cyanotisch und aufgedunsen, Zungenspitze fest zwischen die Lippen eingeklemmt, Pupillen ad maximum erweitert, Cornea gegen Berührung unempfindlich; Athmung nicht sichtbar, die Auscultation des Herzens ergibt schwache und unregelmässig intermittirende Töne (30—35 in der Minute), Puls nicht fühlbar, auch nicht an den Carotiden; der ganze Körper, besonders die unteren Extremitäten, auffallend kalt (bei Julihitze!); es besteht Menstruation. Während fast 1 $\frac{1}{2}$ stündiger künstlicher Athmung und Hautreizung stellte sich der Puls wieder ein, später die Athmung, welche von da bis gegen Mitternacht das Cheyne-Stokes'sche Phänomen bot. Die Pupillen blieben hingegen gleich erweitert, und die Hautempfindung kehrte fürs Erste nicht zurück. Die Gesichtsfarbe wurde während dieser Zeit wieder blühend, wie sonst. Etwa 2 Stunden nach Beginn der künstlichen Athmung traten nun rasch aufeinander folgende klonische Krämpfe der oberen und unteren Extremitäten, sowie des Nackens und Rückens ein, welche sich derart steigerten, dass die Pat. nur schwer zu bewachen und zu halten war.



Während dieser Convulsionen, bei denen die Zunge wieder in Gefahr des Zerbissenwerdens war, bestand völlige Anaesthesie der Cornea und der Haut bei Nadelstichen. Da nach einer Stunde die Convulsionen nicht nachliessen und die Herzaction sich in bedrohlichem Grade gehoben hatte, injicirte Autor 0,03 Morphinum, und als nach  $\frac{1}{2}$  Stunde kein Erfolg eintrat, nochmals die gleiche Dosis (so viel auf Grund einer Empfehlung Veit's, der bei einer puerperalen Eklampsie binnen wenigen Stunden 0,2 Morphinum injicirte und eclatanten Erfolg sah). Gegen 11 Uhr war Pat. ruhiger geworden, das Cheyne-Stokes'sche Phänomen bestand noch, der Puls war gut, Hautempfindlichkeit zeigte sich wieder. Am anderen Morgen, nach einer ruhigen Nacht, fand Autor die Pat. in festem Schlummer, jedoch auf Stiche und Kneifen reagirend; die Pupillen enger, reagirten. Der Morphinumschlaf dauerte etwa 20 Stunden mit kurzen Unterbrechungen, eine schwere Müdigkeit bestand aber noch mehrere Tage neben Muskelschmerzen im ganzen Körper. Die Strangulationsfurche zwischen Kehlkopf und Zungenbein machte jetzt der Pat. viel Beschwerden (Eisumschläge!). Während der ersten 24 Stunden trat kein freiwilliger Stuhl und Urin ein. Die Menstruation sistirte nicht, Schluckbeschwerden bestanden nicht. — In allen bisher veröffentlichten Fällen ist das hervorstechendste, gemeinsame Symptom das typische Eintreten von Convulsionen, bevor die Wiederbelebten zum Bewusstsein zurückkehrten, und zwar nicht direct, nachdem der Selbstmörder abgeschnitten wurde, sondern nach verschieden langer Zeit, nachdem die Respiration wieder in Gang gekommen war. Die Dauer war eine sehr verschiedene (1—12 Stunden), die Form wurde als epileptisch, epileptiform, tetanisch, klonisch etc. hingestellt. Für die Erklärung der Convulsionen reichen wohl physiologische Momente durchaus aus: Durch die Strangulation müssen zweifellos im Gehirn Störungen eintreten, welche im Stande sind, in der Function rasch folgenschwere Veränderungen hervorzurufen. Es handelt sich um die Asphyxie und den Verschluss der Carotiden, die hier ätiologisch in Betracht kommen. Ein drittes Moment ist nach Kompe die Einschnürung des Vagus. Jedenfalls sind aber psychopathische Ursachen nicht im Spiele, sondern jene

drei Momente, einzeln oder combinirt, zur Erklärung genügend.

(Neurolog. Centralblatt 1897 No. 7.)

— Zur Casuistik der Brown-Séquard'schen Behandlung theilt Dr. J. Gelber sen. (Widdin) 2 Fälle mit. Bei dem einen handelte es sich um eine Frau Ende der 50er Jahre, die nach kurzer Influenza von einer vollständigen, rechtsseitigen Hemiplegie befallen wurde und auch Erschwerung der Sprache, Schmerzen und Zuckungen in den gelähmten Extremitäten aufwies. Diagnose: Hirnhyperraemie in Folge von Influenza. Autor verordnete Derivantia und Purgantia, Einreibungen u. s. w. und ging dann zu Faradisation und Massage über; Alles vergebens: Die Bewegungsfähigkeit in der unteren Extremität, die Sprache wurden etwas besser, der Arm aber blieb gelähmt. Eine Cur in Herkulesbad, wo ebenfalls noch Elektrizität und Massage angewandt wurden, blieb ebenfalls erfolglos: Pat. konnte ihr Bein nur mühsam nachschleppen, den Arm gar nicht bewegen. Da liess Autor sich 1 Flacon „Séquardine“ (Perrottet & Co. in Genf) kommen und spritzte das Mittel jeden 2. Tag subcutan ein. Nach 6 Injectionen konnte Pat. den Arm bewegen und das Bein gut gebrauchen, nach weiteren 6 Injectionen war sie geheilt. Den übrig gebliebenen Rest des Flacons wandte Autor bei einem 64jährigen Manne an, der seit mehreren Jahren an Lumbago litt. Bäder, Einreibungen, Massage, Elektrizität erfolglos. Nun Einspritzungen von Séquardine, ohne zu erklären, was das sei. Nach 6 Injectionen erklärte Pat. sich für gesund und blieb weg. Nach etwa 3 Monaten traf Autor dessen Ehefrau, die auf seine Frage, wie es ihrem Manne ging, erwiderte: „An Kreuzschmerz leidet er nicht mehr, aber sehen Sie, Herr Doctor, ich bin eine alte Frau und es ist eine Schande, es zu sagen, seit mehr als zehn Jahren hatte ich Ruhe vor ihm und jetzt, ich weiss nicht, was ihm geschehen ist — —.“ Es sind jetzt 3 Jahre verflossen; der jetzt 67jährige Mann wundert sich, dass er seine Potenz wieder hat, jene erste Frau aber ist dauernd gesund geblieben.

(Wiener medic. Presse 1896 No. 49.)

— **Ein einfaches Mittel gegen lästiges Niesen.** Darüber schreibt Dr. Marcus (Pyrmont): „Ohne dass Katarrh besteht, tritt nach gewissen Veranlassungen, z. B. starkem Lichtreiz, Einathmung kalter Luft u. s. w., aber auch ohne erkennbaren Grund bei manchen Menschen häufig in lästiger Weise lange anhaltendes Niesen ein. In einzelnen Fällen beginnt, nachdem das Niesen aufgehört hat, Kitzeln im Kehlkopf, das ungefähr ebensolange anhält, wie das Niesen währte und beständig Hustenstösse auslöst. Wenn auch der ganze Vorgang an sich harmlos ist, so giebt es doch Situationen, in denen ein plötzlich auftretender Zwang zum Niesen, der mehrere Minuten lang anhält, sehr fatal werden kann — ganz abgesehen von dem Quälenden, das heftiger Nieskrampf für Viele hat. Als ein zuverlässiges Mittel, diesen zum sofortigen Aufhören zu bringen, hat sich mir folgendes sehr einfache Verfahren erwiesen: Man fasst den knorpeligen Theil der Nase zwischen Daumen und dem ersten bzw. zweiten Gliede des gekrümmten Zeigefingers dergestalt, dass sich die Seiten der Nase der Nasenscheidewand anlegen und drückt, so fest man kann, die Nase zusammen. Nach solcher Compression von 10—15 Secunden Dauer, während der durch den Mund geathmet wird, ist der Niesreiz verschwunden. Kräftiges Zusammendrücken ist Bedingung; macht sich nach dem Loslassen der Nase noch Kribbeln in ihr bemerkbar, das auf wieder sich vorbereitendes Niesen hinweist, so hat man nicht stark oder lange genug comprimirt. Man wiederholt dann das Verfahren im entsprechenden Sinne.“

(Zeitschrift f. Krankenpflege 1896 No. 12.)



## Bücherschau.

---

**Aetiologische Studien über Lepra.** Von Dr. Ed. Ehlers. Berlin 1896, Verlag von S. Karger. 64 S. Preis: M. 1,60.

Das Schriftchen ist ein Sonderabdruck aus dem III. Bande der „Dermatolog. Zeitschrift“. Wir begrüßen es freudig, dass durch die Herausgabe dieses Aufsatzes in Buchform derselbe weiteren Kreisen zugänglich gemacht wird. Denn der Praktiker hat heutzutage die Pflicht, sich über diese Krankheit ganz genau zu orientiren und sich mit ihr so vertraut zu machen, dass er das Thema durchaus beherrscht. Ehlers' Arbeit, die 22 sehr lehrreiche Illustrationen enthält, bietet gute Gelegenheit hierzu, und verfehlen wir nicht, die Lectüre des interessanten Schriftchens warm zu empfehlen.

**Arbeiten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie.** Von Prof. Krafft-Ebing. Leipzig 1897, Verlag von Joh. Ambr. Barth. 507 S. Preis: M. 4.50.

Es war ein glücklicher Gedanke des Verlegers, den berühmten Autor dazu anzuregen, seine in verschiedenen Zeitschriften im Laufe der Jahre publicirten wissenschaftlichen Arbeiten im Zusammenhange dem Leser vorzulegen. Natürlich hat Krafft-Ebing eine sorgfältige Umschau in seinen Schriften gehalten, um nur solche von dauerndem Werthe der Sammlung einzuverleiben. Und so finden wir auch in dem 1. Hefte, das uns vorliegt, nur Hochinteressantes und Lesenswerthes vor. Die fünf Aufsätze, welche das Buch enthält, sind: „Ueber transitorisches Irresein auf neurasthenischer Grundlage,“ „Beziehungen zwischen Neuralgie und transitori-

scher Psychose,“ „Ueber Hemikranie und deren Beziehungen zu Epilepsie und Hysterie,“ „Ueber transitorische Geistesstörung bei Hemikranie,“ „Zur Intermittens larvata“. Schon die Nennung der Themata zeigt, dass von der Lectüre nicht der Specialist allein, sondern auch der prakt. Arzt Nutzen ziehen wird. Und in der That ist die Lectüre dieser Arbeiten für jeden Arzt eine hochlohnende. Wir sehen den weiteren Heften mit grossem Interesse entgegen und hoffen, dass dieselben nicht lange auf sich warten lassen werden.

**Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde.** Herausgegeben von Prof. Dr. Eulenburg. Wien u. Leipzig 1897, Verlag von Urban & Schwarzenberg. Preis pro Bd.: M. 15.— (geb. M. 17,50).

Mit gewohnter Pünktlichkeit ist der 13. Band dem 12. gefolgt. Er steht den vorangegangenen Bänden durchaus nicht nach, sondern zeigt wieder von Neuem, was wir an dem prächtigen Sammelwerke besitzen, das dem Arzte, der sich in seiner Wissenschaft auf dem Laufenden erhalten und ein Nachschlagewerk besitzen will, das ihn nie im Stich lässt, eine ganze Bibliothek ersetzt. Von grösseren Arbeiten, welche der 13. Bd. enthält, erwähnen wir, um die Vielseitigkeit der Encyclopädie und die Namen der Mitarbeiter, deren sich der Herausgeber erfreut, zu kennzeichnen, nur: „Künstliche Glieder“ von E. Gurlt, „Leberatrophie“ von Aufrecht, „Lepra“ von Schwimmer, „Krankentransport“ von George Meyer (mit zahlreichen Abbildungen), „Krankheit“ von Samuel, „Lungenabscess,“ „Lungenemphysem,“ „Lungenentzündung“ (dieser Artikel ca. 80 Seiten lang, 7 Seiten Litteraturangaben) von Koranyi, „Lichen“ von Kaposi, „Larynx-Krankheiten“ von B. Baginsky, „Kreislauf“ von Gad.



*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Grützer in Spottau.*

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup> 10.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*Juli*

*VI. Jahrgang*

*1897*

---

**D**ie früher erschienenen fünf Jahrgänge dieser Monatschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Arznei-Exanthem.** Ein schweres Exanthem nach Salipyrin erlebte Dr. F. Schmey (Beuthen, O.-S.). Er verordnete einem 54jährigen Herrn, der früher (1 Jahr vorher) von ihm an Nephritis behandelt worden war, wegen Influenza Salipyrin (4 Mal tägl. 1 gr). Die Influenza-Erscheinungen besserten sich, doch machte Pat. Tags darauf die Mittheilung, dass er seit gestern etwas an seinem Scrotum habe. Autor bemerkte hier einen grossen, sehr stark ödematös infiltrirten, rothen Fleck. Therapie: Umschläge mit essigsaurer Thonerde. Tags darauf nahm Pat. ohne Erlaubniss von Neuem Salipyrin. Tags darauf nun war der etwa markstückgrosse rothe Fleck vollständig nekrotisch geworden. Unter Weitergebrauch der essigsauren Thonerde stiess sich die nekrotische Parthie bald ab, worauf eine tiefe Wundhöhle entstand, die jedoch unter Sublimatwaschungen

in einigen Tagen verheilte. In den ersten Tagen der Influenza fand sich im Urin Eiweiss in grosser Menge vor, ein Factum gewiss nicht ohne Bedeutung für das Eintreten jener Nebenwirkungen des Salipyrin.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 3.)

- **Ein Eczema universale acutum als Folge von Empfindlichkeit gegen Jodoform** beschreibt Dr. Dressler (Löbejün). Ein Mann war gefallen und hatte sich hierbei eine Verletzung einer Ohrmuschel zugezogen. Die Wunde wurde genäht, mit Jodoform bestäubt und mit Jodoformgaze und Verbandwatte verbunden. Am nächsten Tage bemerkte Autor bei der Ehefrau des Pat. eine hochgradige Röthung und Schwellung im Gesicht, besonders in der Gegend der Nase und der Augen; so waren die Lider des linken Auges derartig geschwollen, dass letzteres nicht geöffnet werden konnte. Es stellte sich nun heraus, dass die Frau schon 3 Mal in ihrem Leben eine ähnliche Affection gehabt hatte, und zwar jedesmal, wenn Jodoform in Anwendung gekommen sei: 2 Mal, als bei ihr selbst Jodoform nach Operationen wegen eines Thränensackleidens angewandt, und 1 Mal, als ihrer Tochter eine Jodoformsalbe wegen einer Verbrennung verordnet sei. Trotzdem nun jetzt das Jodoform sofort aus der Wohnung entfernt und die Wunde des Pat. in anderer Weise behandelt wurde, nahm die Schwellung und Röthung im Gesicht noch zu, und es entwickelte sich ein Ekzem, das sich allmählig über den ganzen Körper verbreitete. Merkwürdiger Weise trat es an verschiedenen Stellen des Körpers in verschiedener Gestalt auf. Die vorherrschende Form war Röthung und Schwellung; an einzelnen Hautstellen, wie am Halse und in den Kniekehlen, war ausser der Röthung eine zarte Schuppung bemerkbar; an den Armen und Händen fand sich ein Eczema papulosum, an den Ohren und Unterschenkeln ein vesiculöses, aus dem sich allmählig ein crustöses entwickelte. Die Frau hatte Jucken und Brennen, einige Tage geringes Fieber, Abgeschlagenheit und Appetitlosigkeit. Erst nach 4 Wochen war sie wieder ganz hergestellt. Es musste hier eine sehr starke Empfindlichkeit gegen Jodoform be-

stehen, da die in der Luft vertheilte Menge des Jodoforms doch nur eine minimale gewesen sein kann.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 5.)

**Bronchitis.** Bei chron. fötider B. und bei Lungengangrän rühmt Dumas den Effect des unterschwefligsauren Natrons, das schon nach kurzer Zeit den fötiden Geruch beseitige und die Secretion verringere. Man gebe längere Zeit hindurch pro die 12—15 gr. Schaden thut es nichts, ist aber contraindicirt bei Neigung zu Blutungen und grossen Cavernen.

Rp.

*Natr. subsulf. 15,0*  
*Aq. dest. 60,0*  
*Syr. simpl. 85,0.*

Rp.

*Natr. subsulf. 10,0*  
*Laudan. (Sydenham) gtt. 6*  
*Aq. dest. 180,0.*

(Thèse de Paris 1897 No. 128. — Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 12.)

— **Hydrast. canadens.** hat Dr. M. Saenger (Magdeburg) seit 6 Jahren bei acuter und chronischer B., auch bei solcher tuberculösen Ursprunges mit bestem Erfolge angewandt. Das Mittel ersetzte ihm Expectorantien und Opiate etc., denn es bewirkte: 1) eine bedeutende Abnahme des Hustenreizes; 2) eine wesentliche Erleichterung der Expectoratation; 3) eine Beeinflussung der Secretion der Bronchialschleimhaut in der Weise, dass das Secretionsproduct dünnflüssiger wurde und sich aus einem stark eitrigen, resp. eitrig-schleimigen zu einem mehr schleimigen umwandelte; 4) eine deutliche Abnahme der physikalisch wahrnehmbaren Erscheinungen der B. Autor giebt Extract. fluid. Hydrast. canad., 4 Mal tägl. 20—25—30 Tropfen in etwas Zuckerwasser. Welcher Bestandtheil diese günstige antikatarrhalische Wirkung ausübt, diese Frage beantwortet Autor nicht, doch gab er einige Male Hydrastinin mit viel weniger befriedigendem Erfolge.

(Centralblatt f. innere Medicin 1897 No. 17.)

**Diabetes mellitus.** Ein Gebäck für Zuckerkrankte und Fettleibige empfiehlt Dr. R. v. Hösslin (Neu-Wittelsbach). Es soll dem Mangel an kohlehydratarmen und dabei wohlschmeckenden Gebäcken abhelfen, wie er bisher bestand. Denn das Glutol-Brod und ähnliche sind ge-



schmacklos, daher bei den Pat. meist verpönt, und auch das Aleuronatbrod, das bezüglich seiner chemischen Analyse sonst den Anforderungen entspricht, ist zu wenig wohlschmeckend. Commerzienrath Seidl, Brodfabrikant in München, stellte nun zahlreiche Versuche an, und es gelang ihm endlich, ein Gebäck herzustellen, das wohl kaum übertroffen werden kann. Die Herstellung beruht in der Hauptsache darauf, dass dem Mehl durch Auswaschen ein Theil der Stärke entzogen wird. Der Unterschied zwischen dem Seidl'schen Kleberbrod aber und dem Aleuronatbrod besteht hauptsächlich darin, dass bei ersterem der Kleber in frischem, nicht getrocknetem Zustande verarbeitet wird, sodass es viel voluminöser ist und in gleichen Volumtheilen weniger Kohlehydrate enthält, als das Aleuronatbrod. Ein aus solchem Kleber hergestelltes Gebäck enthält 3—4 Mal soviel Eiweissstoffe, wie die gewöhnlichen Mund- und Kaisersemmeln, und um  $\frac{1}{4}$  weniger Kohlehydrate in einem Gewichtstheil der Trockensubstanz. Der Unterschied an Kohlehydraten fällt aber viel mehr in die Augen, wenn wir, statt den Procentsatz aus dem Gewicht zu berücksichtigen, die absolute Menge Kohlehydrate in dem einzelnen Bröckchen berechnen. Die Kleberbrode sind nämlich voluminöse, äusserst lockere Gebäcke, und ein Vergleich eines Kleberbrodes mit einer gleich grossen Semmel fällt in Bezug auf seinen Gehalt an Kohlehydraten sehr zu Gunsten des ersteren aus. Während ein sogen. Mundbrod, die in München gewöhnliche grosse Semmelform, im Durchschnittsgewicht 23—24 gr Kohlehydrate enthält, sind in einem gleich grossen Stück Kleberbrod nur 6,0—6,5 gr, sodass also der Pat. ein 4 Mal so grosses Volumen Kleberbrod verzehren kann, wie von Mundbrod, ehe er die gleiche Kohlehydratmenge in sich aufnimmt. Der Pat. kann das Brod dick mit Butter bestreichen und so angenehm grössere Mengen Fett aufnehmen. Es schmeckt mit und ohne Butter vorzüglich und hat etwa die gleiche Haltbarkeit wie das gewöhnliche Weissbrod. Ein haltbareres Präparat wird aber ebenfalls fabricirt, der Kleberzwieback.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 17.)

— Die Beziehungen zwischen D. und Morbus Basedowii gaben sich schon bisweilen dadurch kund, dass beide

Affectionen combinirt auftraten oder in einer Familie bei verschiedenen Mitgliedern bestanden. Einen solchen Fall beobachtete auch Dr. F. Schmey (Beuthen, O.-S.). Eine Frau leidet an D., desgleichen deren Vater, während deren Schwester mit Basedow'scher Krankheit behaftet ist.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1897 No. 8.)

**Ekzem.** Ueber Behandlung der Handekzeme lässt sich Prof. Jadassohn (Bern) des Näheren aus. Dieselben bereiten dem Arzt besonders grosse Schwierigkeiten, wozu verschiedene Momente beitragen, z. B. dass die Hände schwerer vor allen möglichen mechanischen und chemischen Reizen zu schützen sind, zumal permanente Verbände selten geduldet werden, dass an eine vollständige Ruhigstellung nicht zu denken ist, dass die dicke Hornschicht der Flachhand, die hochgradig empfindliche Haut der Fingerkuppen für therapeutische Maassnahmen kein günstiges Feld sind u. s. w. Auf diesen Verhältnissen beruht es auch, dass wir an den Händen manche Form von E. besonders hartnäckig finden und oft recidiviren sehen, und dass einzelne Ekzembilder hier so eigenartig sich verhalten, dass man sie als besondere Krankheiten beschrieben hat. So das tylotische E. der Handteller mit seiner grossen Neigung zu starker Hyperkeratose und zu Rhagadenbildung, so auch jene eigenartigen, immer wiederkehrenden Bläschenausbrüche an den einander zugewendeten Seiten der Finger, welche wegen ihres scheinbaren Mangels an entzündlichen Erscheinungen als Dysidrosis bezeichnet worden sind (Autor hält diese Form doch für entzündlicher Natur. Er sah sie z. B. bei einem Pat. auftreten, der eine starke Jodoformidiosynkrasie hatte und auf Grund derselben an der einen mit Jodoform behandelten Hand eine sehr hochgradige Dermatitis mit grossen Blasen, an der anderen Hand aber — als Effect des bei den artificiellen Dermatosen so häufigen „Springens“ der Entzündung — eine ganz typische Dysidrosis bekam), endlich jene eigenartigen, scharf begrenzten, an parasitäre Dermatosen, wie auch an Psoriasis vulgaris erinnernden Formen von E., wie sie auch bei gewerblichen Schädigungen eintreten. Nirgends ist auch die Grenze zwischen acutem und chronischem E. schwerer zu ziehen, als hier: Auf der einen Seite immer

wieder auftretende, ganz acute Schübe, die uns durch ihre fortgesetzte Wiederholung das Bild zu einem chronischen machen, auf der anderen Seite die von vornherein chronisch erscheinende, derb infiltrierende Entzündung, die sich aber ganz plötzlich mit und ohne Ursache in ein acutes E. mit starker Schwellung und Exsudation umwandelt. Ein bestimmtes Schema der Behandlung aufzustellen, ist darum unmöglich, Autor will auch nur einige Maassnahmen, die ihm, besonders in bestimmter Reihenfolge angewandt, gute Dienste geleistet haben, den Praktikern vorführen. Zunächst haben ihm bei fast allen Stadien und Formen von E. heisse Handbäder sehr oft ausgezeichnete Resultate ergeben. Man lässt dieselben mehrmals am Tage durch verschieden lange Zeit — 5 Minuten bis 1 Stunde — nehmen und kann dem Wasser entzündungswidrige oder adstringirende Substanzen zusetzen, wie Liq. Alumin. acet. (1:10), Borsäure (soviel sich löst), Resorcin (1—2 ‰), und, was besonders gut wirkt: Tannin ( $\frac{1}{2}$  Theelöffel auf 200 gr Wasser). Bei acuten und diffusen Schwellungen mit oder ohne nässende Stellen, Eiterpusteln, Rhagaden wirken feuchte Verbände mit solchen Lösungen oder — besonders bei starkem Jucken — mit einer starken Verdünnung von Liquor carbonis detergens\*) (1—5 ‰) recht günstig. Ist die Haut dadurch stark macerirt, aber von den acuten Entzündungserscheinungen befreit, so tritt eine austrocknende Behandlung in ihr Recht. Mit dieser beginnt man — neben den heissen Bädern — vortheilhaft bei den dysidrosisartigen acuten disseminirten, rein vesiculösen Formen. Für diese Austrocknung haben sich dem Autor 2 Mittel sehr bewährt: Tannin und Tumenol. Ersteres wird auf gepinselt, etwa in folgender Form:

**Rp.**

*Acid. tannic. 3,0—10,0*  
*Zink. oxyd.*  
*Amyl. aa 20,0*  
*Glycerin. 20,0*  
*Aq. dest. ad 100,0.*

\*) Steinkohlentheer in folgender Zubereitung: 1 Thl. Steinkohlentheer, 4 Thle. Quillajainctur (1 Thl. Cort. Quillajae mit 7 Thln. Spirit. dilut. percolirt), unter häufigem Umschütteln 8 Tage lang digerirt, absetzen lassen, die über dem Theer stehende Flüssigkeit abgiessen.

Man setzt oft mit Vortheil noch 3—5 gr Resorcin zu und streicht mässig dick die gut geschüttelte Suspension ein, die schnell zu einer festhaftenden Kruste trocknet. Tumenol wirkt speciell bei Handekzemen oft eclatant austrocknend und jucklindernd. Man verordnet es am besten als 10 0/0ige Zinkpaste:

**Rp.**

*Tumenol 10,0*  
*Zink. oxyd.*  
*Amyl. aa 20,0*  
*Vaselin. ad 100,0.*

Bei leichteren Fällen und wenn es nicht durchzusetzen ist, dass die Pat. ihre Hände den Tag über verbunden oder auch nur mit Handschuhen bedeckt tragen, kann man beide Methoden combiniren: über Nacht verbindet man mit der Tumenolpaste, am Tage macht man einen dünnen Anstrich mit Tannin. Tritt durch diese Behandlung eine Eintrocknung und Beseitigung der acuten Entzündungserscheinungen ein, so bleiben doch meist noch Infiltrationen und Schuppenbildung zurück, das Bild eines chronischen Ekzems. Dann treten 2 Präparate in den Vordergrund: Salicyl und Theer. Das erstere kann in Form schwacher Salben (2 0/0) auch schon früher manchmal von Nutzen sein; in den chronischen Formen wird sie als stärkere Salbe (10 0/0) oder am besten in Form des Pick'schen Salicylseifenpflasters zu Dauerverbänden benützt. Mit Theer muss man stets vorsichtig sein. Eine sehr milde Form ist der Liq. carbon. detergens als Salbe oder Schüttelmixtur:

**Rp.**

*Liq. carbon. deterg. 1,0—20,0*  
*Adip. lan. 45,0*  
*Zink. oxyd. 5,0*  
*Ol. Oliv. 20,0*  
*Aq. dest. ad 100,0.*

**Rp.**

*Liq. carbon. deterg. 5,0—20,0*  
*Amyl.*  
*Zink. oxyd. aa 20,0*  
*Glycerin. 30,0*  
*Aq. dest. ad 100,0.*

Man kann Beides auch combiniren, indem man über Nacht die Salbe und am Tage die Pinselung benützen lässt. Kommt man damit nicht zum Ziel, so benützt man dann Ol. Rusci oder Ol. Cadin. als Salbe oder Paste, und event. als stärkstes Mittel Theertinctur:

Rp.

*Ol. Rusc.*  
*Spirit. vin.*  
*Aether. sulf. aa 30,0*  
*Acid. salicyl. 10,0.*

Aber auch nach der definitiven Heilung darf man die Behandlung noch nicht als abgeschlossen ansehen, man muss, will man Recidive verhüten, noch einige Zeit mit der Therapie fortfahren, indem man heisse Handbäder, Einpinselungen mit einer der Schüttelmixturen, Einfettungen über Nacht applicirt. In dieser Zeit kann auch das zur Prophylaxe der Handekzeme mit Recht viel empfohlene Waschen mit Spiritus nach dem Waschen mit Wasser und nachträgliches, ganz leichtes Einfetten der Hände mit einem indifferenten Fett einsetzen; auch für die letztere empfehlen sich Adeps lanae-Salben mit Zusatz von etwas Salicylsäure:

Rp.

*Acid. salicyl. 2,0*  
*Adip. lanae 50,0*  
*Ol. Ricin. 20,0*  
*Aq. dest. ad 100,0.*

Dass die tylothischen Ekzeme der Handteller noch eine besondere Behandlung verlangen, ist selbstverständlich; für sie ist die Entfernung der dicken Hornmasse durch mechanische und chemische Mittel die erste Vorbedingung; starker Salicylpflastermull (Beiersdorff), Aetzungen und Kalilauge, Seifenbäder sind nicht zu entbehren, und erst nachher sind die obigen Maassnahmen vortheilhaft.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1897 No. 8.)

**Erysipel.** Ueber die Robin'sche Behandlung des Gesichtserysipels schreibt Keller (z. Zt. in Paris) Folgendes: „Ich will Ihnen nur kurz mittheilen, welches die Methode Robin's ist, mit der er sehr gute Resultate hat. Er behandelte in fünf Serien 91 Erysipelfälle — in einem Zeitraum von 7 Jahren — und hat keinen einzigen Todesfall erlebt. Die Mehrzahl der Patienten sind alte Leute und meistens Spitalranke, einige aus der Privatpraxis. Die Behandlung ist folgende: Alle 4 Stunden

wird während 30 Minuten ein Spray mit Liq. van Swieten (1 ‰ Sublimatlösung + 1,0 Kal. tartaric.) auf das Gesicht applicirt. Man trägt Sorge, die Augen mit Watte und Kautschukpapier gut zu schützen, ebenso die Brust und den Hals. Die Besprayung wird alle 4 Stunden, Tag und Nacht, fortgesetzt, also 6 Sitzungen à 30 Minuten in 24 Stunden. Wenn es besser geht, so wird noch 5, dann 4 und zuletzt 3 Mal gesprayed. Innerlich Régime lacté, um die Diurese oder Ausscheidung der Toxine zu begünstigen, event. noch Chinawein bei grosser Schwäche, sogar kalte Bäder und Herzmittel, wenn von Seite des Herzens etwas zu befürchten ist. Da 5 Serien in dieser Weise behandelt wurden, so ist auszuschliessen, dass Robin nur gute, benigne Fälle zu behandeln hatte.“

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1897 No. 6.)

**Hysterie.** Dr. L. Aldor berichtet über einen Fall von Oesophaguslähmung hysterischer Provenienz. Der Pat., ein 51jähriger Tagelöhner, hat vor 7 Wochen am Hinterhaupt ein Trauma erlitten. Bis dahin vollkommen gesund, war er unmittelbar nach dem Unfall unfähig zum Schlucken und blieb es. Nach 4 Wochen liess er sich in die interne Klinik aufnehmen, wo ausser der Schlundlähmung nur noch beiderseitige hochgradige Steigerung der Patellarreflexe, eine geringfügige, von Zeit zu Zeit an Intensität wechselnde Ataxie der unteren Gliedmaassen und vollkommene Unempfindlichkeit der Kehlkopfschleimhaut constatirt wurden. Die Richtigkeit der auf H. gestellten Diagnose wurde durch den Krankheitsverlauf durchaus bestätigt. In der 3. Woche des Spitalaufenthaltes verschwand plötzlich die Schlundlähmung, nachdem therapeutisch ausser Ruhe und künstlicher Ernährung nur Faradisation der Magengrube angewandt worden war. Bisher ist hysterische Oesophaguslähmung in der Litteratur noch nicht notirt worden.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Budapest, 20. Febr. 1897. — Ungar. medic. Presse 1897 No. 13.)

— Ueber einen Fall von Pseudo-Intermittens hysterica in Form von typischen Schüttelfrösten berichtet Primararzt Dr. J. Mader (k. k. Krankenanstalt Rudolfstiftung). Am 9./III. 95 wurde eine 29 Jahre alte Magd

aufgenommen. Sie kam mit Erscheinungen der Influenza — 8 Tage Fieber, Hals- und Kopfschmerzen, Brustweh —, die Temperatur stieg am Tage nach der Aufnahme auf  $40,8^{\circ}$  und fiel am folgenden Tage (11./III.) auf  $37,6^{\circ}$ ; Abends betrug sie nochmals  $38,2^{\circ}$ , dann blieb sie normal. Confundirt wurde das Bild durch das wiederholte Auftreten von heftigen Schüttelfrösten. Am 10./III. hatte Pat. 4 solcher, welche mehrere (ca. 10) Minuten anhielten. Verwirrt wurde die Sache noch weiter durch die Angabe der Pat., sie sei 2 Jahre in Bulgarien gewesen und dort 6 Monate mit Intermittens im Spital gelegen. Seit 1 Jahr ist sie aus Bulgarien zurück. Die anfängliche Annahme, dass Pat. wirklich an Malaria gelitten, wurde später sehr zweifelhaft; nicht bloss gab sie an, dass Chinin damals ohne Effect gewesen sei, sondern es fehlte auch jede Milzschwellung. Dass die Anfälle jetzt ohne jede Temperatursteigerung verliefen, wurde bei jedem derselben genau constatirt. Die Anfälle in Bulgarien sollen den jetzigen gleich gewesen sein. Sie überdauerten den Aufenthalt in Bulgarien, und Pat., welche sich sonst wohl und arbeitsfähig fühlte, suchte die Anfälle zu verbergen, um nicht den Dienst zu verlieren, weshalb sie sich zu verstecken suchte. Einmal beobachtete Autor den Beginn: Pat., die eben noch gesprochen, wobei sie sich wohl etwas erregte, fing plötzlich an, Symptome des Frostes zu zeigen, deckte sich möglichst zu, klapperte vor Kälte; bald aber war sie ganz normal. Alle Anfälle traten ohne Fieber, ohne Hitzegefühl, ohne Schweiss auf, und zwar wiederholt am Tage; manchmal waren sie nur von ganz kurzer Dauer. Pat. war eine robuste Person, ohne sonstige hysterische Symptome. Ob vielleicht doch ursprünglich Malaria den Anlass zu dieser Neurose gegeben, war nicht festzustellen. Pat. wurde ungeheilt entlassen.

(Wiener medic. Blätter 1897 No. 19.)

**Influenza.** Merklen beobachtete 3 Fälle von Appendicitis, im Verlauf oder im Gefolge von I. auftretend. In allen 3 Fällen handelte es sich um Kinder, bei denen eine familiäre Prädisposition zu Erkrankungen des Wurmfortsatzes bestand. Autor will daher die beiden Erkrankungen nicht als zufällig neben einander bestehende aufgefasst wissen, sondern bringt sie in einen gewissen Zu-

sammenhang, indem er annimmt, dass im Verlauf solcher Krankheiten eine erhöhte Virulenz der gewöhnlichen Mikroorganismen des Darmes eintritt bei Personen, die prädisponirt sind zu Erkrankungen des Wurmfortsatzes.

(Gaz. hebdom. 1897 No. 24. — Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 15.)

— Ueber einige Complicationen und Ausgänge der I. lässt sich Prof. A. Fränkel (Berlin) aus, und zwar 1) über die zuweilen im Gefolge von I. auftretende jauchige Pleuritis, 2) über einige am Gefässapparat auftretende Complicationen. Autor hat schon früher darauf hingewiesen, dass ebenso wie die gewöhnliche fibrinöse Pneumonie auch die Influenzapneumonie gelegentlich, statt in Lösung überzugehen, einen mehr chronischen Verlauf nimmt, unter der gleichzeitigen Entwicklung von Erscheinungen, die auf eine Schrumpfung der Lunge hinweisen. Die Kenntniss solcher Fälle ist deshalb von Bedeutung, weil sie leicht zu Verwechslungen mit Tuberculose Veranlassung geben, indem nicht bloss das Fieber, sondern auch die physikalischen Erscheinungen, Schallabschwächung wie Rasselgeräusche, lange Zeit bestehen bleiben. Doch ist dieser Ausgang verhältnissmässig selten; etwas häufiger ist der auch praktisch sehr viel wichtigere Uebergang in Lungengangrän. Auch einzelne Mittheilungen über einfachen Lungenabscess im Gefolge von I. liegen vor. Um diese Ausgänge richtig zu würdigen, muss man sich die anatomischen Eigenthümlichkeiten der Influenza-Pneumonie klar machen. Letztere stellt eine der charakteristischsten Formen der Bronchopneumonie dar. Der entzündliche Process breitet sich bei ihr von den Bronchien auf die Alveolargänge und die Alveolen selbst aus. Macht man die mikroskopische Untersuchung der Lunge, so sieht man die Hohlräume dieser sämtlichen Gebilde in dichtester Weise von Eiterkörperchen erfüllt, und zwar nahezu ausschliesslich von solchen. In den Bronchien ist ihre Anhäufung eine ausserordentlich reichliche, ebenso in vielen Alveolen, und da gleichzeitig das interstitielle Bindegewebe vielfach ebenfalls mit Rundzellen infiltrirt ist, so hat man oft den Eindruck, als ob der Process bereits bis zur eitrigen Einschmelzung vorgeschritten sei. Thatsächlich kommt es auch dazu in einem grossen



Theil der letal verlaufenen Fälle. Ausser den Lymphkörperchen enthält der Alveoleninhalt wenig andere Bestandtheile; vor Allem fällt der fast vollständige Mangel an Fibrin auf. Letzterer Umstand bewirkt auch, dass die lobulären Infiltrate bei der Betrachtung mit unbewaffnetem Auge meist eine auffallend glatte Beschaffenheit darbieten, während andererseits aus der verhältnissmässig geringfügigen oder ebenfalls völlig fehlenden Beimengung rother Blutkörperchen sich die mehr eiterartige Beschaffenheit des Auswurfs erklärt. Rostfarbene Sputa werden bekanntlich bei der typischen Influenza-Pneumonie nur selten angetroffen. Manchmal kommen solche aber vor, auch das anatomische Bild weicht bisweilen ab, indem neben den mehr grau gefärbten Herden mit nahezu glatter Schnittfläche solche von rötherer Färbung mit körniger Beschaffenheit zu finden sind. Die meisten Autoren sprechen da gleich von Mischinfectionen mit dem Pneumococcus und sagen, die fibrinöse Pneumonie complicire nicht bloss in Form lobärer, sondern auch in Gestalt lobulärer Infiltrate die reine Influenzapneumonie. Es ist aber doch nicht abzusehen, warum der Influenzabacillus gelegentlich nicht selbst auch fibrinöse Exsudation bewirken könne! Und es liegen auch Fälle von Influenzapneumonie vor mit rostfarbenem Sputum, bei dem der letztere die charakteristischen Stäbchen nahezu in Reincultur enthielt. Andererseits muss betont werden, dass zur Zeit der herrschenden I. nicht selten eine Häufung genuiner Pneumonien stattfindet, welche in gar keiner directen Beziehung zu der I. stehen, sondern Reininfectionen mit dem Pneumococcus darstellen! Was nun die Lungengangrän bei I. anbetrifft, so kann also eine massenhafte Leukocyteninfiltration, wie bereits erwähnt, zur wirklichen Schmelzung der Infiltrate führen. Diese vollzieht sich entweder in Form multipler Herde oder sie bildet sich nur an wenigen oder selbst einer einzigen Stelle aus und erzeugt an dieser dafür einen um so grösseren Substanzverlust. Diese Vereiterungen brauchen keinesfalls auf Mischinfection zu beruhen, sondern der Influenzabacillus hat gewiss auch die Fähigkeit, unter Umständen selbst diese Schmelzungen hervorzurufen. Dass aber in solche Herde leicht später andere Mikroorganismen einwandern, ist klar. Befinden sich die Eiterherde in der

Nähe der Lungenoberfläche, so liegt nichts näher, als dass dieselben in die Pleurahöhle durchbrechen und zu plötzlicher Entstehung eines Pneumothorax Veranlassung geben; und dieses Vorkommniß ist auch verschiedentlich beobachtet worden. In anderen Fällen fehlen die Erscheinungen des Pneumothorax oder sie treten zum Mindesten in den Hintergrund, während ihnen gegenüber die Symptome der putriden Pleuritis das Krankheitsbild beherrschen. Dies ereignet sich allemal, wenn der Erweichungsherd vor seiner Entleerung in das Cavum pleurae durch Hineingelangen von Fäulniserregern gangränöse Beschaffenheit angenommen hat. Autor hat in 7,5 % seiner Influenzapneumonien den Ausgang in Gangrän beobachtet. 2 Punkte sind nun zu betonen: 1) die mitunter geradezu erstaunliche Schnelligkeit, mit der sich die Lungengangrän und die von ihr abhängigen Folgezustände, der Durchbruch in die Pleurahöhle mit secundärer putrider Pleuritis entwickeln; 2) die Eigenart der Symptome, welche den Eintritt der letzteren Complication ankündigen und nicht selten die Wahrscheinlichkeitsdiagnose schon gestatten, bevor überhaupt die Lungengangrän manifest geworden, ja bevor selbst die den endgültigen Ausschlag gebende Probepunction ausgeführt worden ist. Auch in 2 Fällen, von denen Fränkel berichtet, ereignete sich der Ausgang in putride Pleuritis ganz plötzlich und in dem einen auffallend früh. Während sich über den Zeitpunkt der Entstehung der putriden Pleuritis bei dem 1. Kranken ein sicheres Urtheil nicht abgeben liess und nur so viel bestimmt werden konnte, dass derselbe in die ersten 5 Tage nach Beginn der Erkrankung fallen musste, war der Eintritt dieses Ereignisses bei dem 2. Pat. durch die Besonderheit der begleitenden Symptome aufs Schärfste gekennzeichnet. Die Perforation des Lungenherdes in die Pleura erfolgte hier am 14. Tage nach Einsetzen der I. und sie kündigte sich durch Schmerzen an, welche vom Beginn ihres Erscheinens an von einer solchen Heftigkeit waren, dass sie nicht wohl auf das Hinzutreten einer einfachen Pleuritis bezogen werden konnten, sondern an eine besondere Ursache und Form derselben gedacht werden musste. Da nach dem Percussionsergebniss ein kaum mehr als mittelgrosses Pleuraexsudat vorlag, nach

aussen und unten von der Herzdämpfung aber eine Zone lauten tympanitischen Schalls sich befand, so wurde anfänglich an eine Gasentwicklung aus dem Exsudat oder an Lufttritt in die Pleurahöhle von den Bronchien aus als Ursache der gefundenen ausserordentlichen Herzverschiebung gedacht. Doch liess sich weder Metallklang nachweisen, noch gelang selbst in den späteren Tagen, als die Schmerzempfindlichkeit bei dem Pat. nachgelassen hatte, sodass er einigermaassen bewegt werden konnte, jemals die Feststellung eines Succussionsgeräusches. Trotzdem blieb der Gesamteindruck des Krankheitsbildes ein solcher, dass Autor an der Diagnose eines jauchigen Exsudats festhielt. Besonders trug hierzu die Ueberlegung bei, dass die Plötzlichkeit des Einsetzens der Erscheinungen nach einer mehrtägigen Pause relativen Wohlbefindens des Pat. sich ungezwungen aus der Annahme eines in der oben geschilderten Weise erweichten und in brandigen Zerfall übergegangenen Infiltrationsherdes in der Nähe der Lungenoberfläche erklären liess, ebenso wie die arrodirende Einwirkung des gangränösen Eiters auf das an und für sich so empfindliche Rippenfell die Schmerzhaftigkeit des Processes begreiflich machte. Noch drei weitere Umstände erhöhten das Interesse der Beobachtung: Zunächst der Mangel jeglicher Putrescenz des Auswurfs bis zu dem Augenblick des Durchbruchs des jauchigen Exsudats in die Bronchien, sodann der eigenthümliche Sitz des letzteren und endlich das Verhalten des Harns. Was den ersteren Punkt anbelangt, so ist das Fehlen der die Gangraena pulmonum auszeichnenden Sputa darauf zurückzuführen, dass der betreffende Brandherd durch die reactive Entzündung des umgebenden Lungenparenchyms eine Art von Abkapselung gegen den Bronchialbaum erfährt. Der Abschluss wird um so vollständiger, je schneller durch das hinzutretende Pleuraexsudat die benachbarten Bronchien comprimirt werden. Erst wenn durch den fortschreitenden Zerfall auch die Wandungen dieser mit in den Zerstörungsprocess hineingezogen werden, vollzieht sich die Oeffnung des Brandherdes in den Bronchialbaum. Derselbe Umstand, d. h. der zunächst stattfindende Verschluss der Luftröhrenäste durch feste Exsudatmassen und deren Compression bewirkt wohl auch, dass in solchen Fällen kein Luftaustritt in die Pleurahöhle stattfindet, und

dass somit die Erscheinungen des Pneumothorax fehlen. Der Sitz des Exsudats war, wie die operative Eröffnung zeigte, ein vorwiegend interlobärer. Die sogenannten interlobären Pleuraergüsse treten in zwei Formen auf. Bei der einen befindet sich die Flüssigkeit vollkommen abgeschlossen in der Spalte zwischen 2 Lungenlappen und berührt an keiner Stelle die Brustwand, resp. Pleura costalis. Es können dies naturgemäss keine sehr umfanglichen Ergüsse sein. Sind sie von eitriger Beschaffenheit und brechen sie schliesslich in die Bronchien durch, so liegt die Verwechslung mit Lungenabscess nahe; doch sind diese Fälle überhaupt nur selten. Bei weitem häufiger ist diejenige Form, bei welcher zwar auch das Exsudat, und zwar zum grössten Theil in der die Lappen trennenden Spalte belegen ist, zugleich jedoch der Pleura parietalis der seitlichen Brustwand in mehr oder weniger grosser Ausdehnung anliegt, sodass, wenn man sich einen Frontalschnitt durch dasselbe gelegt denkt, der Erguss eine keilförmige, mit der Spitze nach innen, mit der Basis dagegen nach aussen gerichtete Gestalt darbieten würde. Hier handelt es sich meist um weit grössere Flüssigkeitsansammlungen, die schon deshalb eine besondere praktische Bedeutung haben, weil sie zu erheblicher Compression der Lunge und beträchtlicher Dislocation der Nachbarorgane, besonders des Herzens, Veranlassung geben können. Bedingung für die Entstehung einer solchen Absackung des Exsudats ist allemal, dass die beiden Pleurablätter in der Umgebung der Interlobärspalte fest mit einander verlöthet sind. Befindet sich der Erguss auf der linken Seite, so sind die Erscheinungen besonders charakteristisch. Es fällt zumeist der Umstand auf, dass der halbmondförmige Raum vollkommen oder nahezu vollständig erhalten ist. Oberhalb desselben und nach aussen von der Herzdämpfung besteht, wenn, wie im obigen Falle, der untere Theil des linken Oberlappens nicht zu stark comprimirt ist, in Folge der Erschlaffung seines Parenchyms ebenfalls tympanitische Schall. Andere Male dagegen, und zwar bei stärkerer Zusammendrückung der Lunge, sind die an das Herz links angrenzenden Parthien der Vorderwand bis in die Seitenwand hinein gedämpft, sodass eine einigermaassen sichere Abgrenzung der Herzdämpfung nach dieser Richtung unmöglich ist. Der mittlere Theil der linken Seitenwand

selbst, ebenso wie die untere Hälfte der Hinterwand, geben gleichfalls gedämpften Schall, was begreiflich ist, da an ersterer Stelle sich gewöhnlich Exsudat, an letzterer comprimirt Lunge befindet. Während nun an den vorderen oberen Parthieen der betreffenden Thoraxhälfte lauter Percussionsschall besteht, und auch die hintere Dämpfung von nur mässiger Ausdehnung ist, erweist sich, ganz im Gegensatz dazu, das Herz auf das Beträchtlichste nach rechts verschoben, sodass seine Grenze den rechten Sternalrand event. um 3—4 cm oder noch mehr überschreitet; indem das zwischen den Lungenlappen belegene und stark gespannte Exsudat durch die umgebenden Verwachsungen beider Pleurablätter verhindert ist, sich nach unten oder oben frei auszubreiten, überträgt es seinen Druck vorwiegend auf das leicht bewegliche Herz. Auch die Ergebnisse der Auscultation sind eigenthümlich. Wie bei einem gewöhnlichen, d. h. in seiner Ausbreitung in keiner Weise beschränkten pleuritischen Ergüsse, hört man über der Dämpfung in der unteren Hälfte der Hinterwand entweder gar kein Athemgeräusch oder ein ganz unbestimmtes, leises; zugleich ist der Fremitus an dieser Stelle erloschen oder verringert. Das erklärt sich aus der Compression des der Brustwand adhärennten Unterlappens, welche so beträchtlich sein kann, dass die Lichtungen seiner Bronchien vollständig verschlossen werden. Daraus können Irrthümer für die Beurtheilung der Situation erwachsen, indem man zur Annahme verleitet wird, an der genannten Stelle bestehe Flüssigkeitsansammlung. Eine Probepunction fällt natürlich negativ aus; nur in der Seitenwand oder hoch oben an der Hinterwand, in dichter Nachbarschaft des Angulus scapulae, wo sich der untere Rand der auseinandergedrängten Interlobulärspalte befindet, gelingt es, das Exsudat zu fassen, und auch an dieser Stelle liegt es der Thoraxwand oft nur in beschränkter Ausdehnung an, sodass der Ort, wo mit Erfolg punctirt werden kann, erst gesucht werden muss. Bei den rechtsseitigen Exsudaten sind die Verhältnisse in Folge des Vorhandenseins einer durch den Mittellappen bedingten doppelten Interlobulärspalte etwas complicirter, lassen sich jedoch auch hier leicht construiren, wenn man erwägt, dass die obere Spalte vorn in der Gegend des unteren Randes der 4. Rippe bis zum Sternum verläuft und mit der unteren hinten in der Axillarlinie des

4. Intercostalraumes zusammentrifft. Autor hat im Laufe der Jahre eine ganze Anzahl solcher interlobär belegener Pleuritiden beobachtet und auch bei nicht wenigen derselben auf Grund der eben angegebenen Kennzeichen schon vor der Punction die Diagnose gestellt. Der 3. Punkt aus der Geschichte des Pat. endlich betrifft das Verhalten des Urins; von dem Augenblick des Durchbruchs des Brandherdes in die Pleurahöhle bis zum Tage der Operation enthielt derselbe beträchtliche Mengen Eiweiss, die nach Entleerung des Exsudats spurlos verschwanden, ein Beweis, dass hier nur die Resorption putrider Substanzen der Nephritis zu Grunde lag, diese also als „toxische“ anzusehen war. In beiden obigen Fällen heilten die jauchigen Empyeme nach der Operation auch anstandslos aus. Immer ist aber die Prognose dieser Complication der I. keine so gute, da nur selten ein einziger Gangränherd vorliegt, der in das Cavum pleurae perforirt, vielmehr meist multiple Eiteransammlungen vorhanden sind, die der Operateur oft gar nicht alle aufzusuchen im Stande ist, sodass viele Pat. unter den Erscheinungen fortschreitender Sepsis zu Grunde gehen. — Mannigfach sind die Gefahren und Complicationen, welche den Influenzkranken von Seiten des Circulationsapparates drohen. Abgesehen von der Herzschwäche, welche sich in vielen Fällen schon von Beginn der Erkrankung an in beunruhigender Weise bemerkbar macht, kommen die verschiedensten anderen Erscheinungen, wie aussergewöhnliche Pulsbeschleunigungen oder Verlangsamungen, Arrhythmieen, plötzliche Herzparalysen, Anfälle von Angina pectoris etc. entweder im Verlaufe der I. selbst oder als Folgesymptome zur Beobachtung. Vielfach ist darauf der Zustand, in welchem Herz und Gefässe sich vor dem Beginn der Erkrankung befanden, von Einfluss. Patienten z. B., welche an einem älteren Klappenfehler oder an Arteriosklerose leiden, können schon in den ersten Tagen der I. von schweren kardialasthmatischen Zufällen oder von Angina pectoris heimgesucht werden oder unter dem Einfluss der durch die Krankheit erzeugten Herzschwäche eine Embolie davontragen. Autor hat u. A. drei Folgesymptome beobachtet: 1) Bei einer Anzahl namentlich jüngerer Individuen trat nach Ablauf der eigentlichen Influenza-

erscheinungen Arhythmie auf, welche Wochen lang trotz Betruhe andauerte. Zum Theil war dieselbe von deutlichen Intermissionen des Pulsschlages begleitet. Solange die Pat. die horizontale Lage einnahmen, waren subjective Beschwerden damit nicht verbunden, nur bei Bewegungen machte sich Herzklopfen bemerkbar. Die Frequenz des Pulses war bei einigen Pat. auffallend verringert, bis auf 50 Schläge, bei anderen gesteigert, einmal bis 150. Herzdämpfung und -töne waren normal bis auf 2 Pat. im Alter von 14 und 15 Jahren, wo nicht bloss der Spitzenstoss erheblich verstärkt und die Herzdämpfung etwas nach rechts verbreitet, sondern auch in der ganzen Regio cordis ein auffallend lautes und rauhes systolisches Geräusch wahrnehmbar war. Nach längerer Schonung der Pat., insbesondere Betruhe, gingen diese Erscheinungen völlig zurück. Man wird aber trotzdem gut thun, derartigen Pat. jede stärkere Muskelanstrengung zu untersagen und sie bei guter Ernährung, event. auch mässigem Weingenuss, so lange im Bette zu halten, bis die Herzaction wieder eine durchaus normale geworden ist. 2) Arterielle Gefässthrombosen bei I. hat Autor drei beobachtet; 1 Mal handelte es sich um die Arter. brachial, 1 Mal um die Iliaca externa und 1 Mal um die Arter. central. retinae. Embolie der letzteren als Complication der I. ist schon mehrfach beschrieben worden; in einigen Fällen lagen offenbar ältere Herzklappenfehler vor, andere Male wiesen aber Herz und Gefässapparat keine sonstigen Anomalieen auf, sodass es naheliegt, auch da eher Thrombose anzunehmen, welche ja dieselben Symptome macht. Um marantische Thrombose kann es sich allerdings kaum handeln, zumal der Gefässverschluss mitunter schon in den allerersten Tagen der Erkrankung, wo von einem erheblichen Darniederliegen der Circulation noch gar nicht die Rede ist, sich vollzieht. Alles weist vielmehr darauf hin, dass man es mit Gefässveränderungen zu thun hat, welche in directer Abhängigkeit zu der Infection resp. Intoxication des Organismus stehen. Eben solche Veränderungen der Intima dürften den auch zuweilen schon in einem frühen Stadium der I. auftretenden Venenthrombosen zu Grunde liegen, welche von den 3 Fällen des Autors 2 Mal hinzutraten. 3) Auch Arteriosklerose kann die Folge von I. sein. Autor erlebte folgenden Fall: Ein 52jähriger College machte eine mässig

heftige I. durch, von der er sich aber vollständig erholte. Einige Wochen später wurde er plötzlich von den schwersten Anfällen von Angina pectoris befallen, ohne dass zuvor besondere Erscheinungen seitens des Circulationsapparates bestanden hatten. Nichts wies bei dem Pat. auf allgemeine Arteriosklerose hin, die Arterienspannung war eher geringer als normal, die Herzdämpfung nicht verbreitert, nur an der Spitze hörte man ein hauchendes systolisches Geräusch. In kurzen Intervallen folgte ein stenokardischer Anfall dem anderen, und zwar colossal heftige Anfälle, stets begleitet von ödematösem Auswurf. Dabei sah Pat. in der anfallsfreien Zeit verhältnissmässig gut aus, Hydrops und Albuminurie fehlten während des im Ganzen 3 monatlichen Krankheitsverlaufes. Sehr bald stellten sich Arrhythmie und die Zeichen einer, wenngleich im mässigen Grade fortschreitenden Dilatation des linken Ventrikels ein. Schliesslich trat der Tod durch Herzparalyse in einem Anfall ein. In Anbetracht der fehlenden allgemeinen Arteriosklerose diagnosticirte Autor circumscripste sklerotische Veränderungen im Anfangstheil der aufsteigenden Aorta, deren Sitz sich wahrscheinlich in der unmittelbaren Umgebung der Coronararterienostien befand.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 15/16.)

**Lupus.** Ueber die therapeutischen Erfahrungen in den letzten Jahren stattet Prof. Dr. V. Janowsky (Prag, Universitätsklinik für Dermatologie u. Syphil.) Bericht ab. Mit Rücksicht auf den Allgemeinzustand wurden bisweilen interne Mittel verabfolgt. So bei Scrophulose vor Allem Arsen in Form von Pillen oder der Wässer von Roncegno, Levico, Guber, dann auch Ol. jecor. aselli bei Kindern mit Erfolg. Dagegen wurde mit Guajacol, das zudem bei längerem Gebrauche unangenehme Symptome von Seiten des Verdauungstractus auslöste, kein wesentliches Resultat erzielt, ebenso wie mit Guajacolcarbonat, das allerdings weniger reizend wirkt. In Bezug auf die externe Behandlung stand die Auskratzung an erster Stelle; diese, zumeist in Chloroformnarkose und mit nachfolgendem Ausbrennen mit dem Thermokauter ausgeführt, erwies sich bisher als die beste Methode zur Beseitigung besonders abgegrenzter Herde; auch stellten sich Recidive nicht so rasch ein, wie bei anderer Therapie. Weniger



gute Erfolge ergab die Scarification, die sich namentlich eignet für ausgedehnte, flache, auf einem grösseren Territorium der Haut verbreitete, mit kleinen, der Auskratzung unzugänglichen Herden und ausgedehnter Vascularisation ausgezeichnete Lupusaffectionen; in solchen Fällen können wir darauf rechnen, dass wir durch Zerstörung der zahlreichen, zum Theil neuentstandenen Gefässe der Neubildung das Nährmaterial entziehen, sodass eher eine atrophische Rückbildung erfolgt. Galvanokaustik mit den Besnier'schen Apparaten, ebenso Thermokaustik wirkten bei kleinen Herden ganz gut, doch schien es manchmal, dass die reactive, rings um den ausgebrannten Herd auftretende Entzündung durch ihre Vascularisation einen günstigen Boden für Recidive darbietet. Ueber die Excisionsmethode hat Autor wenig Erfahrungen. Tuberculin bewährte sich sehr zu diagnostischen Zwecken, auch Besserungen wurden erzielt, besonders bei *L. tumidus*, in solchen Fällen, wo die Umgebung der lupösen Knoten sehr geschwollen und vascularisirt ist; in diesen Fällen traten nach Ablauf der typischen Reaction regressive Processe ein, die recht oft eine Rückbildung der lupösen Knoten zur Folge hatte. In anderen Fällen versagte das Mittel, immer versagte es bei *L. scleroticus* und *L. verrucosus*. Auch traten meist Recidive ein. Mit dem Tuberculocidin waren die Ergebnisse absolut negativ, desgleichen mit Kantharidin und Thyosinamin. Aetzmittel wurden besonders da angewandt, wo eine Operation aus äusseren Gründen nicht möglich war, oder wo es sich um ausgedehnte Herde eines flachen *L.*, namentlich im Gesicht und an den Extremitäten, handelte. Zuerst müssen die Krusten entfernt werden, was am besten durch einen Oelcontentivverband (Ol. Olivar.) geschieht; bei bedeutender Hyperplasie der Hornschicht (*L. scleroticus* und *L. verrucosus*) wirkte da sehr gut 10%iges Emplastr. salicylico-saponat. (Pick), dem bei reichlicher Vascularisation zweckmässig Ichthyol zugesetzt wird:

## Rp.

*Emplastr. saponat. 100,0*

liquefact. leni calore et adde

*Acid. salicyl. crystall. 10,0*

*Ichthyol. 5,0.*

Extende supra linteum f. emplastr.

In Fällen stärkerer entzündlicher Reizung werden durch einige Tage Umschläge mit Burow'scher Lösung gemacht (alle 2—3 Stunden zu wechseln!). Ist die gereizte Gegend ekzematös: Resorcinumschläge (Resorcin. 5,0, Aq. dest. 500,0). Sublimatumschläge bewährten sich nicht, weil sie sehr oft reizen; nur wenn lupöse Herde durch längere Zeit ein unreines, speckiges Aussehen haben, kann man zu Sublimat (1:2000) greifen. Jodoform leistet bisweilen recht gute Dienste, besonders nach Operationen in Salbenform (Jodoform. 2,0, Lanolin. 30,0); bei stärkerer Reizung ziehe man vor: Acid. boric. 3,0, Lanolin. 30,0. Application von Ol. jecor. aselli bewährte sich nicht, weil oft hierbei heftige Dermatitis entstand. Was nun die Aetzmittel selbst betrifft, so kommt zuerst Arsenpaste in Betracht:

Rp.

*Acid. arsenic. 1,0*  
*Cinnabar factitiae 3,0*  
*Unguent. emoll. 24,0.*

S. Messerrückendick auf Leinwand zu streichen und 2—3 Tage liegen lassen.

Am 2. Tage stellen sich Schmerzen ein, und nach Beseitigung der Paste sieht man, dass einzelne lupöse Stellen dunkelbraun und nekrotisirt sind. Die Wirkung ist oft eine recht zufriedenstellende, doch sind die Schmerzen bedeutend und bei ausgedehntem L. Intoxicationsgefahr vorhanden. Letzteres ist auch der Fall bei der Behandlung mit Pyrogallol (Acid. pyrogall. 5,0, Unguent. simpl. 50,0, jeden 2.—3. Tag aufzulegen), wobei aber die Schmerzen sehr gering sind, sodass die ganz wirksame Methode für den Landarzt recht zu empfehlen ist, wenn kleine lupöse Herde zu behandeln sind (bequem sind da Unna's Pflastermulle). Gut wirken ferner Salicyl-Kreosotpräparate, die in einer ganzen Reihe flacher Lupusformen mit bestem Erfolge gebraucht wurden. Die Application ist nicht schmerzhaft; Salicyl-Kreosot-Pflaster reizen allerdings manchmal, die Paste aber fast nie:

Rp.

*Acid. salicyl. 40,0*  
*Creosot. 80,0*  
*Cerat. simpl. 60,0*  
*Cera alb. 20,0.*

M. f. pasta.

S. Dick auf Watte zu streichen und 48 Stunden bis 3 Tage liegen zu lassen.

Nach Entfernung der Paste sieht man, dass die lupösen Knoten weggeätzt sind, und wenn die Paste mehrmals applicirt ist, zeigen sich an Stelle der weggeätzten Knoten allmählig normale Granulationen, worauf man mit der Paste aufhört und Borsalbe oder Zink-Ichthyol-Salbenmull auflegt. Diese Methode empfiehlt sich sehr für den praktischen Arzt. Sehr günstig waren endlich die Resultate mit der Parachlorphenol-Paste (Elsenberg). Man reinigt zuerst die Oberfläche der lupösen Herde mit Spiritus oder Aether oder mit Natr. carbonic.-Lösung (Natr. carb. q. s. ad saturat. c. Aq. dest. 290,0) und applicirt dann die Paste (Parachlorphenol., Vaseline. alb. aa 50,0), die man 10—12 Stunden liegen lässt und dann mit Watte abwischt, um dafür eine schwache Salicylsalbe aufzulegen. Nach zwei Tagen wird die Paste wieder applicirt. Man bedarf eines Zeitraumes von 10—14 Tagen, bevor sich ein definitives Resultat einstellt. In der Umgebung entwickelt sich gewöhnlich Reaction, die lupösen Stellen bedecken sich mit einem gelblichrothen Schorf, der um den 8.—10. Tag abfällt. Die Reaction der gesunden Haut ist unbedeutend; desgleichen sind die Schmerzen wenig hervortretend. Das Mittel ist wirksamer und rascher wirkend noch, als die Salicyl-Kreosot-Paste.

(Wiener klin. Rundschau 1897 No. 19/20.)

- **Radicale Exstirpation** empfiehlt auf Grund von 45 operirten Fällen Prof. Dr. E. Lang (Wien) als das souveräne Mittel bei L. Alle anderen Methoden sind, wenn auch ab und zu Erfolge gesehen werden, naturgemäss als unzulänglich zu betrachten, da sie nie im Stande sind, alles Krankhafte zu beseitigen. Recidive kommen daher sehr bald. Auch das Tuberculin hat durchaus enttäuscht; die erzielten Besserungen hielten nicht an, ja man gewann den Eindruck, dass gewöhnlich hierauf rapidere Ausbreitung folgte. Besonders in die Augen springend war das bei einem Collegen, der sich nach Berlin begab und sich der besonderen Aufmerksamkeit Koch's erfreute; es erfolgte viel rascheres Umsichgreifen der Affection, als je zuvor. Mit allen solchen Methoden wird der günstigste Zeitpunkt zur Operation nur verpasst, was, abgesehen davon, dass der L. oft colossale Ausdehnung trotz der Therapie gewinnt, auch deshalb bedenklich ist, weil auf lupösem Boden sich schliesslich Carcinom ent-

wickeln kann, was Autor unter seinen letzten 63 Fällen 3 Mal beobachtet hat. Man muss extirpieren, um solchen Gefahren vorzubeugen: „Es ist ein arger Kunstfehler, beim L. mit den alten Verfahrensweisen lange therapeutische Versuche zu machen und die Chancen für die so günstige operative Behandlung zu verschlechtern.“ Allerdings hat ja Autor auch ganz alte Fälle mit Erfolg behandelt; bei einer Pat. z. B. handelte es sich um 25 bis über flachhandgrosse Herde und doch ging die Deckung sämtlicher Defecte glatt von Statten. Natürlich muss hierbei die Deckung nach Thiersch durch Lappenbildung geschaffen werden, während kleine Herde nach der Excision nur die einfache Naht erfordern. Was die Dauer der Erfolge anbetrifft, so wurde dieselbe bei 23 Fällen geprüft; von diesen blieben 16 recidivfrei, und zwar 11 schon  $1\frac{1}{2}$  bis 2 Jahre, 5 schon  $2-4\frac{1}{2}$  Jahre.

(Wiener medic. Wochenschrift 1897 No. 19.)

**Lymphorrhagie.** Einen Fall von subcutaner traumatischer L. beschreibt Dr. J. Fiebiger (Wien, Kaiserin Elisabeth-Spital). Erguss einer grösseren Menge von Lymphe bei einem Trauma kann nur erfolgen, wenn ein grosses Lymphgefäss verletzt ist, welches nun seinen Inhalt in eine Körperhöhle ergiessen kann, wie bei Verletzungen des Ductus thoracicus, wo Chylothorax beobachtet wurde, der 2—3 l Flüssigkeit enthielt. Dass die aus einem verletzten Lymphgefäss in ein Gewebe austretende Lymphe dasselbe auseinanderdrängt und eine grössere Höhle bildet, wie es bei Verletzungen von grösseren arteriellen Gefässen zuweilen geschieht, kann nicht vorkommen, weil der Druck zu gering ist, um ein Gewebe, sei es auch nur Fettgewebe, zu zerwühlen und abzuheben. Dagegen kann es vorkommen, dass durch eine Verletzung die Haut in grossem Umfange von ihrer Unterlage abgehoben wird und einen grossen flachen Sack bildet. Sind an dieser Stelle keine grösseren subcutanen Blutgefässe und werden die feineren Blutgefässe durch die Verletzung stark gequetscht, sodass sie thrombosirt werden, so wird sich wenig Blut ergiessen. Da aber auch viele Lymphgefässe zerreißen, Lymphe aber nicht gerinnt und deshalb die Lymphgefässe nicht verstopft werden, so kann in den gebildeten Sack Lymphe hineinsickern und

zwar, da dies Tage lang geschieht, in sehr beträchtlicher Menge. Meist wirkt ja aber die Gewalt derartig ein, dass die Haut zerrissen wird, die Lymphe mit dem Blut als Wundsecret abfliesst und durch die sich anschliessende Entzündung bald die Lymphgefässe geschlossen werden. Doch erlebte Autor folgenden Fall: Ein 52jähriger Mann wollte am 31./XII. 96 Vormittags einen schweren Wagen zurückschieben helfen. Die Pferde zogen jedoch plötzlich an, der Wagen warf ihn rücklings zu Boden und das eine Hinterrad rollte zwischen seine Beine hinein, derart, dass die Schamtheile maximal in die Höhe geschoben und der ganze Körper zum Theil durch die Gewalt des breiten Rades, zum Theil durch die impulsive Rückbewegung des Körpers auf der Unterlage weitergeschleift wurde. Pat. hatte dabei die Empfindung, als ob ihm die Haut geplatzt wäre. In diesem Momente wurde der Wagen aufgehalten und der Mann unter ihm hervorgezogen. Nach Haus gebracht, empfand er Schmerzen an der äusseren Seite des Oberschenkels, bemerkte aber nichts Besonderes. Erst am nächsten Tage wurde er ins Spital gebracht, wo folgender Status aufgenommen wurde (1./I. 97): Haut des Gliedes an der oberen Seite in einer Länge von 5 cm durchtrennt; Blutunterlaufungen unter der Haut der Geschlechtsorgane, sowie der Unterbauchgegend; Glied stark geschwollen; in der linken Lendengegend, in der Ausdehnung einer Handfläche, eine Geschwulst, die 2 cm weit vorragt, von normaler Haut bedeckt ist und sich schwappend anfühlt; mässig harte Schwellung in Handtellergrösse an der äusseren Seite des linken Oberschenkels. 5./I.: Haut vom linken Rippenbogen nach abwärts sackförmig abgehoben bis zur Mitte des linken Oberschenkels, sowie nach vorn bis zur Symphyse, nach hinten bis zum Kreuzbein, sodass sich die Abhebung der Haut auf eine Fläche von 45 cm Länge und 32 cm Breite, also auf eine über 1000 cm<sup>2</sup> grosse Fläche erstreckt; die Geschwulst zeigt Undulation, sodass sich eine an der Aussenseite der Mitte des Oberschenkels erzeugte Welle deutlich sichtbar bis in die Mitte der Unterbauchgegend fortpflanzt; Empfindlichkeit der sonst unveränderten Haut stark herabgesetzt; Urin setzt sehr reichlich und schnell Sedimentum latericum ab, ist stark concentrirt;

Pat. ist afebril und fühlt sich vollständig wohl. 10./I.: Punction mit der Pravaz'schen Spritze ergibt eine dünne rothe Flüssigkeit, welche sich beim Stehen in einen ganz dünnen rothen Bodensatz, bestehend aus rothen Blutkörperchen, und eine gelbe Flüssigkeit scheidet. Die Haut lässt sich in Falten legen, und die Wandungen der Höhle lassen sich glatt voneinander verschieben. Fibrinablagerung und Blutkuchen lassen sich nicht constatiren. 16./I.: Durch Aspiration mit Dieulafoy werden  $1150 \text{ cm}^3$  von der beschriebenen Beschaffenheit entleert. Albumingehalt  $3,5 \%$ . Compressionsverband. 25./I.: Haut der Unterbauchgegend hat sich angelegt. 14./II.: In den äusseren und unteren Parthieen hat sich aufs Neue Flüssigkeit angesammelt; die Welle pflanzt sich von unten an der äusseren Seite des Oberschenkels bis zum Darmbeinkamm fort. 10./III.: Es werden nochmals  $280 \text{ cm}^3$  Flüssigkeit von gleicher Beschaffenheit entleert. 15./III.: Der Hautsack beginnt sich wieder zu füllen. 20./III.: Neuerdings Aspiration von  $100 \text{ cm}^3$  und Injection von  $80 \text{ cm}^3$  einer  $5 \%$ igen Jodlösung, die durch Knoten in die Nischen der Höhle vertheilt und dann abgelassen wird. 21./III.: Reactionserscheinungen mässig, geringe Schmerzen. 10./IV.: Die Flüssigkeit ist nicht wiedergekehrt, die Haut hat sich vollständig angelegt, keine Schwellung, keine Schmerzen; Pat. geheilt entlassen. — Das Zunächstliegende war bei dem Falle, zu Beginn an eine Blutung zu denken. Dabei war aber auffallend:

1. Die Menge der Flüssigkeit, indem doch an der afficirten Stelle keine so grossen Gefässe verlaufen, andererseits keine tiefere Läsion vorlag.
2. Das allmälige Auftreten der Flüssigkeit, sodass nach 24 Stunden nach der Verletzung nur in der Lendengegend eine handflächengrosse Geschwulst vorlag.
3. Der Mangel aller Folgeerscheinungen, indem bei soviel (etwa 1 l) Flüssigkeit, wenn sie Blut gewesen wäre, sich doch Anaemie, Schwäche u. s. w. gezeigt hätten, die hier absolut fehlten.
4. Der Mangel an Gerinnungstendenz. Solch eine Blutmenge hätte auch einen bedeutenden Blutkuchen liefern müssen. Davon war nie eine Spur zu tasten,

nirgends bei Druck das für Blutcoagula charakteristische Crepitiren zu fühlen. Die abgelassene Flüssigkeit zeigte ausser dem geringen Bodensatz keine festeren Bestandtheile und auch nicht die geringste Gerinnungstendenz. Ueberdies war eine Blutung nach den ersten 24 Stunden durch nichts zu begründen, da sich die zerrissenen Gefässlumina bei ihrer Kleinheit in dieser Zeit schon hätten verschliessen müssen.

5. Die langsame oder vielmehr aufgehobene Aufsaugung und das neuerliche Auftreten nach der Entleerung.

Es konnte sich nur um Lymphe handeln, die ja nicht gerinnt und aus den offenen Gefässen langsam nachsickern kann, wobei auch die Haut, da eben durch eine solche Gewalt sämtliche Verbindungsbrücken zwischen Fascie und Haut zerrissen werden (also auch Blutgefässe und Nerven), die Empfindlichkeit, wie auch hier, eine Herabsetzung erfährt. Ein Verschluss der Lymphgefässe tritt in Folge Mangels an Gerinnung nicht ein, langsam fliesst der Inhalt weiter aus, bis ein dauernder Verschluss durch Verwachsung der Haut mit der Unterlage auf entzündlichem Wege erreicht wird, wie hier durch die Jodlösung. Dabei fragt sich, ob man nicht durch Spaltung und offene Behandlung schneller zum Ziel gelangt wäre. Dieses Verfahren wurde auch in einem ähnlichen, aber viel weniger ausgedehnten Falle, nachdem die Resorption sich verzögerte, eingeschlagen, aber die definitive Heilung erforderte gleichfalls Monate, da sich eine Fistel bildete, die erst allmählig zum Verschluss gebracht werden konnte.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 17.)

**Prolapsus ani.** Dr. F. Schmey (Beuthen, O.-S.) hat allen mit P. behafteten Kindern Phosphor-Leberthran verabfolgt und stets sehr bald Heilung ohne weitere Maassnahmen eintreten sehen. Er kam zu dieser Therapie dadurch, dass er bei allen diesen Kindern deutlich rhachitische Symptome wahrnahm, und kommt nun durch diese Beobachtungen und die günstigen therapeutischen Resultate zu dem Schluss, dass P. stets Folge der Rhachitis ist und rasch und sicher durch Phosphoröl geheilt werden kann.

(Centralblatt für Kinderheilkunde 1897 No. 2.)

**Prostatahypertrophie.** Die galvanokaustische Radicalbehandlung der P. nach Bottini empfiehlt warm Dr. A. Freudenberg (Berlin). Die Methode, die viel ungefährlicher ist, als die neueren operativen Verfahren, dabei aber wesentlich zuverlässiger, als diese, wird nun von Bottini 22 Jahre angewandt und verdient in der That weitere Verbreitung. Man bedarf dazu eines „Incisore prostatico“ genannten Instrumentes. Dasselbe ist katheterförmig, von mittlerem Kaliber, mit kurzem, beinahe rechtwinklig gebogenem Schnabel; einem Lithotriptor nicht unähnlich, besteht es aus einem männlichen und einem weiblichen Arme, welch ersterer als Schnabel ein circa  $1\frac{1}{2}$  cm hohes Platinmesser trägt, welches aus der Nische des weiblichen Schnabels durch die Drehung einer Archimedischen Schraube heraustritt. Eine am peripheren Theile des Schaftes angebrachte Scala gestattet, den Weg des Messers bis auf Millimeter genau abzulesen. Ausserdem ist eine Kühlvorrichtung vorhanden, durch welche man aus einem Irrigator Wasser bis zur Spitze des Instrumentes und zurück circuliren lassen kann. Der Incisor besorgt die galvanokaustische Spaltung der den Urinabfluss hindernden Parthieen. Narkose ist nicht nöthig; eine einfache Injection von ca. 5 gr einer 1%igen Cocainlösung in die Harnröhre, die man etwa 5 Minuten drin lässt und von der man einen Theil durch streichende Bewegungen am Damme in die Pars poster. urethrae bringen kann, genügt, um die Operation so gut wie schmerzlos zu gestalten. Nach Entleerung der Blase wird das Instrument wie ein Katheter eingeführt, man dreht den Schnabel nach der Richtung, in welcher man brennen will, setzt die Wasserkühlung in Gang, hakt durch Anziehen des Instruments die Prostata so fest als möglich an und schliesst den elektrischen Strom, nachdem man den Rheostaten so eingestellt hat, dass der Kauter intensiv rothglühend, aber noch nicht weissglühend wird. Das dauert etwa 15 Secunden, worauf man durch Drehen des Rades das Platinmesser langsam aus seiner Nische heraustreten und in die Prostata dringen lässt. Wenn der Schnitt genügend lang ist, schiebt man das Messer zurück, die Operation ist vollendet; wünschenswerth ist es aber meist, mehrere Spaltungen zu machen nach verschiedenen Richtungen hin (der Autor nahm stets drei vor). Die Beschwerden des Pat. bei und nach der Operation



sind ausserordentlich unbedeutend; ein wenig Brennen beim Beginn des Urinlassens ist alles. Man kann den Pat. häufig schon am 1. oder 2. Tage nach der Operation aufstehen lassen. Die Blutung ist meist eine minimale. Der Erfolg tritt fast unmittelbar nach der Operation ein; selbst 80jährige, seit Jahr und Tag vollständig an den Katheter gebundene Patienten fangen häufig schon wenige Stunden nach der Operation an, selbstständig zu uriniren. Autor hat fünf Fälle mit dem Incisor operirt in 6 Operationen (1 Mal wegen unzureichenden Erfolges 2. Sitzung nach 6 Tagen). Drei Pat. litten seit Monaten an completer Urinretention, bei 2 Pat. stand die quälende Häufigkeit des Harndranges im Vordergrund. Von den drei ersteren fing einer 10 resp. 4 Tage, die beiden anderen 3 und 4 Stunden nach der Operation an, wieder spontan zu uriniren und alle Pat. wurden den Katheter los, bei der 2. Gruppe zeigte sich eine ganz eclatante Wirkung auf den Urindrang; bei allen wurde das Allgemeinbefinden durch die Operation in ausgezeichneter Weise gehoben. Bei 2 Pat. wirkte der Eingriff geradezu lebensrettend. Ein Misserfolg war also nie zu verzeichnen.

(Berliner medic. Gesellschaft, 24. März 1897. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 15)

**Psoriasis.** Eine für den praktischen Arzt recht empfehlenswerthe Behandlung giebt Prof. Dr. Jadassohn (Bern) an. Pyrogallussäure und Chrysarobin, so wirksam sie sind, eignen sich doch für die ambulante Behandlung wenig. Geeigneter sind die früher vielfach angewandten Mittel: die weisse Präcipitalsalbe und der Theer, die freilich ausserordentlich viel langsamer wirken. Autor hat nun versucht, durch eine Combination beider Substanzen den Effect zu cumuliren, und wählte nach mannigfachen Versuchen zu diesem Zwecke ein Theerpräparat aus, das viele Vorzüge vor den anderen besitzt: den Steinkohlentheer. Autor wandte denselben an in Form des Liquor carbonis detergens, den er nach folgender Vorschrift bereiten liess: 1 Theil Steinkohlentheer, 4 Theile Quillaya-Tinctur, unter häufigem Umschütteln 8 Tage lang digerirt, absetzen lassen, die über dem Theer stehende Flüssigkeit abgiessen. Die Quillaya-

Tinctur erhält man, indem 1 Theil Cort. Quillayae mit 7 Theilen Spirit. dilut. percolirt. Dies Präparat riecht weniger, färbt weniger und reizt viel weniger, als die übrigen Theerpräparate. Man kann es zur Behandlung der P. des Gesichts und der Hände unverdünnt oder mit Spiritus, Glycerin und Wasser verdünnt oft mit Vortheil verwenden, doch ist die Wirkung eine geringe und langsame, während es mit Präcipitatsalbe combinirt wirksamer ist:

**Rp.**

*Liq. carbon. detergent.* 2,0—20,0

*Hydrarg. praec. alb.* 5,0—10,0

*Adip. lan.* 50,0

*Ol. Olivar.* 20,0

*Aq. dest. ad* 100,0.

Diese Salbe, die meist noch dann gut vertragen wird, wenn auch acute entzündliche Processe noch vorhanden sind, ist sehr gut zur vorbereitenden Behandlung der P. zu verwenden, und in leichteren Fällen vermag sie auch, die Affection vollständig zum Verschwinden zu bringen; endlich erinnere man sich ihrer, wenn durch andere Behandlung eine Dermatitis eingetreten ist, welche den Weiterverbrauch reizender Mittel verbietet. — Wichtiger als diese Combination erscheint dem Autor aber eine von ihm ausprobierte Modification der Chrysarobinbehandlung: nämlich die Verwendung ganz schwacher Chrysarobinsalben, die weniger färben und viel weniger reizen. Die meisten Fälle werden schon durch 1%ige Salbe sehr gut beeinflusst und in letzter Zeit hat Autor sogar  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{10}$  %ige Salben mit grossem Vortheil benützt. Mit solch schwachen Concentrationen beginnt er jetzt stets, wobei fast immer die präparatorische Behandlung (Bäder, Salicylsalbe, Seifen etc.) sich erübrigt. Natürlich reagiren nicht alle Fälle darauf und muss man da die Salbe höher concentriren oder ihre Wirkung durch Zusatz von 1—10% Salicylsäure erhöhen. Mit solchen Salben gelingt es oft, bei Pat., die früher nie Chrysarobin vertrugen, eine solche Cur durchzusetzen. Auch für die Behandlung einzelner Psoriasis-Plaques mit Chrysarobin-Suspensionen in Chloroform oder Traumaticin hat sich die Abschwächung von 10 zu 1% sehr gut bewährt, doch ist die Bedeckung mit einem

indifferenten Pflaster (Zinkoxyd-Pflastermull) auch dabei sehr zu empfehlen; man braucht die Einpinselung und Bepflasterung nur jeden 3.—4. Tag zu erneuern und kommt mit 3 oder 4 Malen oft vollständig aus.

(Zeitschrift f. prakt Aerzte 1897 No. 7.)

— Ueber Aetiologie und Pathogenese der P. hat Dr. M. Kuznitzky (Köln) eingehende Studien angestellt, auf Grund deren er folgende Thesen aufstellt:

1. Es ist unrichtig, dass P. ausschliesslich oder hauptsächlich bei sonst gesunden Menschen auftritt.
2. P. kommt auf echten Schleimhäuten vor, ebenfalls auf Narben.
3. Die parasitäre Psoriasistheorie ist unhaltbar.
4. Nicht P. selbst wird vererbt, sondern die Disposition zur P.
5. Das disponirende Moment ist ein abnorm reizbares Centralnervensystem.
6. Die Arthropathieen bei schwerer P. sind allem Anschein nach weder mit Rheumatismus, noch mit Gicht zu identificiren.
7. Diese verschiedentlich bei schwerer P. beobachteten eigenthümlichen Arthropathieen sind mit grosser Wahrscheinlichkeit der P. coordinirt und auf dieselbe Ursache zurückzuführen, wie die P. selbst, nämlich auf chronische, spinale Reizzustände.
8. Es ist verbürgt, dass P. in unmittelbarem Anschluss an psychische Affecte entstehen kann.
9. Es ist ebenso sicher, dass selbst ausgedehnte P. in kürzester Frist spontan abheilen kann.
10. P. kann streng halbseitig auftreten.
11. Die Hyperaemie ist weder entzündlicher, noch parëtischer Natur, noch ist sie das Resultat passiver Stauung, sondern sie ist als angioerethischer Vorgang aufzufassen.
12. Es ist erstmaliger Psoriasisausbruch in vollständigem, sowohl zeitlichem als örtlichem Anschluss an mechanischen Reiz beobachtet worden.
13. Man kann mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass das Zusammentreffen zweier Factoren für das Zustandekommen von Psoriasiseruptionen erforderlich ist: Einwirken irgendwie gearteter, wenn auch event. geringfügiger Traumen

auf Gefäßgebiete, deren zugehörige spinale Centren sich in chronischem Reizzustand befinden.

14. Dieser Reizzustand der spinalen vasomotorischen Ganglien kann vererbt oder erworben sein.
15. Es ist wahrscheinlich, dass er nur functionell ist, doch bleibt die Möglichkeit, dass in manchen Fällen arterielle Läsionen der Rückenmarkssubstanz bestehen, was durch systematische, anatomische Rückenmarksuntersuchungen zu entscheiden ist.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis 1897, Bd. 38, Heft 3.)

**Scarlatina.** Goodall berichtete über **Hirnvenenthrombose nach S.** Ein 8jähriges Mädchen mit mittelschwerer S. zeigte im Reconvalescenzstadium plötzlich allgemeine Convulsionen, die dann in Starre übergingen, tiefes Koma und Temperatursteigerung bis auf 39°, dabei beträchtliche Pulsfrequenz. Im Harn kein Albumen. Die Obduction ergab Thrombenbildung in den Venae Galeni und im geraden Hirnsinus. Dieser Fall ist sehr selten, da die Thrombenbildung nach Infectionskrankheiten gewöhnlich im Herzen oder in den unteren Extremitäten auftritt. — Coupland hat einen ähnlichen Fall nach Masern beobachtet, wo am 17. Krankheitstage psychische Störungen, Secessus involuntarii, Kopfschmerz und Koma auftraten; die Patellarreflexe waren erloschen, es bestand Albuminurie und Fieber bis 40°. Die Obduction bestätigte die bereits in vivo gestellte Diagnose auf Sinusthrombose.

(Clinical Society of London, 12 März 1897. —  
Therap. Wochenschrift 1897 No. 16.)

— Zur Frage der Scharlachnephritis liefert Dr. H. Levy (Berlin) einen klinischen Beitrag. Eine 31 Jahre alte Frau pflegte ihren am 14. August 1895 an leichter S. erkrankten 5jährigen Knaben, der eine normal, ohne Complicationen verlaufende S. durchmachte und nach ca. 4 Wochen wieder gesund war. Zu dieser Zeit erkrankte dagegen die Mutter, die sich bis dahin wohl gefühlt und nur am 2. Krankheitstage des Kindes eine unbedeutende fieberlose, schon nach 24 Stunden verschwundene Angina hatte, ganz plötzlich

unter leichtem Schüttelfrost und Temperatursteigerung bis  $38,5^{\circ}$  und klagte über dumpfen Kopfschmerz an der Stirn, vermehrten Urindrang und Schmerzen in der Blasengegend, die bei Entleerung des Urins bis in die Harnröhre ausstrahlten. Die Untersuchung ergab Folgendes: Hautdecken blass, frei von Exanthenen und Oedemen; Halsorgane normal; linke Nierengegend auf Druck etwas empfindlich; Urinmenge sehr vermindert, und werden trotz des häufigen Dranges jedesmal nur wenige Kubikcentimeter eines stark blutig gefärbten Urins entleert, der sauer reagiert und über  $\frac{1}{3}$  des Volumens Eiweiss bei der Probe im Reagensglase enthält. Schon nach zwei Tagen fiel die Temperatur zur Norm ab, nach 5 Tagen war für die makroskopische Betrachtung die Blutbeimengung im Urin verschwunden, mikroskopisch waren noch deutlich rothe Blutkörperchen und mit Epithelzellen bedeckte Nierencylinder vorhanden. Eiweissgehalt in den ersten 7 Tagen durchschnittlich  $5\text{‰}$  (Essbach). Er nahm dann bei zunehmender Urinmenge und gutem Allgemeinbefinden auf Bettruhe und absolute Milchdiät immer mehr ab und war nach drei Wochen eiweissfrei und mikroskopisch normal. — Wir haben es hier zweifellos mit einem Fall von acuter haemorrhagischer Nephritis zu thun, wie solche besonders häufig als Complication resp. Nachkrankheit acuter Infectiouskrankheiten einzutreten pflegt und hier als prognostisch günstig gilt. Der Fall gehört, wie die Angina scarlatinosa sine exanthemate zu den fragmentarischen Scharlachformen, zu denen nach Leichtenstern ja auch gewisse Nephritisformen zu zählen sind. Eine scarlatinöse Angina lag hier ebenfalls nicht vor; denn jene am 2. Tage der Erkrankung des Kindes ohne Prodrome und ohne Fieber eingetretene, ganz unbedeutende Angina, die nach 24 Stunden verschwunden war, ist zweifellos nicht als solche zu bezeichnen und war kaum ein Ausdruck der Scharlachinfection. Es hätte, wenn dies der Fall gewesen wäre, das Scharlachgift vier Wochen ohne manifeste Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens im Körper schlummern müssen. Nun spricht zwar Eichhorst bei S. von einer Latenzperiode, die sogar mehrere Monate betragen kann, doch gehören solche Fälle sicher zu den allerseltensten und erscheint bei obigem Falle wohl die Erklärung ein-

facher, dass hier eine Scarlatina fragmentaria in Form jener Nephritis vorlag.

(Der ärztl. Praktiker 1897 No. 5.)

**Singultus.** Ueber einen Fall von heftigem, 4 Wochen anhaltendem S. macht Primararzt Dr. J. Mader (K. k. Krankenanstalt Rudolfs-Stiftung in Wien) Mittheilung. Die Pat., eine 18 Jahre alte Magd, wurde am 24./X. 95 aufgenommen. Sie gab an, dass der S. vor 8 Tagen ohne irgendwelche erkennbare Veranlassung beim gewöhnlichen Mittagessen begonnen habe, seither hartnäckig anhalte und sie sogar am Einschlafen hindere. Gelingt es ihr trotzdem, einzuschlafen, so hört der S. auf, um beim Erwachen sogleich wieder zu beginnen. Während lauten Sprechens sistirt er ebenso, um nach dem Aufhören sogleich heftiger einzusetzen. Sie empfinde dabei einen Schmerz im Epigastrium, und auch bei der Pause während lauten Sprechens habe sie ein Druckgefühl im Magen, zeitweise auch schmerzhaftes Zuckungen in den Oberarmen und Beinen, auch Kopfschmerzen. Keinerlei sonstige nervöse Affectionen, keine erbliche Belastung. Status praesens: Sehr kräftig gebautes, durchaus gesund aussehendes, heiteres Individuum ohne jegliches hysterisches Zeichen. Schon aus grosser Distanz hört man den energischen, sehr lauten S., der anfangs 170 Mal in der Minute gezählt wurde. Bei den stärkeren Anfällen waren auch begleitende energische Zuckungen der Sternocleidomastoidei und oberen Bündel des Trapezius, der Levatores anguli scapulae, der Scaleni und der Intercostalmuskeln, selbst Zucken der Nasenflügel zu sehen; Zuckungen der Extremitäten wurden nicht beobachtet. Verschiedenes war bei der zunächst ambulatorisch behandelten Pat. bereits nutzlos versucht worden: Kochsalz, Natr. bicarb., Chloroform, Antifebrin, Faradisation der Phrenici; auf Morphinum ca. 1 Stunde Aufhören des Krampfes. Nach ihrer Aufnahme bekam Pat. Bäder mit kalter Douche; im Bade hörte sogleich der Anfall auf, um beim Verlassen desselben alsbald zu recidiviren. Bei dem Untersuchen der Halsnerven wurde zufällig die Beobachtung gemacht, dass stärkerer Druck auf eine umschriebene Stelle hinter dem linken Sternocleidomastoideus und unterhalb des

Proc. mastoid. momentan den S. sistirte; dabei gesteigertes Druckgefühl im Epigastrium. Mit dem Aufhören des Druckes alsbald Recidiv. Druck auf anderen Stellen und Nervenpunkten ohne Einfluss. Dagegen wirkte Ablenkung der Aufmerksamkeit durch Gespräch anderer und durch Handarbeit einige Male günstig. Auch während des Laryngoskopirens kein S. Brom wirkungslos, ebenso die Bäder. Am 2./XI. wurde der faradische Strom auf dem Hemmpunkt am Nacken applicirt, wobei der S. aufhörte, um nach Aufhören des Stromes alsbald wieder einzutreten; starker galvanischer Strom (Anode) hemmte ebenso, nach dem Ausschleifen des Stromes  $\frac{1}{2}$  Stunde Pause. Dies wurde ausgenützt und wiederholt täglich die Anode applicirt, stets mit gleicher Wirkung. Bald wurden die Anfälle seltener, langsamer, leichter, und am 13./XI. konnte Pat. geheilt entlassen werden.

(Wiener medic. Blätter 1897 No. 19.)

**Ulcus cruris.** Primararzt Dr. L. Nied (Wien, St. Elisabeth-Spital) empfiehlt das **Europhen** als vorzügliches Mittel. Es wurde in zweierlei Form verwendet: als Streupulver nach der Formel

$$\left. \begin{array}{l} \text{Europhen} \\ \text{Acid. boric. subtil. pulv.} \end{array} \right\} \overline{aa}$$

und als 3 0/0ige Salbe nach der Formel

$$\begin{array}{l} \text{Europhen} \dots \dots \dots 3 \\ \text{Gelöst auf dem Wasserbade in Vaseline} \quad 50 \\ \text{Nach der Lösung hinzugesetzt Lanolin} \quad 50. \end{array}$$

Das Pulver wirkte rascher, doch scheint die Salbe zu schwach gewesen zu sein; man kann hier auf 5 0/0, bei torpiden Geschwüren bis 10 0/0 gehen.

(Wiener klin. Rundschau 1897 No. 14.)



## Vermischtes.

---

- In einer Vorlesung über **Aspermatismus** gab einmal der neu-lich verstorbene, berühmte französische Frauenarzt Prof. Pajot seinen Zuhörern folgenden Rath: „Hüten Sie sich, wenn Sie einen Fall von Aspermatismus in die Behandlung bekommen, davor, dem Kranken zu sagen, dass er niemals Kinder zeugen werde. Seien Sie niemals vollständig aufrichtig mit Ihren Pat., denn man kann ja nie wissen, was geschehen kann. Giebt es doch eine Art „collateraler Schwangerschaft“, - die man stets im Auge behalten muss. Der Gatte kennt seine Mitarbeiter in den seltensten Fällen. Eines Tages wird seine Frau gravid, und was denkt der glückliche Gemahl? Er nennt vor Allem den Arzt, der ihm Sterilität in Aussicht gestellt hat, einen Narren, einen Ignoranten. Also Vorsicht, Prognosis semper incerta.“

(Journ. de méd. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1896 No. 85).

- **Kryofin**, ein neues Antipyreticum, dargestellt von Dr. Bischler (Zürich), seiner Constitution nach Methylglykolsäurephenetidedid, d. h. das Condensationsproduct aus Phenetidin und Methylglykolsäure, welches weisse, geruch- und geschmacklose Krystalle bildet, wurde von Prof. Dr. Eichhorst klinisch geprüft. Als zuverlässig wirksame Dosis ergab sich 0,5 (als Pulver, in Oblaten), welche die Temperatur, z. B. bei Typhus, Pneumonie, Erysipel, Phthisis, Streptokokkendiphtheroid, Meningitis tuberculosa, Endocarditis ulcerosa etc., prompt herabsetzte, ohne je ernste Nebenwirkungen hervorzurufen. Auch als Anti-



neuralgicum bewährte sich das Mittel (fabricirt von der Basler chem. Fabrik Bindschedler) mehrfach; so war in einigen Fällen frischer Ischias die schnelle Wirkung fast verblüffend, und bei einem Pat. mit Polyneuritis alcoholica, gegen dessen heftige Schmerzen Natr. salicyl., Phenacetin, Antipyrin und Exalgin ohne jeden Erfolg verordnet worden waren, kam allein durch Kryofin ein sehr nachhaltiger, schmerzlindernder Erfolg zu Stande. Man gab hier immer 3 Mal tägl. 0,5.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 17.)

- Ueber Versuche mit **Traumatol** (Jodocrésine) macht Dr. W. Schattenmann (Herzheimer's Abtheilung des städt. Krankenhauses) Mittheilungen. Dies neue Ersatzmittel für Jodoform bewährte sich bestens. Es ist ein violett-rothes, amorphes, ausserordentlich feines, voluminöses, geruchloses, licht- und luftbeständiges Pulver, welches aus einer chemischen Verbindung von reiner Cresylsäure des Steinkohlentheercresols und Jod (54 %) besteht. Zur Anwendung gelangte das Präparat als Pulver, Gaze, Vaseline, Glycerin, Stift, Pflaster und Collodium aus der Fabrik und als selbstbereitete 5—10 %ige Zinkpaste, 10 %iges Lanolin-Vaseline und 10—50 %iges Traumatol-Chloroform. Von venerischen Affectionen wurde damit vor Allem **Ulcera mollia** behandelt, die, nur mit Pulver ohne vorherige Aetzung oder Kauterisation behandelt (2 Mal täglich ziemlich dick bestreut), bald in ihrer Entwicklung stillstanden und heilten (8 Fälle), während nur in einem Falle das Geschwür den serpiginösen Charakter nicht verlor, und erst vorher mit Acid. carbolic. liquefact. geätzt werden musste, ehe es auf Traumatol reagierte. Autor empfiehlt auch, bei allen **Ulcera mollia** zunächst durch Umschläge mit essigsaurer Thonerde, Vin. camphorat. oder Aetzungen den Geschwürsgrund zu reinigen und dann erst Traumatol dick aufzutragen und mit Gaze zu bedecken. Zur Behandlung von fistulösen Gängen und Geschwüren, die in die Urethra hineinragten, deren Ursache entweder **Ulcus molle** oder gangränöse Prozesse waren, dienten mit gutem Erfolge Traumatolstäbchen, die den Vorthheil haben, dass sie sich schwerer lösen, als Jodoformstäbchen, daher längere Zeit einwirken. In gleicher Weise wurden behandelt **Primäraffecte**, **Chancre mixte**,

auch **gangränöse Sklerosen** mit schmierigem Belag. Bei **kleineren Erosionen an den Genitalien**, ferner bei **Herpes pro genitalis** leistete Traumatol-Collodium als Deckmittel vorzügliche Dienste; nach 2—4maliger Bedeckung Bläschen eingetrocknet. Das Collodium eignet sich auch wegen seiner ausgezeichneten Klebkraft zum Bedecken kleiner Einrisse und Verletzungen an den Händen; es überzieht die Haut mit einem kaum sichtbaren Häutchen, das oft Tage lang trotz Waschens festhaftet. Auch bei Behandlung der Schleimhäute bewährte sich Traumatol gut, so z. B. bei **syphilitischen Affectionen der Mund- und Rachenschleimhaut**, **Plaques opalines**, **ulcerösen Syphiliden**, als Pulver mittelst Pulverbläfers applicirt oder als 50 %iges Traumatol-Chloroform, desgleichen bei **nässenden Papeln** am Penis, Scrotum, Anus, an den weiblichen Genitalien. **Erosionen an der Portio uteri**, häufige Begleiterscheinungen der Gonorrhoe und chronischer Uteruskatarrhe, wurden sehr günstig durch Betupfen mit Pulver oder noch besser durch Einlage von Tampons, die mit Pulver oder Salbe bedeckt waren, beeinflusst; ebenso **Vulvovaginalgeschwüre**, **Erosionen und Geschwüre des Rectums**. Bei **frischen Operationswunden** und Nahtlinien bei Phimosenoperationen, Entfernung von Drüsen, Bubonen etc. wurden Pulver und Gaze benützt, bei kleineren Eingriffen, wie Entfernung von Papillomen, Verrucae, Atheromen etc. Collodium. Letzteres galt auch bei Phimosenoperationen und wurde statt der unbequemen Bindeverbände Collodium aufgestrichen, darüber ein Stückchen Gaze gelegt und diese nochmals mit einer dünnen Schicht Collodium bestrichen. Auch bei **anderen Geschwüren und Wunden** gab sich die gute, antiseptische Wirkung des Traumatols kund, sowie dessen austrocknende bei Hautaffectionen, wie **Balanitis**, **Intertrigo**, **Ekzem**, bei welchen letzteren durch 5 bis 10 %ige Traumatol-Zinkpaste rasch Heilung erzielt wurde. Endlich ist auch Traumatol bei **Ulcus cruris** warm zu empfehlen.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 2.)

## Bücherschau.

---

**Compendium der ärztlichen Technik.** Von Dr. F. Schilling. Leipzig 1897, Verlag von H. Hartung & Sohn. 400 S. (Preis gebd. M. 8,—.)

Wenn man bisweilen sieht, wie linkisch sich der junge Arzt in der ersten Zeit seiner praktischen Thätigkeit am Krankenbette benimmt, wie er sich scheut, den kleinsten Handgriff zu machen, um sich nicht vor der Krankenschwester, Hebamme etc. zu blamiren, dann erkennt man, wie nöthig es ist, dass sich der Arzt wenigstens durch Lectüre das aneignet, was ihm während seines Universitätsstudiums nicht gelehrt worden ist. Schilling's Buch eignet sich vortrefflich dazu, ihm diese praktischen Kenntnisse zu verschaffen, sei es, dass dieselben die diagnostischen, sei es die therapeutischen Methoden betreffen. Für letzteren Abschnitt finden wir z. B. neben der Krankenpflege, Capitel über Elektrotherapie, Hydrotherapie, Punction, Injection, Irrigation, künstliche Respiration, worin alles am Krankenbett technisch-praktisch Wichtige und Wissenswerthe kurz und klar demonstrirt und durch Abbildungen auch dem Auge vorgeführt wird. Dass zahlreiche Abbildungen bei einem solchen Buche nothwendig sind, ist klar; wir finden auch 492 Bilder in dem kleinen Werke. Oft hat der Autor aber des Guten zu viel gethan: Abbildungen einer Handwaage (S. 31), eines Bandmaasses (S. 41), von Kathetern (S. 136), eines Mikroskops (S. 70), einer Tripperspritze (S. 313) und vieler anderer Dinge sind wohl auch für den jüngsten Collegen kaum nothwendig, und würden wir dem Autor empfehlen, bei einer Neuauflage derartige Abbildungen (es sind deren fast 50, die wir fanden) fortzulassen, wodurch der Umfang des Buches verringert und der Preis etwas herabgesetzt werden könnte.

**Lehmann's medicin. Atlanten.** München 1897, Verlag von J. F. Lehmann.

Wir wollen heut zwei jüngst erschienene Bände dieser ausgezeichneten Sammlung wieder in empfehlende Erinnerung bringen. Es sind dies Bd. VIII: „Fracturen und Luxationen von Prof. Helferich, welcher Band in 3. Auflage vorliegt. Auch denjenigen, welche die ersten Auflagen des Buches besitzen, ist die Neuanschaffung (Preis: M. 12) dringend zu empfehlen, da die neue Auflage eine gänzliche Umarbeitung des Textes und der Abbildungen geschaffen hat, sodass man eigentlich ein neues Werk vor sich hat. Ausser zahlreichen Verbesserungen weist das Buch auch sehr viele Vermehrungen auf, da besonders das Gebiet der „Unfall-Heilkunde“ eingehende Berücksichtigung finden musste. So ist der ohnedies schon prächtige Band noch ausgezeichnet geworden und dürfte bald wieder vergriffen sein. Auch der „Atlas und Grundriss der pathol. Anatomie“ von Prof. Bollinger ist von uns schon mehrfach gewürdigt worden. Jetzt liegt Bd. II vor, welcher Harnapparat, Geschlechtsorgane, Nervensystem, Knochen in 52 Tafeln und 14 Textabbildungen enthält. Auch dieser Band bestätigt vollauf unser Urtheil, welches wir über die ganze Sammlung haben: Alles, was sie bringt, ist des höchsten Lobes würdig, und man ist immer wieder erstaunt, dass der Verlag im Stande ist, für so billigen Preis solche Werke zu liefern.

**Grundriss der Augenheilkunde.** Von Prof. Dr. Hosch. Wien u. Leipzig 1896, Verlag von Urban & Schwarzenberg. 500 S. Preis: M. 10,—.

An ähnlichen Büchern ist wahrlich in unserer Litteratur ein Mangel kaum vorhanden, sondern es existiren genügend mehr oder minder umfangreiche Werke, in denen der Studirende und praktische Arzt seine Kenntnisse in dem hochwichtigen Fache rasch auffrischen und sich nöthigenfalls über dies und das durch Nachschlagen bald orientiren kann. Da aber manche der vorhandenen Compendien, Grundrisse etc. öftere Auflagen erlebt haben, so ist anzunehmen, dass gerade bei diesem Gebiete ein grosser Abnehmerkreis stets vorhanden ist, und dass auch Hosch's Werk, das, ohne besonders in die Augen fallende Vorzüge vor anderen Büchern dieser Art zu besitzen, doch ebenfalls als ein recht gutes und brauchbares bezeichnet werden kann, fleissig benützt werden wird. Hervorzuheben ist die grosse Zahl guter Abbildungen, welche den kurz und klar gehaltenen Text begleiten und zum besseren Verständniss des

letzteren wesentlich beitragen, bemerkt soll auch besonders werden, dass der Autor mit Recht grosses Gewicht auf die Schilderung der klinischen Untersuchungsmethoden legt, die ja jeder Arzt voll und ganz beherrschen muss.

**Lehrbuch der Allgemeinen Therapie und therapeutischen Methodik.** Herausgegeben von Prof. Dr. Eulenburg und Prof. Dr. Samuel. Wien u. Leipzig, Verlag von Urban & Schwarzenberg. Preis pro Lieferung: M. 1,50.

Es liegen uns die beiden ersten Lieferungen eines grösseren Werkes vor, welches verdient, hohes Interesse zu erwecken. Die beiden Herausgeber haben sich mit einem Stab hervorragender Mitarbeiter umgeben, welche in eingehender Weise (das Werk erscheint in ca. drei Bänden von je 40 Druckbogen Umfang) die einzelnen therapeutischen Grundsätze und Methoden beschreiben sollen. Die ersten 2 Lieferungen (à 4 Bogen) enthalten den Anfang des von Prof. Samuel bearbeiteten 1. Theiles: „Die therapeutischen Aufgaben und Ziele“, welcher ausser der „Einleitung“ noch drei Abschnitte enthält: „Die Fernhaltung der Krankheitsursachen“, „Die Selbstheilung der Krankheiten“, „Die Behandlung der Krankheitsprocesse und Krankheitszustände“. Der 2. Theil, „Allgemeine Heilmittellehre“, wird enthalten: „Krankenpflege“ von Mendelssohn, „Diätotherapie“ von Rosenheim, „Pharmakotherapie“ von Schulz (Greifswald), „Ausgewählte Capitel der chirurgisch-akiurgischen Therapie“ von Rinne (Berlin), „Klimatotherapie“ von Kisch, „Pneumatotherapie von Lazarus (Berlin), „Inhalationstherapie“ Lazarus, „Balneotherapie“ von Kisch, „Hydrotherapie“ von Winternitz und Strasser, „Kinesiotherapie“ von Hoffa, „Allgemeine Elektrotherapie“ von Laquer, „Psychotherapie“ von Prof. Ziehen, „Medicinische Secten“ von Samuel. Der 3. Theil soll der „Allgem. Histo- und Organotherapie“ gewidmet sein und von Samuel, Behring, Eulenburg, Mendelssohn, Unna, Hoffa, Kionka etc. bearbeitet werden. Dass dies colossale Programm zielbewusst und zweckmässig erledigt werden wird, dafür bürgen die angeführten Namen und die Lectüre der ersten Hefte, die höchst interessant und lehrreich ist. Wir werden noch öfters auf das vielversprechende Unternehmen zurückkommen.

—♦—

*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Grützer in Sprottau.*

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**Nr. 11.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesammten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*August*

*VI. Jahrgang*

*1897*

---

**D**ie früher erschienenen fünf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Akne.** Zur Therapie der A. ergreift Doc. Dr. S. Ehrmann (Wien) das Wort. Derselbe legt besonders auf die retardirte Defäcation als ätiologisches Moment grosses Gewicht, die namentlich während der Pubertätszeit als reflectorische Hemmung der Darmperistaltik nicht allein bei Mädchen, sondern auch bei männlichen Individuen auftritt, sodass die Häufigkeit der A. um diese Zeit herum erklärlich wird. Diese toxischen Einwirkungen vom Darmcanal scheinen den Boden gewissermaassen zu präpariren, auf dem dann Einwirkungen von aussen (bakterieller Natur) jedenfalls fussen. Therapeutisch wirken denn auch Mittel, welche den Darm günstig beeinflussen, oft überraschend. Es sind das Mittel, die einerseits die Peristaltik anregen, andererseits den Darmcanal desinficiren. Autor verwendet die Bauchmassage, manchmal Cascara sagrada, leichte Carls-

bader Cur, Menthol, Ichthyol, in anderen Fällen jedoch, wo die Chloraemie das hervorstechendste Symptom ist und die Aussicht vorliegt, dass die Darmstörungen mit derselben verschwinden, Eisenpräparate (von Arsen sah er nie Erfolg). Bei der localen Behandlung soll man einer doppelten Indication genügen: Man soll verhindern, dass sich in den Ausführungsgängen der Talgdrüsen eingedicktes Secret ansammle, und man soll die Haut desinficiren. Diesen Forderungen genügt eine 15 %ige Resorcinsalbe von möglichst dicker Consistenz:

Rp.

*Resorcin. 3,0*

*Lanolin. 15,0*

*Ung. simpl. 5,0.*

M. f. ung.

Die Salbe soll ungefähr 15 Stunden liegen. In der Zwischenzeit Waschungen mit milden Seifen. Stark ätzende Seifen, wie Sapo calin., werden durch die Resorcinmedication entbehrlich, da es sich jetzt nicht mehr darum handelt, durch die Seife die Talgdrüsenmündungen freizumachen, sondern bloss die schon aufgelockerten Epidermismassen zu entfernen. Hierzu eignet sich sehr die nach Dr. Sümegh hergestellte „Mineralölseife“ (Felsner in Wien). Die Behandlung mit Resorcinsalben führt nach einiger Zeit eine starke Abschuppung herbei, worauf die Behandlung auf einige Tage zu unterbrechen und eine indifferente Salbe zu appliciren ist.

(Therap. Wochenschrift 1897 No. 19.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** „Ubrigin“, eine Pflanzenfaserseife (hergestellt von R. Gesell, Berlin, N.W., Alt-Moabit 133) hat Dr. van Niessen (Wiesbaden) vielfach zur Desinfection der operirenden Hände verwandt und kann sie dazu warm empfehlen. Durch die scheuernde Wirkung der feinst vertheilten Pflanzenfaserpartikel wird eine Säuberung in viel schonenderer Weise erzielt, als mit der Bürste, und dadurch wird die Hand vor dem Rissigwerden geschützt, ohne aber weniger gründlich gesäubert zu werden. Die Seife, die natürlich zu kosmetischen und dermatologischen Zwecken medicamentöse Zusätze erhalten

kann, ist billig (Stück 10 Pf.) und haltbar, da einer Zersetzung der pflanzlichen Bestandtheile durch zuvorige Imprägnirung mit Borsäure vorgebeugt ist.

(Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 16.)

- Mit **Amyloform** und **Dextroform** hat Dr. P. Bongartz (Aachen, Mariahilf-Spital) seit  $\frac{3}{4}$  Jahren Versuche angestellt, die sehr günstig ausfielen. Amyloform zeigte vor dem Jodoform vor Allem 2 Vorzüge: Reizlosigkeit und absolute Ungefährlichkeit. Mag man es in noch so grossen Mengen gebrauchen, mag man es esslöffelweise in Wundhöhlen einstreuen oder in dicken Lagen auf granulirende Oberflächenwunden bringen: nie sieht man die geringste nachtheilige Nebenwirkung, nie machte sich Idiosynkrasie bemerkbar! Das Amyloform wurde zunächst poliklinisch bei einer grossen Zahl eiternder Wunden, namentlich bei Panaritien, Sehenscheidenphlegmonen, anderen phlegmonösen Processen, bei eiternden Kopfwunden, kleinen Abscesshöhlen u. s. w., sowie bei frischen, nicht eiternden Verletzungen gebraucht; meist kam die Wirkung der des Jodoforms gleich, manchmal übertraf sie diese noch, sowohl in Bezug auf die Secretion, wie auf das allgemeine Aussehen der Wunde. Die Secretion behinderte das Amyloform in allen Fällen, wobei als sehr bemerkenswerth oft die rasche und anhaltende Reinigung schmutziger Granulations- und eiternder Wunden auffiel. In der klinischen Wundbehandlung wurden diese Resultate bestätigt und ergänzt, z. B. bei sehr profusen Eiterungen aus tiefen Wunden wegen Osteomyelitis von Röhrenknochen operirten Pat., wo unter Anwendung reichlicher Mengen von Amyloform die Eiterung rasch nachliess und die Wunde ein schönes Aussehen bekam. Auch bei tuberculösen Processen bewährte sich das Mittel. So z. B. in einem Falle, wo es sich um eine lebhaft eiternde Absonderung aus der Tiefe nach Resection des tuberculös erkrankten Hüftgelenks handelte, liess die Secretion, nachdem Jodoformpulver vorher bei jedem Verbandwechsel in geringen Quantitäten ohne sichtlichen Erfolg in die Wundhöhle gebracht worden war, unter Einfluss des Amyloforms, das esslöffelweise in die Tiefe der Wunde eingestreut wurde, rasch nach, hörte nach einigen Wochen ganz auf, und die Wunde heilte ohne



Fistel. Der sehr billige Preis, die Geruchlosigkeit etc. lassen solche reichliche Anwendung zu. Auch bei Unterschenkelgeschwüren waren schöne Erfolge zu verzeichnen, schnelles Nachlassen der Secretion, Reinigung des Geschwürgrundes in sehr kurzer Zeit (2—3 Tagen); bei einigen dieser Fälle, bei denen es sich um grosse vernachlässigte Geschwürflächen mit stark übelriechender Absonderung handelte, verschwand dieser Geruch sehr bald. Nie wurde bei Amyloform, selbst bei noch so dickem Aufstreuen, Krustenbildung durch Verbackung und dadurch hervorgerufene Eiterretention beobachtet! Auch bei artifiziellem Ekzem (z. B. Jodoformekzem) hat sich das Amyloform wiederholt bewährt, ebenso bei luetischen Schankergeschwüren, die oft auffallend rasch abheilten. Das Präparat ist aber unlöslich; eine lösliche Verbindung der Stärke mit Formaldehyd stellt nun das Dextroform dar, die chemische Verbindung des Formaldehyds mit Dextrin, in Wasser und Glycerin leicht löslich. Bei Gonorrhoe wurden 5—10 %ige, später bis 20 %ige Lösungen ohne die geringsten Reizerscheinungen vertragen und mit bestem Erfolge angewandt. Ausspülungen mit einem Liter 5 und 10 %iger Lösung bewährten sich bei einem Fall von lebhafter Eiterung aus einer Empyemwunde.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 22.)

— Ueber den Occlusivverband mit Aiolpaste lässt sich Prof. P. Bruns (Tübingen, chirurg. Klinik) aus, nachdem er letztere  $\frac{1}{2}$  Jahr mit Erfolg dazu benützt hat. Die Formel lautet:

**Rp.**

*Aiol.*  
*Mucil. gumm. arab.*  
*Glycerin. aa 10,0*  
*Bol. alb. 20,0.*

M. f. past.

Die Paste wird mit einem Spatel in ziemlich dicker Schicht auf die genähte Wunde und ihre Umgebung aufgetragen und mit dem Finger etwas eingerieben, sodass die Mündung jedes einzelnen Stichcanals bedeckt ist. Darüber wird eine dünne Schicht Baumwolle leicht angedrückt. Dieser einfache Verband genügt vollkommen für die ge-

nähten und nicht drainirten Wunden, auch z. B. nach Laparotomie, Herniotomie u. s. w. Es empfiehlt sich, die Occlusion mit Airolpaste auf alle genähten Wunden, auch bei gleichzeitiger Drainage und einheilenden Gaze-, Watte- u. dergl. Verbänden auszudehnen, um einen noch sicherern Schutz gegen jede Stichcanaleiterung zu gewinnen. Denn die Bedeckung mit Paste macht es unmöglich, dass ein Stichcanal etwa durch Keime auf der Haut der nächsten oder weiteren Umgebung inficirt wird, selbst nicht bei eintretender Secretion aus dem Draincanal. Autor hat auch unter der Paste noch nie eine solche Eiterung erlebt! Die Airolpaste erfüllt alle Bedingungen für die Heilung unter dem Schorf und sichert auf die einfachste Weise tadellose prima intentio: sie trocknet rasch ein und haftet fest, sie ist von kräftiger antiseptischer Wirkung, absolut reizlos, für seröses Wundsecret durchlässig und selbst nach längerer Aufbewahrung im offenen Gefäß absolut steril.

(Beiträge z. klin. Chirurgie, Bd. 18, Heft 2.)

— **Zur Frage der Alkoholesinfection** stellte Ferdinand Epstein Untersuchungen an, auf Grund deren er zu folgenden Schlüssen gelangte:

1. Dem absoluten Alkohol kommt keine desinfectirende Kraft zu, wohl aber seinen Verdünnungen.
2. Ca. 50 %iger Alkohol desinfectirt von den rein spirituösen Flüssigkeiten am besten; in bedeutend höherer oder geringerer Concentration nimmt die Desinfectionskraft ab.
3. Antiseptica, die in wässrigen Lösungen mehr oder minder wirksam sind, verlieren ihre desinfectirende Eigenschaft, wenn sie in hochprocentigem Alkohol gelöst werden; dagegen wirken Sublimat, Carbol, Lysol und Thymol in 50 %iger spirituöser Lösung besser desinfectirend, als (in gleicher Concentration) in Wasser gelöst.

(Zeitschrift f. Hygiene, Bd. XXIV, Heft 1.)

— **Auskochbare Gummihandschuhe für die chirurgische Praxis** empfiehlt warm W. Zöge v. Manteuffel (Dorpat). Freilich sind sie ein wenig unbequem beim Operiren, und die

Operationen dauern einige Minuten länger, aber was will das besagen gegenüber der absoluten Sicherheit einer „ausgekochten Hand“? Autor hat selbst grössere Operationen, Bruchradicaloperationen, Ellenbogenresectionen etc. mit Handschuhen ausgeführt. Im Allgemeinen benützt er die Handschuhe bei septischen Operationen, bei Verletzungen, die sofortige Hülfe erheischen und wo fünf Minuten Desinfection einen bedrohlichen Zeitverlust bedeuten. Auch wenn der Arzt eine Verletzung, Furunkel etc. an seiner eigenen Hand hat, sind solche Handschuhe sehr am Platze. Autor desinficirt allerdings auch seine Hand vorher, damit, wenn der Handschuh mal reisst, nicht die schmutzige Hand herauskommt.

(Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 20.)

**Arthritis urica.** Ueber die Wirksamkeit der Harnsäure lösenden Arzneimittel, besonders des Lithiumcitrats, stellt Dr. H. Peters Betrachtungen an. „Das Lithiumcarbonat ist eine in Wasser fast unlösliche Verbindung und wird auch dadurch nicht leichter resorbirbar, wenn es, wie dies gewöhnlich geschieht, in kohlen-saurem Wasser gelöst, also in Form von Lithiumbicarbonat, verabreicht wird, denn im Magen wird diese Verbindung nicht direct aufgenommen, sondern durch die dort vorhandene Salzsäure in Chlorlithium übergeführt, das etwas leichter löslich und mithin besser resorbirbar ist. Am wenigsten empfehlenswerth erscheint es, das Lithiumcarbonat in Pulverform oder einfach mit Wasser verrührt einnehmen zu lassen, da das Präparat in diesem Zustande von der Salzsäure des Magens nur langsam angegriffen und in die Chlorverbindung umgewandelt wird. Wegen seiner immerhin nur beschränkten Löslichkeit besitzt aber das Chlorlithium auch ätzende Eigenschaften, welche sich an jenen Stellen der Magenschleimhaut, an denen sich zufällig eine grössere Menge des Pulvers angesammelt hat, fühlbar machen. Dieser chronischen minimalen Aetzwirkung ist es wohl auch zuzuschreiben, dass das Lithiumcarbonat besonders bei längerer Darreichung schlecht vertragen wird und allmählig Veranlassung zu katarrhalischen Erkrankungen der Magenschleimhaut bieten kann. Wie Mendelsohn angeführt hat, vermag aber das Chlorlithium noch aus einem anderen Grunde seiner speciellen

Aufgabe, ein leicht lösliches harnsaures Salz zu bilden, nicht gerecht zu werden, da sich nach chemischen Gesetzen Säuren und Basen nur im Verhältnisse der vorhandenen Mengen der einzelnen Körper, zugleich aber auch nur in demjenigen der gegenwärtigen chemischen Affinitäten zu verbinden vermögen. Eine so schwache Säure wie die Harnsäure wird aber gegenüber der weit stärkeren Salzsäure nur sehr wenig Lithium aus ihrer Verbindung freimachen können, und in der That gelang es auch Siebold weder beim Chlorlithium, noch beim Lithionsulfat eine irgendwie bemerkenswerthe lösende Wirkung auf Harnsäure und Biurate festzustellen. Es liegt deshalb nahe, dass ein an eine schwächere organische Säure gebundenes Lithiumsalz sich in dieser Richtung weit zweckdienlicher erweisen wird, weil sich der Austausch der beiden Säuren alsdann leichter vollzieht. Von den Lithiumsalzen hat sich nun am geeignetsten das Lithiumcitrat erwiesen, das übrigens nach den Untersuchungen von Mendelsohn auch von allen organischen Lithiumsalzen die weitaus stärkste diuretische Wirkung besitzt. Dieses Salz ist daher in England und in Amerika seit einer Reihe von Jahren an Stelle des Carbonats im Gebrauch, und es ist sehr zu beklagen, dass bisher weder das deutsche Arzneibuch, noch die österreichische Pharmakopoe das Citrat aufgenommen hat und immer noch die Verwendung des unzweckmässigen Carbonates vorschreibt.“ Das Salz wird in Dosen von 0,3—0,5 gr 2—4 Mal täglich in Lösung und Pulvern verordnet; am besten sind folgende Formeln:

**Rp.**

*Lith. citric. 5,0*  
*Aq. dest. 125,0*  
*Acid. citric. 0,5*  
*Syr. citr. 30,0.*

M. D. S. 2—4 Mal tägl. 1 Esslöffel voll zu nehmen.

**Rp.**

*Pulv. granulosi*  
*Lith. citric. effervescent. 2,0.*

D. t. dos. No. X ad chart. cerat.  
 S. 2—3 Mal täglich 1 Pulver in  
 1 Glas Zuckerwasser oder Limonade zu nehmen.

**Rp.**

*Lith. citric. 0,5*  
*Acid. citric. 0,1*  
*Elaeosacch. citr. 0,25*  
*Compress. f. pastill.*  
*Dent. tal. pastill. Nr. 25.*

S. 2—3 Mal tägl. 1 Stück in Wasser gelöst zu nehmen.

(Therap. Wochenschrift 1897 No. 16.)

**Arznei-Exantheme.** Einen Fall von Joderythem nach Darreichung von Jodothyrim beschreibt Doc. Dr. S. Ehrmann (Wien): Ein 54 Jahre alter Kaufmann leidet seit 12 Jahren an einer ungemein hartnäckigen Psoriasis, theils von diffuser, theils von Scheibenform. Fast alle Dermatologen Wiens haben ihn bereits behandelt, ohne dass mehr als kurze Remissionen von einigen Monaten erzielt worden wären; Arsenbehandlung fast continuirlich. Autor bekam den Pat. zuerst zur Beobachtung im November 1894. Status: Gut genährtes, kräftiges Individuum ohne nachweisbare Erkrankung anderer Organe. An den Seitentheilen von Bauch und Brust eine diffuse, an der Peripherie von einzelnen haufkorn- bis linsengrossen Efflorescenzen umgebene, mit dicken psoriatischen Schuppen bedeckte Stelle, die beiderseits von der Wirbelsäule bis nahe an die Mittellinie reichte. Ebenso beschaffen Haut der ganzen Streckfläche der oberen Extremitäten, der Unterschenkel; psoriatische Krusten in der behaarten Kopfhaut und gruppirte Efflorescenzen an der Grenze derselben, Psoriasis punctata und guttata auf dem Dorsum der Hand. Auch Psoriasis der Fingernägel; dieselben missfarbig, mit unregelmässigen Rillen und Vertiefungen versehen, mit Längsspalten und theilweiser Exfoliation kleiner rechteckiger Partikelchen, unter den Nägeln reichlich Schuppen. Tylosisähnliche Verdickung der Flachhand und Fusssohlenhaut. Da Autor wusste, dass bereits sämtliche Methoden angewandt worden waren, von welchen eigentlich nur die Theerbehandlung gut vertragen wurde (Chrysarobin, Pyrogallus, Präcipitatsalbe etc. erzeugten über kurz oder lang Dermatitis), so versuchte er es einmal mit Jodkali und begann mit 3 gr pro die. Schon am 2. Tage zeigte Pat. kleine punktförmige und diffuse Röthungen auf dem Dorsum der Hand und des Fusses. Die meisten der psoriatischen Efflorescenzen an den oberen und unteren Extremitäten zeigten einen intensiven, acut hyperaemischen Halo. Am 3. Tage entwickelten sich dieselben Erscheinungen auf dem Stamme, und innerhalb 4 Tagen war die ganze Haut acut geröthet, schmerzhaft, angeschwollen, die Hornschicht der Epidermis an vielen Stellen entweder in Form von kleinen Bläschen abgehoben oder ganz abgestossen, die Haut nässend. Sofort Jodkali ausgesetzt,

Anwendung von Liq. Burowii. Nichtsdestoweniger schritt das Erythem so fort, dass der ganze Körper, mit Ausnahme kleiner Stellen am Rücken, davon befallen wurde; die Hornschicht nahezu der ganzen befallenen Haut war abgelöst, der Pat. fieberte leicht; Borsalbe. Nun begann die Epidermis an der Flachhand und den Fusssohlen sich abzuheben und stiess sich in continuo wie ein Abguss ab. Dazu trat noch Erythem im Gesicht und Conjunctivitis. Es dauerte fünf Wochen, bis die Haut wieder soweit zur Norm zurückgekehrt war, dass die mittlerweile allerdings in ihrer Ausdehnung reducirten psoriatischen Stellen mit Theer behandelt werden konnten. Es zeigte sich, dass nach der Jodkalibehandlung nur jene Psoriasis-Efflorescenzen geblieben waren, bei welchen man schon klinisch nachweisen konnte, dass neben der Auflagerung verdickter Hornschichten eine Hypertrophie des Papillarkörpers vorhanden war, denn sie zeigten sich elevirt, von wolligem Aussehen, scharf begrenzt, selbst als noch keine Spur von verhornter Epidermis sich über denselben fand. Nachdem die Röthung vollständig verschwunden war, konnte man durch vorsichtige Anwendung mit 5 %iger Pyrogallussalbe die letzteren zum Verschwinden bringen. Mit Theer und Arsen wurden dann noch zwei Recidive im Jahre 1895 behandelt. Im December 1896 erschien Pat. wieder mit ausgedehnter Psoriasis. Autor begann stellenweise Theer zu appliciren, aber es stellte sich Theerakne ein. Als letztere geheilt war, versuchte Autor nun Jodothyrim, womit er 6 Fälle bereits mit ziemlich befriedigendem Erfolge behandelt hatte. Pat. bekam am 1. und 2. Tage je 0,3, am 3. Tage 0,5 gr, am 4. Tage musste Autor aber das Mittel aussetzen, da ganz dieselben Erscheinungen sich entwickelten, wie nach dem Jodkali, nur jetzt in viel höherem Grade noch, sodass am Ende der ersten Woche das Bild dem bei schlimmen Fällen von Pemphigus foliaceus entsprach, und dass auch nicht ein Stückchen der Hautoberfläche normale Epidermis aufwies; auch jetzt wurde wieder die Epidermis der Hand- und Fusssohle abgestossen, und zwar in vollständigen Lamellen. Eine Erscheinung, die dem Autor beim ersten Erythem nicht aufgefallen war, konnte er jetzt constatiren: An allen Stellen, wo früher die Psoriasis

in reichlicherem Maasse aufgetreten war, besonders aber an der Streckfläche der Extremitäten, bildete sich unter der Salbendecke eine 1—2 mm dicke Schicht von einer übel (wie nach altem Käse) riechenden, auch wirklich dem Käse oder Sebum ähnliche Masse, die sich unter dem Mikroskop aus Fettsäure-, Cholestearinkrystallen und verfetteten Epithelzellen der tieferen Epidermisschichten bestehend erwies. Die Borsalbe konnte dies nicht bewirkt haben: denn unter der nicht abgelösten, sondern nur abgehobenen hornigen Epidermis der Hand- und Fusssohle war ganz dieselbe Masse vorhanden, und zwar an Stellen, die von den mit Salbe bedeckten weit entfernt waren und mit derselben in keinen Contact gekommen sein konnten. Es dauerte diesmal zwei Monate, ehe die Ueberhäutung eine vollständige war. Auch die Psoriasis schien verschwunden; aber bald sah man wieder neue Efflorescenzen, und Autor kehrte reuig zum Arsen zurück. — Es muss sich beide Male um ein Joderythem gehandelt haben, da man nicht annehmen kann, dass das Kalium etwa dieselbe Wirkung gehabt haben sollte, wie die organischen Verbindungen des Jodothyryns. Für das Verständniss der Wirkungsweise des letzteren aber erscheint die Beobachtung der Verfettung der Epidermiszellen wichtig. Es können im obigen Falle nur Zellen mittlerer Epidermisschichten des Stratum spinosum im Spiel gewesen sein, und vielleicht lassen sich die Erfolge, welche bei Psoriasis mit Jod und Jodothyryn erzielt wurden, die auch aber gleich den übrigen Erfolgen nur vorübergehende waren, dadurch erklären. Es wäre dann verständlich, warum die excessive Bildung von Hornzellen, welche zum Bilde der Psoriasis gehört, hier unterbleibt, wenn man bedenkt, dass die Stachelzellenschichten, die Matrix für die Bildung der Hornzellen, zeitweilig so intensiv zerstört oder verändert wird. Es wäre vielleicht auch dadurch zu erklären, warum die Wirkung auf jene psoriatischen Stellen, wo es zugleich zu einer Hypertrophie des Papillarkörpers kommt, eine viel geringere ist.

(Wiener medic. Blätter 1897 No. 20.)

- Eine eigenthümliche Idiosynkrasie gegen **Bismuth. subnitric.** beobachtete Dalche bei einem 30jährigen Pat. Nachdem derselbe wegen Diarrhoe 2—3 gr des Mittels erhalten, bedeckte sich sogleich der ganze Körper mit einer

intensiven Röthe, sodass der Kranke wie ein Scharlachkranker aussah. Das Erythem verschwand nach vier bis fünf Tagen, worauf starke Abschuppung, besonders an Händen und Füßen, eintrat. Im Uebrigen die ganze Zeit über vollkommene Euphorie. Patient hat im Laufe von 8 Jahren die gleichen Erscheinungen schon 3 Mal dargeboten, stets nach Einnehmen von Bismuth. subnitric.

(Société de Thérap., 7. April 1897. — Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 18.)

**Fracturen und Luxationen.** Ueber Wirbelsäulenbrüche und deren Behandlung lässt sich Dr. L. Poller (Neunkirchen, Knappschaftslazareth) aus auf Grund von 32 daselbst 1892—1897 beobachteten Wirbelbrüchen. 13 davon waren leichter Art, indem 7 ohne alle Complicationen, 6 mit geringen Symptomen einer Markverletzung einhergingen; nach einer Behandlungszeit von ein bis neun Monaten wurden 6 Pat. als völlig erwerbsfähig, 7 mit mässigen Renten entlassen. Bei 19 Fällen war eine transversale Rückenmarksverletzung zu constatiren; von denselben starben zehn, drei stehen als unheilbar noch in Behandlung, sechs gingen in völlige oder nahezu völlige Heilung über. Diese Heilungen sind nach des Autors Ueberzeugung vor Allem der Behandlung zu verdanken, die in forcirter Streckung der Wirbelsäule unter gleichzeitiger manueller Reposition der Fragmente in Narkose besteht (dann nicht zu harte Spreurrolle auf das Lager unmittelbar unter die Bruchstelle. Extension erst mit vier, später mit acht Pfund, Erhöhung des Kopfes vom Bett um 15—20 cm). Dies active Verfahren ist stets indicirt, wenn die Wirbelsäule eine Einknickung mit nach vorn offenem Winkel erlitten hat, ferner wenn die Wirbel senkrecht auf einander gepresst worden sind. In sämtlichen 6 mit Erfolg behandelten Fällen handelte es sich um Wirbelfracturen mit kyphotischer Winkelstellung und schwerer Rückenmarksquetschung; in einem Falle trat sofort nach der Streckung der Erfolg ein, indem Lähmungen und Sensibilitätsstörungen zurückgingen, in den übrigen Fällen benötigte das Rückenmark, um sich zu erholen, längere Zeit. Ein Schaden wurde durch die Be-



handlung in sämmtlichen ihr unterzogenen 22 Fällen nicht angerichtet.

(Archiv f. klin. Chirurgie 1897, Bd. 54, Heft 2.)

- Als Beitrag zur Behandlung der Clavicular-Fracturen mittelst Massage zeigte Lucas-Champonnière vier Fälle von Schlüsselbeinbruch, die ausschliesslich mittelst Massage behandelt worden sind. Dieselben befinden sich gegenwärtig im 19., 18. und 23. Tage seit dem Unfälle und wurden nie immobilisirt. Man begnügte sich damit, den Arm für einige Tage in einer Schlinge zu suspendiren und begann gleich am 1. Tage die Massage. Sofort hörten die Schmerzen auf, und die Hand wurde beweglich. Gegenwärtig können alle Pat. die Hand auf der verletzten Seite auf den Kopf legen. Dabei handelt es sich um schwere F. Die Schmerzen lassen eben bei dieser Behandlung sofort nach und die Heilung erfolgt viel rascher, als bei Immobilisirung. — Péan erkennt die ausgezeichneten Resultate an, glaubt aber, die alte Methode nicht ganz bei Seite werfen zu dürfen, durch welche doch ein weniger voluminöser Callus erzielt wird, was gerade für Frauen sehr werthvoll ist. — Auch Marc Sée ist überrascht von den schönen Resultaten, fragt aber, ob die Massage genügt, die Knochenfragmente auch bei beträchtlicher Verkürzung einander zu nähern. — Darauf erwidert Lucas-Champonnière: Bei Frauen sind Schlüsselbeinbrüche recht selten; doch verfügt er über zwei Fälle, wo aber trotz Entfernung der Fragmente das Endresultat selbst die weitgehendste Coquetterie befriedigte. Die Massage genügt ferner, um die Knochen allmählig in ihre normale Lage zu bringen; bei zwei der vorgestellten Fälle war das Chevauchement ein recht bedeutendes, und trotzdem war die Massage ausreichend.

(Académie de Médecine, 6. April 1897. — Therap. Wochenschrift 1897 No. 16.)

- Einen seltenen Fall von Fractur der Tibia beschreibt Dr. Briese (Braunschweig, Krankenhaus Marienstift): Ein 36-jähriger Arbeiter kam am 13./VI. 1896, als er über eine Strasse laufen wollte, auf dem Geleis der Pferdebahn zu Fall und gerieth mit dem rechten Unterschenkel unter das Vorderrad eines vorüberfahrenden Pferdebahnwagens. Er wurde, da er nicht gehen konnte, sofort ins Spital gebracht, und zwar etwas be-

nommen (in Folge Alkoholgenusses). Status praesens: Rechtes Kniegelenk durch Flüssigkeitserguss stark ausgedehnt, die Patella tanzt. Die Haut über dem Gelenk und in der Umgebung desselben absolut intact. Unter- und Oberschenkel stehen zu einander in Bajonnettstellung, derart, dass die Achse des Unterschenkels hinter der des Oberschenkels verläuft. Seitliche Verschiebungen nicht vorhanden. Diese Dislocation lässt sich durch Druck auf das untere Ende des Oberschenkels von der Streckseite und durch entgegengesetzten Zug am Unterschenkel von der Wade herunter deutlicher Crepitation verhältnissmässig leicht ausgleichen. Etwas unterhalb der Gelenkspalte kann man vorn einen ziemlich scharfen querverlaufenden Knochenvorsprung durch die Haut palpieren, den man auch nach beiden Seiten etwas verfolgen kann. Dieser Knochenvorsprung verschwindet, wenn man die nach hinten gesunkene Tibia nach vorn schiebt. Die Gegend des Kniegelenks zu beiden Seiten der Patella, sowie die Stelle der Crepitation unterhalb des Gelenkspaltes ist auf Druck sehr empfindlich. Es handelte sich also um eine Fractur am oberen Ende der Tibia, die bei blosser Betrachtung den Eindruck einer Luxation des Schienbeins nach hinten machte. Die Richtung der Fractur liess sich wegen der starken Schwellung nicht feststellen. Das Bein wurde auf eine lange Volkmann'sche Schiene gelagert. Am 15./VI. brach Delirium aus, am 16./VI. starb Pat. Bei der Section entleerten sich aus der Patella ca. 50 ccm dickflüssiges Blut; Patella und Femur erwiesen sich als unversehrt; etwa 1 cm unterhalb der Gelenkfläche der Tibia fand sich ein den ganzen Schienbeinkopf durchtrennender, querer, genau horizontal von vorn nach hinten verlaufender Bruchspalt; die äussere Facette des abgesprengten Gelenktheils war intact, die innere sternförmig fracturirt, Kapsel, Bänder, Meniscen in toto erhalten. Also Querfractur der Tibia dicht unterhalb der Gelenkfläche, offenbar directe, dadurch entstanden, dass ein Rad des Wagens dicht unterhalb des Gelenks über das Schienbein hinwegging. Dass hierbei zuerst die Innenseite des Knochens betroffen wurde, beweist die sternförmige Fractur des medialen Theiles der abgesprengten Gelenkfläche. Die Dislocation erklärte sich leicht aus der ihrer Schwere nach rückwärts sinkenden Tibia. Solche querverlaufende F. am oberen Ende des Schienbeins sind, abgesehen von den Kindern

bis zu 15 Jahren mit ihren Epiphysentrennungen, sehr selten, da ja die Bedingungen für Entstehung bei der Dicke des Knochens sehr ungünstige sind und eine sehr starke Gewalt nöthig ist, vielleicht auch eine gewisse Brüchigkeit der Knochen; luetische Veränderungen waren hier freilich nicht zu entdecken.

(Centralblatt f. Chirurgie 1897 No. 22.)

— Ueber eine technische Vereinfachung in der Herstellung von Gyps-Hanfschienen schreibt Prof. H. Turner (St. Petersburg): Bereits 1875 schlug Beely folgendes äusserst praktische Verfahren zur Herstellung von Gyps-Hanfschienen vor: „Schmale, kleinfingerbreite Hanfbündel werden in Gypsbrei getaucht und parallel der Längsachse der Extremität dicht neben einander direct auf die Haut gelegt.“ Autor hat nun diesen Verband modificirt. Er schneidet ein Bündel gut durchhechelten Hanfes von der Länge der gewünschten Schiene an seinen Enden mit der Scheere gerade und taucht es dann in toto — also nicht in einzelnen Strähnen, wie Beely — in warmen Gypsbrei von der Consistenz gewöhnlicher Sahne, wo es mit den Fingern sorgfältig durchgeknetet wird, um ein möglichst vollkommenes Eindringen des Gypsbreies in alle Zwischenräume zwischen den einzelnen Fasern zu erreichen. Das so zubereitete, nasse, gypsgetränkte Hanfbündel wird weiterhin gleichsam wie in ein Futteral durch einen Tricotschlauch hindurchgezogen, wie solche als sogen. gewebte Binden in diverser Breite käuflich sind. Ist auf diese Weise der vorher ebenfalls entsprechend zurecht geschnittene Tricotschlauch über das Gyps-Hanfbündel hinübergezogen, so wird der nunmehr im Tricotschlauch befindliche Gyps-Hanf nochmals durchgeknetet, bis man eine gleichmässig dicke und an den Rändern gut abgerundete Schiene erhält. Hierzu ist es natürlich erforderlich, dass das Hanfbündel und der Tricotschlauch einander in ihrer Breite entsprechen. Das Gewebe des letzteren wird dabei ein wenig ausgezogen, um jegliche Faltenbildung in der Schiene zu vermeiden. Die so hergestellte Schiene wird nass an die Extremität angelegt, derselben genau adaptirt und mit einer trockenen Binde in der erforderlichen Stellung befestigt. Nach 3—5 Minuten ist die Schiene erstarrt und behält nun genau die ihr mitgetheilte Form (Hohlrinne, spiral gewunden, winklig abgebogen etc.). Also

die recht wohlfeile Schiene ist nach wenig Minuten fertig; ihre Oberfläche ist gleichmässig glatt, weniger hart, als die Beely'sche, ohne scharfe Ränder, sodass das lästige Abbröckeln des Gypses hier vermieden wird, die Procedur ziemlich sauber und einfach.

(Centralblatt f. Chirurgie 1897 No. 21.)

**Gewerbekrankheiten.** Eine typische Hornhauterkrankung bei Anilin-Färbern beschreibt Dr. A. Senn (Wyl). Ein 41jähr. Arbeiter einer Baumwoll-Färberei klagte, dass seit ca. 1 Jahre die Sehkraft beider Augen, besonders aber des rechten, bedeutend abgenommen habe, und dass er schon seit mehreren Jahren häufiges Brennen der Augen, Lichtscheu und heftige, stechende Schmerzen verspüre. Die Untersuchung bestätigte die starke Abnahme der Sehkraft und ergab im Uebrigen Folgendes: Das rechte Auge zeigt schon à distance einen eigenthümlichen Farbenreflex der Hornhaut, der sich bei näherer Besichtigung als ein ca. 2,5 mm hoher und 6 mm breiter Streifen von sepiabrauner Färbung erweist, der in der Lidspaltenzone von innen nach aussen zieht, 2 mm vom inneren Limbus beginnend über die Pupille sich erstreckt, um 1 mm von der Pupille nach aussen mit unscharfer Grenze sich in die relativ normale, d. h. im ganzen Lidspaltenbezirke matte und mit einem schillernden, marmorirten Farbenton übergossene Hornhaut zu verlieren. Bei genauer Betrachtung zeigt der farbige Streifen eine unebene Beschaffenheit, bestehend aus einer längsgestreckten Gruppe von ca. 10—12 kleinen Bläschen, die sich als mit wasserhellem Inhalt gefüllte oder geplatzte und seichte Vertiefungen darstellende Bläschen erweisen. Im ganzen Gebiet des Streifens das zwischenliegende Epithel und die obersten Parenchymschichten leicht diffus getrübt, welche Trübung rings noch 1—2 mm weiter hinaus sich erstreckt, allmählig sich in die normale Hornhaut verlierend. Conjunctiva bulbi in der Lidspaltenzone ebenfalls intensiv gelblich-braun verfärbt, in Form zweier gleichschenkliger Dreiecke mit ca. 3 mm Basis am inneren und äusseren Limbusrande ansetzend. Als ein Theil des Epithels zum Zwecke einer Untersuchung entfernt wurde, zeigte sich,

dass dasselbe im ganzen Lidspaltenbezirke nur ganz locker dem Parenchym aufsass, sodass es sich wie ein Schleier abheben liess derart, dass nachher nur noch die peripheren Parthieen epithelbedeckt waren. Linkes Auge ganz ebenso erkrankt, nur weniger ausgeprägt: Cornea in der Lidspaltenzone ganz leicht bräunlich verfärbt, Epithel matt, nur undeutlich einige ganz leichte Erhebungen erkennbar; dagegen Bindehaut auf dieser Seite mehr verfärbt, fast schwärzlich. — Eine Untersuchung sämtlicher Arbeiter des Etablissements ergab Folgendes: Von 35 Arbeitern sind 17 frei von Veränderungen, 10 zeigten nur Verfärbung der Bindehaut, 8 diese mit den beschriebenen Hornhautveränderungen, d. h. zum Theil typischen Epithelabhebungen, zum Theil nur den farbigen Reflex, Alle aber wiesen mehr oder weniger starke Verminderung der centralen Sehschärfe auf. Von jenen 17 betreffen 11 jugendliche Arbeiter bis zu 30 Jahren, von denen keiner länger als  $4\frac{1}{2}$  Jahre Anilinfärber war, von den übrigen 6, älteren Leuten von 50—60 Jahren, ist einer Färbermeister, einer Heizer und 4 nur im Trockenraum beschäftigt. Von den 10 Arbeitern sind 6 unter 40 Jahre alt, und zwar nur 2 unter 30 und durchschnittlich 3 Jahre lang Anilinfärber, 3 im Alter von 50—60 Jahren mit 1—8 Jahren Arbeitsdauer, und einer im Alter von 60 Jahren, der 28 Jahre Färber ist, aber selten mit Anilinschwarz zu thun hatte. Die 8 Arbeiter endlich mit den schweren Veränderungen sind Leute von 41—69 Jahren mit 8—12jähriger (einer mit 46jähriger) Arbeitsdauer. Man sieht also, dass diese Berufserkrankung erst mit einem gewissen Alter und einer gewissen Dauer der Einwirkung fast alle Arbeiter bedroht, aber nur die wirklichen Färber, nicht die Hilfsarbeiter und die im Trockenraum Arbeitenden. Die directe Ursache der Erkrankung scheinen die aus den Farbetrögen am Schlusse des Färbeprocesses aufsteigenden heissen Dämpfe zu sein, welchen die Färber mehrmals täglich während ca.  $\frac{1}{2}$  Stunde ausgesetzt sind. Bei ihrer Arbeit, die in beständigem Durchziehen des Garnes durch die heisse, dampfende Färbemasse besteht, welche letztere aus einem Gemisch von Anilin, Salzsäure und chromsauren Kali, dem sog. Anilinschwarz, sich zusammensetzt, halten sich die Färber be-

ständig in gebückter Haltung über der dampfenden Flüssigkeit, aus welcher sich die Oxydationsproducte des Anilins, die Chinone, verflüchtigen. Diese Chinone aber wirken selbst in starker Verdünnung färbend und ätzend, und so kommt es, dass sie an dem leicht vulnerablen Epithel der Hornhäute älterer Arbeiter kleinste Epitheldefecte setzen, aus denen dann die weiteren Veränderungen resultiren, zumal die Augen wegen des in den dampfgeschwängerten Räumen eintretenden Brennens und Beissens wohl öfters mit den Händen gerieben werden. Nach Aussetzen der Arbeit und unter der gewöhnlichen Keratitisbehandlung bessert sich glücklicher Weise die Affection ziemlich rasch, die leichteren Fälle heilen sogar meist vollkommen, freilich auch erst nach vielen Monaten; bei Aufnahme der Arbeit aber kommt es zu Recidiven. Verhütet kann das Leiden werden durch eine gute Ventilation, und hat Autor in einer anderen Fabrik, wo eine solche bestand, auch nur ganz leichte Andeutungen der Krankheit gefunden. Die Anilindämpfe müssen eben sofort energisch entfernt werden, dann kommt es nicht zu jenen schweren Schädigungen.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1897 No 6.)

- Ueber Taubheit bei Webern stellte E. Maljutin in Fabriken Untersuchungen an, welche ergaben, dass das starke Geräusch, unter dem die Weber arbeiten müssen, ihr Gehör abstumpft und die Grenzen der Gehörsempfindung für die hohen und niedrigen Töne einengt. Arbeiter, die 5 Jahre lang in Webereien gearbeitet haben, werden gewöhnlich harthörig. Sie sollen daher prophylaktisch die Ohren während der Arbeit mit Watte verstopfen.

(Medicinskoje Obosrenje 1897 No. 1. —  
Litteratur-Beilage zur St. Petersburger medic. Wochenschrift 1897 No. 5.)

- Die Tuberculose der Handschuhmacher bespricht Dr. Mode (Berlin). In der Ortskrankencasse der Handschuhmacher in Berlin erkrankten 1896 von 500 Mitgliedern 127, darunter 91 an inneren Krankheiten; von letzteren betrafen 21 (= 23 %) die Athmungsorgane, und davon waren 17 typische Phthisis. Die Sectionsprotocolle ergaben ferner 50 % Todesfälle an Tuberculose,

was mit den Angaben von Hannover aus dem Friedrichs- und allgem. Hospital in Kopenhagen gut übereinstimmt: Von den Todesursachen von 16 in den Jahren 1840 bis 1859 daselbst verstorbenen Handschuhmachern betrafen 11 die Athmungsorgane, darunter war acht Mal Lungenschwindsucht angegeben (= 50 % Mortalität); übertroffen wurde diese Zahl nur von den Nadelmachern (60 %), Vergoldern (75 %) und Glasern (71,4 % Todesfälle an Schwindsucht). Das mittlere Lebensalter der an Schwindsucht gestorbenen Handschuhmacher betrug 35 Jahre; in den von Mode zusammengestellten Fällen wurde der älteste schwindsüchtige Handschuhmacher 33 Jahre alt. Nach Kayser starben unter 10000 Lebenden von Handschuhmachern 84 an Tuberculose; sie wurden hierin nur von den Steinarbeitern (159), Buchdruckern (105), Kellnern (93), Buchbindern (92) und Cigarrenarbeitern (85) übertroffen, während andere im Allgemeinen als gefährlicher geltende Berufe eine geringere Tuberculosensterblichkeit aufweisen, so die Schneider (68), Metallarbeiter (53), Holzarbeiter (38). Fragt man nun nach der Ursache dieser Erscheinung, so ist dieselbe theils innerhalb, theils ausserhalb des Berufes zu suchen. In ersterer Beziehung spielt die Hauptrolle der Staub, der bei der Arbeit entwickelt wird. Derselbe entsteht beim Sortiren des rohen, noch reichlich Weizenmehl und Alaun haltenden Handschuhleders, ferner beim Zurichten des Leders, wobei dasselbe mit der rauhen Seite über ein messerförmiges Instrument gezogen wird, sowie beim „Doliren“, wobei das Leder auf mit Schmirgel überkleideten Rädern gleichmässig dünn geschliffen wird, sowie beim „Poliren“ der Handschuhe, wobei dieselben über rotirende, mit gefärbtem Talcum bestreute Walzen geführt werden; also pflanzlicher und thierischer resp. anorganischer Staub wird in Masse entwickelt und die Lunge dadurch hochgradig geschädigt, zumal das Arbeiten in geschlossenen Räumen, vornübergebeugter Haltung den Athmungsorganen auch nicht gerade zuträglich ist; fand doch schon Hannover, dass Handwerker, deren Handwerk Körperkraft erfordert, und bei denen also gewissermaassen die Lungen durch die Körperbewegungen energischer gelüftet werden, weniger von Phthise befallen werden, als diejenigen, die weniger sich

körperlich abmühen, bei denen also die Lungen nur wenig ventilirt werden. Dazu kommt, dass das Menschenmaterial hier von vornherein schon ein gesundheitlich minderwerthiges ist, welches Krankheiten weniger Widerstand zu leisten vermag; für andere Berufe zu schwächlich, suchen sie diese verhältnissmässig leichte Arbeit. Häufig genug erben die Kinder neben dem Beruf auch die Anlage zur Tuberculose, denn auch in den Familien der Handschuhmacher ist letztere kein seltener Gast.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 No. 47.)

**Herpes.** Die Beziehungen zwischen Herpes zoster und Facialislähmung sind bisher nur in 18 Beobachtungen in der Litteratur festgelegt worden. Prof. Dr. H. Eichhorst (Zürich) beschreibt jetzt einen 19. Fall: Eine Frau, kräftig und bisher gesund, auch hereditär nicht belastet, im Alter von einigen 20 Jahren stehend, befand sich am 12./XII. 96 in einem sehr zugigem Locale. Tags darauf bemerkte sie in der rechten Gesichtshälfte leichte ziehende, fast schmerzhaft empfindungen; namentlich war Druck in die rechte Augenbrauengegend leicht empfindlich. Lebhaftere Schmerzen stellten sich in der Nackengegend ein, die gegen den Hinterkopf ausstrahlten und gleichfalls rechterseits bestanden. Derselbe Zustand hielt auch am nächstfolgenden Tage an. Am 3. Tage verschwanden zwar die auffälligen Empfindungen, aber dafür bemerkte die Pat. Steifigkeit und Unbeweglichkeit in der ganzen rechten Gesichtshälfte: es wurde totale rechtsseitige Facialislähmung constatirt. Vier Tage später bildete sich ein bläschenförmiges Enanthem und Exanthem aus; gleichzeitig brach dasselbe auf der unteren Hälfte der rechten äusseren Ohrmuschel, im äusseren Gehörgang rechterseits, auf der rechten Zungenhälfte, auf der Schleimhaut des rechten harten Gaumens und auf der rechten Hälfte des Zäpfchens aus. Auf der Schleimhaut der Mundhöhle fand man gruppenförmig bei einander stehend weisse Erhebungen, jede von einem rothen Hofe umgeben; die Zunge stark belegt, stärker rechts als links, und rechterseits geschwollen. Nach etwa einer Woche waren die Bläschen in der Mundhöhle und am Ohr wieder abgeheilt; einzelne kleine fleckenförmige Röthungen blieben auf der Schleimhaut des harten



Gaumens bis in die 3. Woche zurück. Die Facialislähmung entwickelte sich zu einer schweren, mit totaler elektrischer Entartungsreaction und Erhöhung der mechanischen Erregbarkeit der gelähmten Muskeln, dabei träge Muskelzuckungen. Zunge wird gerade herausgestreckt, kein Schiefstand der Uvula; Berührung und Geschmack auf beiden Zungenhälften stets gleich deutlich. Keine Gehörsstörungen, keine Veränderung der Sensibilität der Gesichtshaut, keine schmerzhaften Druckpunkte an den Austrittsstellen des Trigeminus und Facialis. — In diesem Falle folgte also der H. der Facialislähmung, während sonst gewöhnlich das Verhältniss ein umgekehrtes war, die Facialislähmung sich am häufigsten im Verlauf eines H. zoster occipito-collaris einstellte; nur 3 Mal war das Verhältniss so wie im obigen Falle, und stets trat hier der H. in Zweigen des Trigeminusgebietes auf. Auch in der Ausdehnung des H. bestand ein Unterschied zwischen den beiden Kategorien: ging der H. der Facialislähmung voraus, so dehnte er sich über ein sehr grosses Hautgebiet als H. occipito-collaris aus, war es umgekehrt, so schossen die Herpesbläschen immer nur im Verlauf einzelner Trigemini-zweige auf, 1 Mal im Verlauf des N. frontalis, 1 Mal am Nasenflügel und an der Oberlippe, 1 Mal auf den vorderen 2 Drittheilen einer Zungenhälfte; des Autors Fall wies also noch eine verhältnissmässig ausgedehnte Eruption auf. Ausser in diesem Falle wurde bisher über Facialislähmung und sich daran anschliessenden Schleimhautherpes nur noch von Remak berichtet; während es sich bei letzterem nur um einen Zungenherpes handelte, kam es bei der Pat. des Autors ausser solchem noch zu H. des harten Gaumens und der Uvula. In beiden Fällen fehlten Veränderungen des Geschmacks. Dass es bei Facialislähmung aus peripheren Ursachen zu einer Geschmacksstörung in den vorderen Zweidritteln einer Zungenhälfte ohne H. der Zunge kommt, ist eine häufige Erfahrung; aus jenen beiden Beobachtungen folgt eben, dass es auch periphere Facialislähmungen giebt, bei denen der Geschmack auf der Zunge erhalten ist, während auf der der Gesichtslähmung entsprechenden Zungenhälfte H. zur Ausbildung gelangt. Man muss daraus schliessen, dass die Chorda tympani zwei

Arten von Nervenfasern führt, solche, welche den Geschmacksvorgängen vorstehen, und solche, welche trophische Veränderungen (Herpes) nach sich ziehen. Bei Remak beschränkte sich der H. nur auf die Zunge, in Eichhorst's Fall auch auf Ohrmuschel und äusseren Gehörgang, sodass man die Schädigung auch im Stamme des 3. Trigeminusastes suchen könnte. Freilich scheint dem Autor die Annahme in Anbetracht der geringen Ausdehnung der Herpesbläschen auf der äusseren Haut näher liegend, es seien die Trigeminusäste in ihren peripheren Ausläufern von Schädigungen betroffen worden, und sei auch der Zungenherpes durch Fortkriechen der Entzündung vom Facialisstamm von seiner Austrittsstelle aus dem Foram. mastoid. bis auf die Chorda tympani hervorgerufen worden; weshalb hier nur die trophischen Fasern betroffen wurden, das entzieht sich unserer Kenntniss.

(Centralblatt für innere Medicin 1897 No. 18.)

**Pemphigus.** Einen Fall von *P. vegetans* publicirt Dr. H. Ludwig (Frankfurt a. M.). Am 4./VIII. 1894 wurde er von einem Fischer wegen eines seit 4 Tagen bestehenden Ausflusses aus der Harnröhre und wegen eines leisen Brennens beim Harnlassen consultirt. Ausserehelicher Coitus verneint, keinerlei hereditäre Belastung, früher keine erheblichere Erkrankung, auch Ehefrau gesund, kein Abort, 2 gesunde Kinder. Allgemeinbefinden, Appetit des Pat. gut, kein Fieber. Seit 5 Jahren Fingernägel bräunlich verfärbt, an den Rändern wie angenagt, auf der Oberfläche mit mehreren Rillen versehen; anfänglich soll Eiterung an den Fingern bestanden haben, deren Ursache auf den Beruf (Fischen im kalten Wasser) geschoben wurde. Jetzt am Penis äusserlich nichts Bemerkenswerthes. Orificiumlippen nicht geschwollen, mässig roth; aus ihnen quillt wenig serös-schleimiges Secret, das aus Leukocyten und überwiegend aus Plattenepithelien besteht. Wiederholte Gonokokkensusuche resultatlos. Beim Entblößen der Eichel sieht man im Sulcus coronarius, fast seine ganze Circumferenz einnehmend, die Oberfläche der inneren Lamelle des Praeputiums, sowie einen Theil der Glans vollständig wund, leicht blutend, mit übelriechendem Eiter bedeckt. Therapie: Injectionen schwacher Zinklösung, Ol. Santali, Waschungen des Präputialsacks mit essigsaurer Thonerde, Einlegen von

Wattestreifen, Puder. 9 Tage später fand Autor den Status unverändert, ausserdem klagte aber der Pat. noch über seit einigen Tagen bestehendes Wundsein des linken Oberschenkels. In der linken Inguinalgegend, da wo das Scrotum anliegt, eine bogenförmige, markstückgrosse, von der gesunden Umgebung sich scharf abhebende, weiche, secernierende, einen fötiden Geruch verbreitende Wucherung, die den Eindruck von auf ihrer Basis breit aufsitzenden, nässenden Papeln macht. Sonst am Körper nichts zu finden, nur ist der weiche und harte Gaumen diffus geröthet, und auf der Kopfhaut sieht man 2—3 linsengrosse, mit Krusten bedeckte Papeln. Die zunächst locale Behandlung der Wucherung mit Emplastr. ciner., später Calomelpulver, liess jene unbeeinflusst; auch im Verhalten der Urethritis keine Veränderung. Daher Endoskopie. In der sich sonst normal verhaltenden Harnröhre, in der Mitte der Pars pendula zwei linsengrosse, leicht blutende, epithellose, rundliche, mit gelbgrauem Belag bedeckte Stellen, umgeben von einem etwas breiteren Hofe stärkerer Röthe, welche sich diffus in der Umgebung verliert. Ende August Beginn einer antiluetischen Cur, da ja die Wucherung als breite Condylome imponirte: Spritzcur und Jodkali, locale Tupfung der Wucherung mit Sublimatalkohol, Calomelstreupulver. Die Wucherung begann während der Behandlung vom Centrum aus zu schrumpfen, sich zu überhäuten und abzuflachen, sodass schliesslich nur noch eine braun pigmentirte, gegen die Umgebung nicht erhabene Stelle mit einem ganz schmalen, trockenen, wenig erhabenen Papelwall übrig war. Auch die wunde Stelle im Präputialsack überhäutete sich zum grössten Theil, sodass nur noch ungefähr  $\frac{1}{4}$  der früheren Grösse nässend blieb. Unter schwachen Lapispülungen klärte sich auch der Urin, Pat. glaubte sich geheilt und blieb fort bis nach zwei Monaten, wo er mit wesentlicher Verschlimmerung wieder erschien. Recidiv der Wucherung in der Inguinalgegend, jetzt über thalergross; dabei zeigten sich fortwährend an dem bogenförmigen, aus kleinen Kreissegmenten zusammengesetzten Wucherungswalle erbsengrosse, matsche, weisse Bläschen, welche sich mit benachbarten zu einer serpinösen

Linie vereinten, mit graugelbem, croupösem Exsudate bedeckten, während im Centrum die missfarbigen, plaquesartigen Wucherungen wuchsen. Eine ähnliche Wucherung auch in der rechten Achselhöhle. Im Schnurrbart kleine vertrocknete Borken mit missfarbenem Untergrunde, ebenso auf der Kopfhaut, welche im Laufe der Zeit sich immer weiter ausbreiteten. In der Mundhöhle zuerst am Zungenrande, später auf dem weichen Gaumen kleine runde, grau belegte, vereinzelte Stellen, die sich rasch überhäuten, um von frischem aufzutreten. Dazu beginnende Abmagerung. Nach diesem Befunde, namentlich dem die Wucherung umgebenden Bläschenkranze, musste es sich um den Neumann'schen *P. vegetans* handeln, dessen Prognose als sehr trist gilt. Durch den ersten Erfolg liess sich Autor zu einer zweiten specifischen Cur bestimmen, die aber erfolglos blieb. Die Wucherungen dehnten sich langsam weiter aus, die Blasen am Rande wurden grösser, pfennigstückgross, mit den benachbarten, zu serpiginösen Linien verschmelzend, auch die wunde Stelle im Präputialsack vergrösserte sich, der eigenthümlich ranzige Geruch wurde ärger, namentlich als die Kopfhaut von der Blasen- und Krustenbildung stärker eingenommen wurde. Ein längere Zeit fortgesetzter Versuch, neben Roborantien und guter Ernährung, durch Aetzen des Blasengrundes mit Sublimatalkohol, sowie Betupfen der Vegetationen mit Alkohol ein Eintrocknen und Schrumpfen derselben herbeizuführen, verlief resultatlos. Mässige Fieberbewegungen, Abmagerung, Störung des Allgemeinbefindens, 10 Monate nach Beginn der Krankheit Exitus letalis. — Der primäre Sitz der Affection ist sonst gewöhnlich die Mundhöhle, hier der Präputialsack und die Urethral Schleimhaut (die Nagelerkrankung als primären Localisationsherd heranzuziehen und dann ein 5jähriges Latenzstadium anzunehmen, erscheint doch zu gezwungen). Die Verwechslung mit Lues lag nahe, der Erfolg der ersten specifischen Cur war aber zweifellos ein zufälliger, indem damit wohl gerade eine Periode des Stillstands zusammentraf, wie sie bei dieser Affection nicht selten ist. Differential-diagnostisch entscheidend war der Blasensaum. Eine specifische Therapie giebt es nicht, Heilungen sind sehr selten. Man kann höchstens durch Roborantia das Ende, das

nach 7 Tagen bis 10 Jahren in den bisherigen Fällen eintrat, aufzuhalten suchen, da dasselbe in der Regel durch Erschöpfung in Folge des grossen Serumverlustes bedingt wird.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 17.)

**Perniones.** Prof. Dr. Jadassohn (Bern) hat eine Combination von heissen Bädern und Ichthyol-Resorcin sehr bewährt gefunden. Die erfrorenen Hände resp. Füsse werden 1—3 Mal täglich in so heissem Wasser, wie es gerade noch vertragen wird, 10—15 Minuten lang gebadet, dann sorgfältig abgetrocknet und, wenn es sich nicht um ulcerirte P. handelt, mit Spiritus nachgewaschen. Am Abend werden dann die Hände gründlich und längere Zeit mit einer Salbe massirt (und schliesslich noch mit einer Schicht derselben bedeckt), für die als Paradigma gelten kann:

**Rp.**

*Ichthyol. 1,0—5,0*

*Resorcin. 1,0—3,0*

*Adip. lun. 25,0*

*Ol. Oliv. 10,0*

*Aq. dest. ad 50,0.*

Für leichtere Fälle genügt diese Behandlung meist vollständig. Kleinere offene Stellen kann man für den Tag mit einem indifferenten Pflaster bedecken, nachdem man sie vorher mit einem Streupulver (z. B. Bismuth. subnitric.) bestreut hat. Ueber Nacht werden auch diese Stellen am besten mit eingerieben. Gelegentliche Aetzungen mit dem Argentumstift oder mit Jodtinctur zur Anregung der Granulationsbildung vertragen sich gut mit dieser Behandlung. Bei hochgradiger Ulceration ist es am besten, auch am Tage solche Salbenverbände tragen zu lassen. — Die geschilderte Methode hat sich auch bei der einfachen mässigen Rosacea bewährt, sodass sie Autor jetzt immer anwendet, ehe er zur Scarification oder Elektrolyse rath. Man lässt am Abend vor dem Schlafengehen das Gesicht mit sehr heissem Wasser und bei stärkerer Fettabsonderung mit indifferenter Seife oder Boraxlösung abwaschen und event. noch für 10—15 Minuten Umschläge mit heissem Wasser

machen. Dann sorgfältige Abtrocknung und Massiren mit obiger Salbe, die man natürlich je nach der individuellen Toleranz allmähig auf ihren Ichthyol- und Resorcingehalt verstärken kann. Am Morgen wird dann ebenfalls mit heissem Wasser und event. noch mit Spiritus nachgewaschen. Ist Akne vorhanden, so setzt man dem Spiritus ein Desinficiens hinzu und verdünnt ihn, um seine antiseptische Wirkung zu erhöhen (Epstein), mit Wasser, z. B.:

Rp.

*Acid. thymic. 0,6*  
*Spir. vin. 60,0*  
*Aq. dest. ad 100,0.*

Rp.

*Hydrarg. bichlorat. 0,5*  
*Spir. vin. 60,0*  
*Aq. dest. ad 100,0.*

Natürlich muss noch event. eine energischere Aknebehandlung hinzutreten.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1897 No. 7.)

**Pruritus.** Brocq verordnet bei hartnäckigem P. Carbolsäure.

Rp.

*Acid. carbohc. 0,3*  
*Lanolin.*  
*Ol. Olivar. aa 15,0.*  
 M. f. ung.

Darauf Einpudern mit Reispuder oder Dermatol, Talk. aa. Bei wunden oder entzündeten Parthieen ist besser:

Rp.

*Acid. carbohc. 0,3*  
*Zink. oxyd. 7,5*  
*Acid. salicyl. 0,6*  
*Lanolin. 10,0*  
*Vaselin. 30,0.*  
 M. f. ung.

(New-York. med. Journ., 2. April 1897. —  
 Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 19.)

**Rhinitis.** Betreffs der Behandlung des acuten Schnupfens giebt Dr. M. Sängcr (Magdeburg) einige beherzigenswerthe Winke. Riechmittel sind ganz zweckmässig, sie werden aber meist falsch angewandt, sodass die günstige Wirkung derselben paralysirt wird durch den Uebel-

stand, den die Art der Application hervorruft. Es wird da nämlich in der Regel mittelst einer forcirten Inspiration die mit den sich verflüchtigenden Bestandtheilen des Mittels imprägnirte Luft in die Nase hineingesogen. Aber dieses Hineinsaugen der Luft ist oft gar nicht ausführbar, weil die Durchgängigkeit der Nasenhöhlen aufgehoben ist. Ist sie aber nicht aufgehoben, so bedingt die Inspiration eine Vermehrung des Blutgehalts der Nasenschleimhaut, und zwar desto mehr, je enger das Nasenlumen ist. Also die schon beim Schnupfen vorhandene Hyperämie der Nasenschleimhaut, die Turgescenz, die Hypersecretion werden nur vermehrt, die mit den flüchtigen Bestandtheilen geschwängerte Luft muss eben in die Nase auf mechanischem Wege hineingetrieben werden. Dies lässt sich mittelst der gebräuchlichen Flüssigkeitszerstäuber leicht bewerkstelligen: Bei ihnen ist der Pfropfen, welcher die zur Aufnahme der medicamentösen Flüssigkeit bestimmte Flasche verschliesst, ausser mit einer nahezu auf den Boden der Flasche reichenden Röhre, mit zwei oberhalb gelegenen, der Länge nach durchbohrten Fortsätzen versehen, einem kleineren zapfenförmigen und einem grösseren schnabelförmigen; verbindet man nun den zum Gebläse gehörigen Gummischlauch statt mit dem kleineren Fortsatz mit dem grösseren, so entweicht aus dem ersteren, wenn man das Gebläse in Thätigkeit setzt, keine zerstäubte Flüssigkeit, sondern die durch die Flüssigkeit hindurchgetriebene und von dieser imprägnirte Luft. Von Medicamenten benützt hier Autor nur zwei: Ol. Terebinth. und eine 2—5 %ige Mentholalkohollösung. Namentlich ersteres ist sehr wirksam, bewirkt nicht nur Nachlass des Niesreizes und der Hypersecretion, sondern auch eine merkliche, rhinoskopisch nachweisbare Abnahme der Hyperämie und der abnormen Turgescenz; ausserdem wirkt es günstig ein auf einen event. gleichzeitig vorhandenen Katarrh des Larynx und der Luftröhre; die Mentholalkohollösung wirkt zwar prompter, aber nicht so nachhaltig, weshalb Autor sie nur als Ersatzmittel des Terpentins anwendet, um dieses event. nicht zu lange zu appliciren. Auch die Schnupfmittel werden gewöhnlich in der erwähnten unzweckmässigen Art benützt; sie müssen hineingeblasen werden, wozu sich am besten die Autoinsufflatoren eignen, die man aber

auch improvisiren kann: Man bedarf dazu nur eines etwa 20—30 cm langen, etwa 5 mm im Durchmesser betragenden Gummischlauches und zweier kurzer Glasröhrchen von etwas grösserem Durchmesser. Autor verordnet hier nur zwei Recepte:

Rp.

*Camphor.*  
*Acid. tannic. aa* 2,0  
*Sacch. lact.* 4,0.

M. f. pulv. subtill.  
S. Zum Einblasen in die Nase.

Rp.

*Cocain. mur.* 0,2  
*Menthol.* 0,1  
*Sacch. lact.* 3,0.

M. f. pulv. subtill.  
S. 4—5 Mal tägl. eine kleine Messerspitze in die Nase einblasen.

Ganz zweckmässig ist auch der Nasenspray, wobei Autor eine Mischung von Wasserstoffsperoxyd und Wasser aa verwendet, die sehr wirksam ist. Recht gut ist ferner eine 2 %ige ölige Menthollösung, die man eingiessen lässt, indem 1—2 ccm davon in jede Nasenhöhle mittelst Pipette, Schnabeltasse oder Löffels eingetropft werden. Auch Einathmen von nicht zu warmem Wasserdampfe lindert oft die Beschwerden sehr, doch darf die Einathmung natürlich keine forcirte sein. Zur Abkürzung der Affectiön, ja manchmal zur Coupirung ist bisweilen eine Schwitzcur recht geeignet, wobei es gleichgültig ist, wodurch der Schweiss herausgelockt wird. Nicht so günstig wirken Dampfbäder, da sie viel weniger nachhaltenden Effect haben. Von internen Mitteln, die den acuten Schnupfen günstig beeinflussen, hebt Autor besonders das Salipyrin hervor, das sogar — Erwachsenen 3—4 Mal täglich à 1 gr gereicht — nicht selten die Affectiön geradezu coupirt.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 5.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Einen Beitrag zur Kenntniss der Blasenmolen liefert Dr. J. Neumann (Wien, I. Universitäts-Frauenklinik). Bekanntlich pflegt sich öfters eine äusserst bösartige Neubildung, das Deciduoma malignum im Anschluss an eine Schwangerschaft zu entwickeln, und ist es insbesondere die Blasenmole, welche mit einer Prädisposition für die Entstehung jener Geschwulst einhergeht; jedenfalls ist in einer auffallend grossen Zahl derartiger Neoplasmen den ersten Erscheinungen derselben die Geburt einer Blasenmole vorausgegangen. Während man früher



die letztere als ein Schwangerschaftsproduct ansah, welches für seine Trägerin keine nachtheiligen Folgen hinterlässt, zwingen uns also solche Erfahrungen, die Blasenmole nicht mehr als so harmloses Gebilde zu betrachten. Jüngst machte wieder Schauta auf diesen Punkt aufmerksam, im Anschluss an eine Beobachtung: Eine 40jährige Frau war schwanger mit einer Blasenmole. Noch während der Zeit, wo sich die Blasenmole in utero befand, entwickelte sich die maligne Neubildung, eine Annahme, zu der man berechtigt war, weil sich in der Scheide ein Knoten fand, der sich als echte Deciduometastase erwies; nach Ausräumung der Blasenmole und Ablauf des Wochenbettes wurde der Uterus extirpirt und man fand die Diagnose bestätigt. Aber nicht bloss Metastasenbildung kann uns auf die Gefahr, in der die Trägerin einer Blasenmole schwebt, aufmerksam machen, sondern Untersuchungen, die Neumann an acht Blasenmolen anstellte, zeigen, dass an letzteren selbst gewisse Merkmale zu finden sind, welche die Diagnose sichern. Unter den acht Fällen sind fünf, deren Trägerinnen nach Ausräumung der Blasenmole dauernd gesund geblieben sind, drei, wo sich später ein Deciduum entwickelte. Die Untersuchung dieser beiden Kategorien ergab nun höchst auffällige Unterschiede in dem Bau der Molen. In jenen fünf Fällen zeigte sich das gewöhnliche Bild der Blasenmole: Das Zottenstroma stark vermehrt oder rareficirt und im Sinne der hydropischen Schwellung verändert, die normale Zellbekleidung der Chorionzotten, die Langhans'sche Zellschicht und das Syncytium an der Oberfläche der Zotten und im Zwischenzottenraum vielfach in starker Wucherung begriffen. Diese zelligen Wucherungen nun, die zum Bilde der Blasenmole gehören, beschränkten sich in den drei Fällen, die durch Deciduum complicirt waren, nicht auf die Oberfläche der Zotte und den Zwischenzottenraum, sondern hier drangen die zelligen Elemente auch in den Zottenleib ein und es fanden sich im Stroma zahlloser Chorionzotten selbst diese grossen zelligen Elemente, die sich also dadurch, dass sie die gewöhnliche Grenze nicht respectiren, als maligne Geschwulstelemente documentiren. Auf Grund dieser Befunde lassen sich also die Blasenmolen in eine gutartige und

bösartige Form eintheilen. Daraufhin muss fortan jede Blasenmole sofort nach ihrer Ausstossung untersucht werden, damit, wenn das Charakteristicum der Malignität constatirt wird, sogleich die Uterusexstirpation vorgenommen wird. Selbstverständlich muss, auch wenn sich kein Anhaltspunkt für Malignität ergibt, die Trägerin eine Zeit lang doch sorgfältig beobachtet werden.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 15. Jan. 1897. — Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 4.)

- **Cocain bei Rigidität des Muttermundes während der Geburt** hat Farrar 2 Mal bewährt gefunden. Zuerst bei einer alten Ipara, bei der 48 Stunden lang in Folge jener Complication die Geburt keinen Fortschritt machte; hier legte Autor, um zur Incision locale Anaesthesie zu erreichen, einen in 10 0/0ige Cocaïnlösung getauchten Wattetampon vor den Muttermund und fand drei Minuten darauf den letzteren bedeutend erweitert; die Erweiterung machte nunmehr rasche Fortschritte, und die Geburt ging spontan von Statten. Aehnlich beim 2. Falle, der eine 40jährige Ipara betraf. Drei Tage hatte dieselbe gekreisst, die Rigidität des Muttermundes verzögerte die Sache endlos; da bewirkte ein Cocaïntampon ebenfalls raschen Fortgang der Geburt, indem er den Muttermund sofort erweiterte.

(Indépendance méd. 1896 No. 21. — Centralblatt f. Chirurgie 1897 No. 15.)

- Ueber seine seit Jahren geübte, einfache und wirksame **Methode des Dammschutzes bei nachfolgendem Kopf** sagt Prof. Dr. W. Rubeska (Prag): „Ich lasse das Kind austreten oder extrahire durch den Mauriceau-Veit'schen oder den Wigand-Martin'schen Handgriff, bis der Mund geboren ist. Dann erfasst die eine Hand, beim Mauriceau-Veit'schen Handgriff die über den Nacken gelegte, beim Wigand-Martin'schen diejenige, die exprimirt hat, das Kind bei den Füßen und erhebt es stark in die Höhe, der Geburtshelfer stellt sich etwas zur Seite und die zweite Hand, diejenige, die im Munde war, kommt mit ausgestreckten Fingern nach Art des Ritgen'schen Handgriffes auf den Hinterdamm, während der Daumen in den Mund auf den Alveolarfortsatz des Oberkiefers zu liegen kommt. Nun beherrscht die Hand den nachfolgenden Kopf

vollkommen und lässt ihn nur so weit austreten, als es die Elasticität des Dammes erlaubt, dann aber hält der Daumen kräftig zurück. Die ausgestreckten Finger drängen den Schädel von hinten her in den Schambogen und entlasten so den Damm. Wenn die grösste Circumferenz des Kopfes, bei dieser Haltung die suboccipito-frontale von 33 cm Länge, zum Durchschneiden gelangt, kann die Hand den Schädel auch wohl ausserhalb der Wehe herausheben. Was also bei vorausgehendem Kopf beide Hände leisten, besorgt hier die eine und wohl auch mit demselben Erfolg. Weil das Kind den Mund und die Nase frei hat, kann es athmen, kann wohl auch schon jetzt, wenn nöthig, der Schleim aus Mund und Rachen mit einem elastischen Katheter herausgezogen werden, und so hat die Entwicklung des Kopfes für gewöhnlich keine Eile mehr. Eines Zuges am Kopfe bedarf es zu diesem Zeitpunkt nicht mehr, die Bauchpresse treibt ihn schon heraus oder kann ihn auch die Hand selbst aus der Schamspalte herausheben.“

(Centralblatt f. Gynäkologie 1897 No. 19.)

— **Chinin. sulfuric.** bei incompletem Abortus empfiehlt A. Schwab, nachdem er es bei 7 Fällen mit Erfolg in Anwendung gezogen, und zwar in der Dosis von 1 gr, zu je 0,5 in einem Intervall von 10 Minuten gegeben. Es rief Uteruscontractionen selbst bei einem erst wenige Monate schwangeren Uterus hervor, und zwar nie tetanische. Stets ging die Placenta nach  $4\frac{1}{2}$  Stunden ab, auch da, wo die Wehen bereits seit mehreren Tagen sistirt hatten. Einen Schaden bewirkte das Mittel nie und sollte daher in Fällen von Placentarretention bei Abortus immer benützt werden, ehe man zu eingreifenderen Methoden greift.

(Soc. obstetr. de France. — Wiener medic. Presse 1897 No. 19.)

— Als äusserst wirksames Antigalacticum empfiehlt Hergott den Campher (3 Mal tägl. à 0,2). Bei 30 Fällen sah er nach 3tägiger Darreichung des Mittels eclatante Verminderung der Milchsecretion.

(Gas. hebdom. 1897 No. 18. — Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 12.)

**Stomatitis.** Bei Behandlung der mercuriellen Stomatitis haben sich nach Prof. Jadassohn (Bern) in den letzten

Jahren 2 Mittel ganz besonders bewährt. Zunächst das Wasserstoff-Superoxyd. Man benützt die Solutio Hydrogenii peroxydat. und verdünnt diese, sodass die Verdünnung 2—5 %  $H^2O^2$  enthält. Mit dieser Lösung lässt man die Pat. möglichst oft am Tage den Mund ausspülen. Dazwischen ist es vortheilhaft, auch einige Male mit verdünnten Adstringentien (Tinct. Gallar., Ratanh., Myrrh. etc.) spülen oder 1—2 Mal täglich mit solchen Tincturen (unverdünnt) pinseln zu lassen. Noch vorzüglicher ist die von Boeck empfohlene Chromsäure-Argent.-Pinselung bei ulceröser St. Das Ulcus wird zunächst mit 10 %iger Chromsäure überstrichen und unmittelbar nachher mit dem Argent.-Stift ausgeätzt, wobei sich rothes Chromsilber bildet. Die Methode ist sehr wenig schmerzhaft, ja sie stumpft die Schmerzhaftigkeit der Geschwüre sogar sehr ab, und letztere gelangen viel rascher zur Ausheilung, als bei allen anderen Methoden. Bei sehr ausgedehnten Ulcerationen ist natürlich Vorsicht geboten (Chromsäure!), doch wird man, wenn man nur ein Mal am Tage ätzt und gründlich nachspülen lässt, nie etwas erleben. — Die Methode leistet auch bei syphilitischen Plaques der Mundhöhle sehr gute Dienste und sie bewährte sich ausserordentlich speciell in solchen Fällen, in welchen sich Plaques unter dem Einfluss von Hg unmittelbar in mercurielle Ulcerationen mit schmierigem Belage umwandeln, was bisweilen geschieht. Aber auch bei nicht syphilitischer und nicht mercurieller St. ist eine Combination beider Methoden sehr empfehlenswerth. Autor erinnert sich eines Pat., welcher wegen fortwährend recidivirender „Plaques“ noch viele Jahre nach seiner übrigens dubiösen syphilitischen Infection immer und immer wieder mit Hg behandelt worden war. Er bot, als Autor ihn das erste Mal sah, das Bild einer mässigen diffusen St. dar mit vielen oberflächlich nekrotischen, hyperämisch umsäumten Plaques, die ganz den Aphthen der Kinder glichen; sie sollten sehr häufig recidiviren und sehr schmerzen. Solche in ihrer Aetiologie noch ganz dunklen Prozesse werden leider nur zu oft als syphilitische behandelt! Auch hier leisteten die Aetzungen und Spülungen sehr gute Dienste.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1897 No. 7.)

**Taberculose.** Ichthyol bei Lungentuberculose hat nun auch Dr. H. Fränkel (Lemberg) bei 30 Fällen mit recht erfreulichem Erfolge angewandt. Die Pat. wurden keinerlei anderen Therapie unterzogen, ja die meisten (Bauarbeiter) verrichteten weiter ihre Arbeit in mit Staub geschwängelter Atmosphäre. Der Husten verminderte sich bei allen Pat., selbst bei solchen mit ausgedehnten Destructionsprocessen, hier freilich erst nach längerer Behandlung, während bei Spitzenaffectionen dies schon nach kurzer Zeit der Fall war. Consistenz und Menge des Auswurfes nahmen ebenfalls bald ab, es erfolgte leichtere Expectoration, Abnahme der Dyspnoe. Die Nachtschweisse liessen fast stets nach, Appetit und Allgemeinzustand wurden in frappanter Weise beeinflusst. Auch die physikalischen Verhältnisse änderten sich allmählig zum Besseren, doch wurde Aufhellung von Dämpfungen nicht constatirt. Autor begann mit 2 gr täglich, in vier Dosen getheilt, und stieg schon nach einer Woche auf 3—4 gr. Er ordinarite:

**Rp.**

*Ichthyol. pur.*  
*Aq. dest. aa 10,0.*

M. D. S. 4 Mal tägl. 20—40 Tropfen, mit einigen Tropfen Pfefferminzöl zu nehmen (unmittelbar vor der Mahlzeit).

Auch Gelatine kapseln (à 0,25) wurden gegeben, besonders bei Haemoptoe. Schädliche Nebenwirkungen wurden nie beobachtet. Von „Heilungen“ will Autor schon in Anbetracht der kurzen Beobachtungsdauer (drei Monate) nicht reden, jedenfalls aber wirkte Ichthyol bedeutend günstiger, als Kreosot, Guajacol u. s. w. und verlangsamte das Fortschreiten des Krankheitsprocesses selbst bei traurigen hygienisch-diätetischen Verhältnissen.

(Therap. Wochenschrift 1897 No 16.)

— Die **hustenstillende Wirkung des Peronins** (s. auch *Excerpta*, Bd. VI. S. 349) hat Dr. S. Nowack (St. Lazarus-Spital in Krakau) einer Nachprüfung unterzogen an 10 an Phthisis und 8 an anderen Affectionen (3 chronische Bronchitis und Emphysem, 3 acute Bronchitis und 1 Bronchitis capillaris) leidenden Patienten, wobei er ebenfalls zu günstigen Resultaten gelangte. Fast in allen

Fällen wurde der Husten seltener und weniger intensiv, wodurch auch mehr Schlaf erzielt wurde; der Husten wurde freilich trockener, die Expectoration etwas schwerer. Nebenerscheinungen wurden nie beobachtet, nur klagten die Pat. über eine Art von Brennen in der Gegend der Luftröhre und über copiösere Schweisse als vorher. Autor empfiehlt folgende Formeln:

Rp.

*Peronin.* 0,1  
*Aq. dest.* 100,0.  
 S. 3—6 Esslöffel täglich.

Rp.

*Peronin.* 0,01—0,03  
*Sacch. alb.* 0,3.  
 M. f. pulv. D. t. dos. No. 15.  
 S. 3—6 Pulver täglich.

Rp.

*Peronin.* 0,3  
*Alkohol.* 5,0  
*Aq. dest.* 50,0  
*Syr. simpl.* 100,0.  
 M. D. S. 3 Mal tägl. 1 Kaffeelöffel.

Rp.

*Peronin.* 0,5  
*Extr. et pulv. Gentian.* aa.  
 q. s. ut f. pill. No. 50.  
*Consp. pulv. s. lycopod.*  
 S. 3—6 Pillen täglich.

Am besten ist die Lösung oder die Pillen. Die Dosis 0,01 ist manchmal zu gering; man kann da bis 0,05 pro dosi und 0,15 pro die gehen und hat ein gutes Ersatzmittel für das Morphinum.

(Therap. Wochenschrift 1897 No. 21.)

— **Dermatol bei Diarrhoeen der Phthisiker** — aber auch bei einfacher acuter oder chronischer Enteritis — empfiehlt warm Dr. B. Perlmutter (vgl. medicin. Poliklinik in München) in Dosen von 1—6 gr (je nach Bedarf) pro die. Autor kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schluss: „Jede Art von Diarrhoe, die auf eine Hyperaemie oder entzündliche Reizung der Darmschleimhaut zurückzuführen ist, wird durch das Dermatol in der günstigsten Weise beeinflusst. Dasselbe ist eines der besten Antidiarrhoica, die wir besitzen, sowohl in Hinsicht seiner prompten Wirkung, als auch seiner vollkommenen Unschädlichkeit, die bei absoluter Reinheit des Präparates ausser Frage steht, und die es namentlich auch für die Kinderpraxis geeignet macht.“ Rein, in Wasser aufgeschwemmt, wurde das Mittel stets gern und leicht genommen. Nicht zu vergessen, um nicht falsche Diagnosen (Magenblutung!) zu stellen, ist, dass bei längerer Darreichung von Dermatol die Faeces

sich braunschwarz verfärben (in Folge Bildung von Schwefelwismuth).

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 19.)

— Einen lehrreichen Beitrag zur Frage des Zusammenhanges zwischen T. und Quecksilberbehandlung lieferte Fournier. Schon zu wiederholten Malen erzielte er in Fällen, in welchen die Diagnose der T. höchst wahrscheinlich schien, mit der antisypilitischen Behandlung überraschende Resultate, doch führte er dieselben zumeist auf einen diagnostischen Irrthum zurück, der von ihm aber jetzt beobachtete Fall beweist das Gegentheil. Es handelt sich um einen Kranken mit einem Lupus im Gesicht und einer Tuberculosis verrucosa cutis an den Händen und Armen, die bereits 48 Jahre (4.—52. Lebensjahr) bestanden. Gegenwärtig findet man von der ganzen Affection nichts als eine unbedeutende Verdickung der Gewebe. Dieses überraschende Resultat wurde innerhalb 5—6 Wochen mittelst Calomelinjectionen erzielt. Ferner hat Autor auch zusammen mit Besnier einen Fall von Lupus mittelst Calomelinjection erheblich gebessert. — Augagneur (Lyon) berichtete ebenfalls über 2 Fälle von sehr schwerer T. der Knochen und Haut bei jungen Leuten, welche nach Behandlung mit Jodkalium erheblich gebessert und dann durch Auskratzung vollständig geheilt wurden. — Galezowski hat wiederholt Augenkrankungen, die als tuberculös betrachtet werden mussten (Skleritis, Iritis u. s. w.), nach vergeblicher Behandlung mit anderen Mitteln auf Quecksilbereinreibungen vollständig zurückgehen gesehen. — Jaquet berichtet über einen Fall von acuter Osteomyelitis des linken Armes, bei dem die Amputation bereits in Betracht gezogen wurde, und wo, obgleich nicht der geringste Verdacht auf Lues vorhanden war, eine gemischte Behandlung mit Jod und Quecksilberpflaster am Arm versucht wurde; schon am 3. Tage zeigte sich deutliche Besserung und nach zwei bis drei Wochen war Heilung eingetreten. — Nach alledem ist, so betont Fournier, die Jod-Quecksilberbehandlung fortan als diagnostischer Prüfstein bei Lues nicht mehr zu verwerthen.

(Société de dermatologie et syphil., 20. Mai 1897. — Therap. Wochenschrift 1897 No. 22.)

**Tumoren.** Schuckardt stellte einen 38jährigen Kaufmann mit **symmetrischen diffusen Lipomen** vor. Pat. litt vor 4 Jahren 3 Wochen lang an Influenza. Als er genesen war und seine gewöhnlichen Kleider anzog, fiel ihm auf, dass sie zu eng waren, und zwar bemerkte er zuerst an beiden Armen und am Kinn die Fettanhäufung; dann wurden das Genick, die Gesässgegend, zuletzt (seit 1 Jahr) die Beine ergriffen. Vor 3 Jahren hatte Pat. wiederum Influenza, verbunden mit Kopfrosee, die zur Abscessbildung am Hinterkopfe führte. Diesmal war der Fettansatz von der Erkrankung nicht beeinflusst. Seit  $\frac{1}{2}$  Jahr ist kein Fortschritt der Fettentwicklung mehr bemerkt worden. Seit Mai 1896 hat sich ein Nabelbruch gebildet, der öfters austrat und zur Aufnahme des Pat. in das Krankenhaus führte, wo die Radicaloperation gemacht wurde. Ausserdem wurde Thyrojodin (3 Mal tägl. 0,3) verabreicht, wodurch eine Gewichtsabnahme von 20 Pfund innerhalb 10 Tagen erzielt wurde; die Lipome wurden, namentlich an den Armen, entschieden etwas kleiner und weicher, und die Spannung der Haut über denselben, wie Pat. selbst angab, geringer. Die Fettanhäufung bei dem Pat. ist durchaus symmetrisch und betrifft namentlich in monströser Weise die Oberarme (Pat. muss sich besonders angefertigter Kleidungsstücke bedienen), die Oberschenkel und das Gesäss, in geringerem Grade den Bauch, Hals, Brust und Rücken. Auch die weniger auffällig erkrankten Körpertheile, z. B. die Vorderarme, zeigen eine deutliche Hypertrophie des subcutanen Fettes. Von der Polysarcie unterscheidet sich die Krankheit dadurch, dass die Fettansammlung lediglich auf die Subcutis beschränkt ist, während das intramusculäre Bindegewebe, das Eingeweidefett (Darm, Nieren, Herz etc.) in keiner Weise vermehrt ist. Dass dies auch bei obigem Pat. wahrscheinlich der Fall ist, lässt sich daraus schliessen, dass er trotz der unförmlichen Fettbildung verhältnissmässig rüstig und beweglich ist und eigentlich nur durch die Lipome der Oberschenkel einigermassen genirt wird. Dagegen ist bei ihm seit der Krankheit eine gewisse allgemeine Schwäche und Zurückgehen seiner geistigen Leistungsfähigkeit eingetreten, die ihn auch veranlasst haben, sein Geschäft aufzugeben. Besondere nervöse Störungen bestehen nicht. Herzthätigkeit normal. Kein abusus spirituosorum. Gegenüber den als autonome Geschwulst-



bildungen sich darstellenden Lipomen zeigt sich die Fettanhäufung hier fast überall ohne bestimmte Grenze in das normale subcutane Fettgewebe übergehend. Jedoch kommen an manchen Stellen auch wirkliche circumscripte Lipome vor, z. B. an der Brust des Pat. zwei hühnereigrosse T. Autor ist geneigt, für die meisten Fälle von symmetrischer diffuser Lipombildung nervöse Einflüsse verantwortlich zu machen. Er hat mehrere ähnliche Fälle beobachtet, in denen es bei schwer hysterischen, sowie ganz fettarmen Personen zur raschen Entwicklung hochgradiger, oft schmerzhafter symmetrischer Lipome gekommen war. Bei einer 31jährigen unverheiratheten Dame, die durch hysterisches Brechen sehr stark in ihrer Ernährung herabgekommen war, entwickelten sich im Laufe von wenigen Monaten namentlich am Bauche und den Hüften unförmliche Anhäufungen von Fettgewebe, die ihre Figur sehr entstellten und sie in den Verdacht der Gravidität brachten. Es handelte sich bloss um diffuse Lipombildungen. Autor entfernte in zwei Sitzungen die mehrere Kilo schweren Fettmassen operativ, das Bauchfett von einem vom Nabel bis zur Symphyse reichenden Medianschnitt, das Lendenfett durch sehr lange Längsschnitte zu beiden Seiten der Hüfte. Mit dem kosmetischen Resultate war Pat. sehr zufrieden; ein Recidiv trat nicht ein. In anderen Fällen sah Autor Recidive, die aber nicht in der Narbe auftraten, sondern da, wo man bei der ersten Operation mit der Ausräumung des Fettes Halt gemacht hatte. Es empfiehlt sich deshalb, hierin immer möglichst weit zu gehen, zumal erfahrungsgemäss selbst eine sehr weite Unterminirung der Haut von einem einzigen grossen Schnitte aus sehr gut vertragen wird.

(Verein der Aertze zu Stettin, 5. Jan. 1897. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 10.)

- Einen Fall von Entfernung des Schultergürtels wegen eines Sarkoms publicirt cand. med. G. Francke (Leipzig, Prof. Kölliker's Privatklinik). Am 20./X. 1896 stellte sich ein 50jähriger Mann ein. Seiner Angabe nach hatte er Mai 1896. einen Unfall dadurch erlitten, dass er von einer Leiter stürzte und mit dem linken Schulterblatt auf einen Kasten aufschlug. Der Unfall verursachte fast keine Beschwerden, 2 Tage später konnte Pat. wieder

arbeiten. Seit Juli 1896 bemerkte er dann aber eine Anschwellung des linken Schulterblattes, die schnell zunahm, ihm jedoch keine Schmerzen und Beschwerden machte. Jetzt fand sich an Stelle des Schulterblattes ein etwa kindskopfgrosser Tumor von fester Beschaffenheit und glatter Oberfläche, der die Scapula vom Schultergelenk bis zum medialen Rande und unteren Schulterblattwinkel, sowie bis zur Spina scapulae an ihrer vorderen und hinteren Fläche umgriff und sich nur mit dem Schulterblatte bewegen liess. Der Arm war im Schultergelenk gut beweglich, konnte jedoch nur bis zur Horizontalen erhoben werden. Der Befund liess 2 Möglichkeiten zu: entweder handelte es sich um einen luetischen oder um einen malignen Knochentumor. Eine Jodkalicur hatte absolut keinen Erfolg! Eine Probepunction ergab nur eine ganz geringe Menge flüssigen Blutes. Es wurde nunmehr die Diagnose auf Sarkom der Scapula gestellt, und Pat. entschloss sich zur Operation. Die wichtigste Frage bei einer solchen hierbei ist immer die, ob der Arm sich erhalten lässt oder nicht. Bisher sind etwa 51 Fälle solcher Operationen bekannt, von denen nur drei längere Zeit (am längsten  $1\frac{1}{2}$  Jahre nach der Operation) ohne Recidiv blieben. Schon dies spricht dafür, bei einem ohnehin sehr leicht recidivirenden Tumor eine möglichst ausgedehnte Entfernung der Musculatur vorzunehmen, wie sie nur durch gleichzeitige Entfernung des Armes erreicht werden kann. Der Grund, dass nach Exstirpation der Scapula allein der Arm nur noch ein Appendix, nicht gebrauchsfähig und schon deshalb mit zu entfernen ist, wird durch einige der zuletzt vorgenommenen Operationen widerlegt, bei denen eine relativ gute Function des Armes erzielt wurde. Es kommt natürlich stets darauf an, wieweit der Tumor vorgeschritten ist, ob die Kapsel des Schultergelenks schon mit afficirt ist, die Gefässe umwachsen, die Achseldrüsen betheilt sind. Ist dies Alles nicht der Fall, soll man den Arm schonen, sonst aber muss der ganze Schultergürtel, d. h. Scapula, Arm, distales Ende der Clavicula entfernt werden. Auch im obigen Falle machten letzteres die Erkrankung der Achseldrüsen und die Verwachsung mit der Gefässscheide nöthig, und die Operation fand am 30./X. statt. Die grosse Wunde heilte glatt ab und war in 14 Tagen geschlossen, der Pat. erholte sich

von dem ausgedehnten Eingriffe sehr rasch und wurde am 22./XI. entlassen. Bis jetzt ist kein Recidiv zu bemerken. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Tumors ergab Riesenzellensarkom.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 20.)

- Ueber einen Fall schwerster Ischias, der bei einer 70jährigen Frau nach einer starken Erkältung zum Ausbruch kam, referirte Dr. Barabo. Nach wochenlangen neuralgischen Schmerzen auf der rechten Seite sprangen dieselben auf die linke über, um alternirend unter gänzlicher, resp. theilweiser Remission auf der anderen Seite sich wieder einzustellen. Die ganze übliche innere und äussere Therapie nebst Badecuren waren ohne jeglichen Erfolg erschöpft und selbst die Frage der Ischiadicusdehnung ventilirt. Die objective Untersuchung ergab späterhin ausser einer mässigen Druckempfindlichkeit im Bereiche des unteren Lenden- und 1. Sacralwirbels keine weiteren Anhaltspunkte. Die nach Monaten eintretenden, äusserst hochgradigen doppelseitigen Schmerzen, die weder durch Chloral, noch durch Morphin in grössten Dosen eine Besserung erfuhren, stützten den Verdacht auf eine bösartige Neubildung, welche Diagnose auch durch den allmählig eintretenden marastischen Verfall einen noch sicherern Hintergrund fand. Die Section ergab Carcinom der retroperitonealen Drüsen mit ausgedehnter Zerstörung des letzten Lendenwirbels.

(Nürnberger medicin. Gesellschaft u. Poliklinik, 4. März 1897. —  
Münchener medicin. Wochenschrift 1897 No. 19.)

- Zur Behandlung der Cancroide der Haut empfehlen S. Czerny und C. Trunczek (Prag) die äusserliche Application des Arsen in folgender Form:

Rp.

*Acid. arsenic. pulv.* 1,0

*Alcohol. aethyl.*

*Aq. dest.*  $\overline{aa}$  75,0.

M. D. S. Aeusserlich!

Die Neubildung wird zunächst sorgfältig gereinigt, wobei man die Blutung nicht zu fürchten braucht, im Gegentheil, unter Umständen soll man sogar die Neubildung in gewisser Ausdehnung zur Blutung bringen, da die Be-

rührung der Lösung mit frischem Blut für das Heilverfahren wesentlich ist, wozu übrigens wenige Tropfen Bluts genügen. Darauf wird die ganze Oberfläche des Cancroids mit der Lösung befeuchtet. Man lässt die aufgebrauchte Flüssigkeit darauf an der Luft verdunsten und kann zum Schlusse einen Verband anlegen, was allerdings nicht wünschenswerth ist. Der Pat. empfindet einige Stunden lang Schmerz, aber erträglichen. Tags darauf ist das Ulcus mit einem Schorf bedeckt, auf dem das Verfahren wiederholt wird. Das wird täglich fortgesetzt, wobei der ursprünglich gelbe Schorf allmählig schwarz wird und der trockene Schorf sich allmählig vom Centrum nach der Peripherie des Ulcus ausbreitet. Die Applicationen werden immer weniger schmerzhaft, und allmählig bildet sich eine Furche, die den Schorf von dem umgebenden Gewebe deutlich scheidet. Der Schorf aber lockert sich immer mehr über dem Gewebe und wird abgelöst, wenn er nur noch durch einige fibröse Stränge mit letzterem zusammenhängt. Nach Abhebung des Schorfes wiederholt man dann an dem frischen Geschwürsgrunde das Verfahren von Neuem. Hat sich am folgenden Tage nur ein feiner, gelber, leicht abzulösender Schorf gebildet, so ist das ein Zeichen, dass kein Krebsgewebe mehr vorhanden ist; man kann die Wunde dann abheilen lassen. Hat sich dagegen neuerdings ein dunkler, fester, adhärenter Schorf gebildet, so muss man das Verfahren wiederholen. Mit zunehmender Dicke des Schorfes ist übrigens die Concentration der obigen Lösung zu erhöhen, event. sogar bis zur doppelten. Zur Vermeidung von Narbenbildung kann man die Wunde, besonders an den Rändern, mit 10%iger Borvaselinesalbe behandeln. Alkoholiker müssen während der Dauer der Behandlung abstinent bleiben; bei ihnen erfordert die Behandlung stets eine längere Zeit, als bei anderen Pat., wo sie, je nach der Grösse des Tumors, zwischen 2—12 Wochen schwankt.

(Sem. méd. 1897 No. 21. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 No. 38.)



## Vermischtes.

---

- **Weitere Mittheilungen über Nikotianaseife**, die er vor ca. einem Jahr empfohlen hat, macht jetzt Dr. P. Taenzer (Bremen). Er hat die Seife, die früher öfters die Haut mehr oder weniger gereizt hat, überfetten und neben der 10 %igen eine 5 %ige herstellen lassen, welche letztere nie reizt und daher bei Kindern und Patienten mit empfindlicher Haut (z. B. Rothhaarigen) anzuwenden ist. Bewährt hat sich die Seife besonders bei **Pityriasis capitis** (abendliches Kopfwaschen, am nächsten Morgen Fett oder Oel), **Pruritus ani et scroti** mit consecutivem Ekzem (früh und Abends einseifen, nach 10 Minuten abspülen, dann Mehl einpudern und mit dünner Schicht Watte bedecken), wo in 14 Tagen bis 3 Wochen Heilung eintritt, während Fälle von **Erythrasma** hartnäckiger sind und erst in 5—6 Wochen sich heilen lassen. Auch die **Urticaria infantilis** (Lichen urticatus) ist ein dankbares Object für die Behandlung, ebenso **Scabies**. Endlich benützt Autor die Seife zur Desinfection der Hände, z. B. bei Behandlung ansteckender Krankheiten. Die Seife wird hergestellt von Apotheker Mentzel in Bremen.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1897 No. 24.)

- Die **Wirkungen körperlicher Ueberanstrengungen beim Radfahren** hat Dr. A. Albu (Berlin) studirt. Er stellte systematische Untersuchungen einer grossen Zahl von Wettrennfahrern auf der Fahrradbahn in Halensee an, also bei einer excessiv gesteigerten Form des Sports, bei der äusserste Kraftanstrengung gefordert wird.

Diese hat nun, wie die Untersuchungen vor und nach jeder Radtour von 5—30 Minuten und darüber ergaben, recht schädlichen Einfluss, und zwar namentlich auf das Herz und die Nieren der Fahrer. Vor Allem ist es eine exquisite kardiale Dyspnoe, deren Zeichen auch beim trainirtesten Fahrer noch immer sichtbar sind. Ausserdem zeigen die Befunde am Herzen, dass eine acute Dilatation des Herzens jedesmal entsteht als Folge excessiv gesteigerter Thätigkeit des Herzmuskels. Es wäre Optimismus, hier nur eine Entfaltung des Herzens innerhalb der Grenzen seiner physiologischen Dehnungsfähigkeit anzunehmen, da in den Fällen, wo eine hochgradige Erweiterung der Ventrikel sich nachweisen liess, auch niemals die Folgeerscheinungen für den gesammten Kreislauf fehlten. Nach excessiv forcirten Fahrten von selbst zuweilen nur 5 Minuten Dauer liess sich ein ungemein frequenter, kleiner und weicher, manchmal sogar fadenförmiger, oft unregelmässiger Puls constatiren, die Athemfrequenz betrug 48—64, Lippen und Gesicht waren cyanotisch, das Allgemeinbefinden kam einem Collaps sehr nahe; nur der energische Wille und die Macht der Gewohnheit vermochte die bis aufs Aeusserste Erschöpften noch aufrecht zu erhalten. Diese Dilatationen und ihre Folgen verschwinden ja nun freilich bald wieder und sind nach einigen Stunden meist nicht mehr nachweisbar, aber so und so oft wiederholt bewirken sie doch endlich dauernde Schädigungen; die Dilatation muss eine dauernde werden und Hypertrophie der Herzwandungen ihr schliesslich folgen. Bei zwei der Untersuchten fand sich denn auch bereits eine solche vor. Die scheinbare Gesundheit dieser Leute darf nicht täuschen; der pathologische Zustand des Herzens kann in jedem Moment einen krankhaften auslösen. In dem Krankheitsbilde der idiopathischen Herzhypertrophie kennen wir ein langjähriges latentes Stadium, währenddessen durch irgend einen an sich ganz geringfügigen Anlass, durch ein Trauma oder eine plötzliche Ueberanstrengung, die Compensationsstörung des Herzens unerwartet eintreten kann. Die Hypertrophie des Herzmuskels ist nicht dem hypertrophischen Extremitätenmuskel z. B. des Turners vergleichbar, sondern immer nur ein Hülfsmittel des Organismus, um den erschwerten Circulationsverhältnissen das Gleichgewicht zu halten, das Herz erlahmt aber schliesslich doch.

Das ist die Gefahr von Seiten des Herzens, die beim übermässig betriebenen Radfahrersport droht! Und nun die Nieren. Bei allen Untersuchten fand Autor nach jeder Tour Eiweiss im Harn, meist freilich nur spurenweise, manchmal aber auch bis zu  $\frac{1}{2}$  pro Mille. Nach mehreren Stunden ist das Eiweiss verschwunden, es handelt sich also um eine paroxysmale Albuminurie, die Albu als toxische auffasst, zumal bei etwa 50% mikroskopisch im Sediment sich hyaline und granulirte Cylinder vorfanden, was bei einfacher Stauungsalbuminurie oder gar einer physiologischen nicht vorkommt. Bei der Albuminurie nach andersartigen Muskelanstrengungen hat man bisher solche Befunde nicht erhoben; offenbar wirkt eben das forcirte Radfahren deletärer auf die Nieren ein und bewirkt eine chronische, schleichende Nephritis als Folge immer und immer wiederkehrender Reizungen durch sich bildende Toxine. Diese Schädigung der Nieren ist die zweite Gefahr des übermässigen Radfahrersports, vor dem also dringend gewarnt werden muss, während nach Dauer und Tempo vernunftmässiges Fahren für den gesunden Körper und auch für den kranken Organismus recht wohlthuende Folgen hat. Letzteres wurde auch in der Discussion lebhaft hervorgehoben. So sagte z. B. Mackenrodt: „Ich möchte hier nur einige Punkte herausgreifen, die vielleicht für den Gynäkologen und für denjenigen Hausarzt, welcher als Berather in der Familie durch die weiblichen Mitglieder herangezogen wird, von Bedeutung sein können. Bei der Chlorose, also doch bei der Krankheit, bei welcher der Circulationsapparat der jungen Mädchen ganz auffällige Veränderungen zeigt, habe ich constatirt, dass in Folge des Radfahrens ohne jede innere Therapie, lediglich bei einer zweckmässigen Ernährung, ganz auffällig schnell sich die Symptome verloren haben, dass Mädchen, die nicht in der Lage waren, eine Treppe zu steigen, ohne in grosse Athemnoth zu kommen, nachher schon nach 4 Wochen ganz anders über körperliche Leistungen verfügen konnten. Bei örtlichen Erkrankungen des Uterus haben Clienten von mir theils mit meinem Rath, theils gegen meine Genehmigung sich diesem Sport hingegeben, und ich bin dann in der Lage gewesen, zu constatiren, wie das Resultat dieser Versuche gewesen ist. Bei den chronisch entzündlichen

Zuständen des Uterus, der Adnexe, sofern keine Lageveränderung vorhanden ist, bei denen aber eine profuse Menstruation als Begleiterscheinung des Uebels Jahre lang manchmal constatirt war, habe ich zu meiner höchsten Verwunderung, während ich eine excessive Zunahme der Congestionen zu diesen Theilen erwarten musste, constatiren müssen, dass die abnormen Blutungen ganz normal und regelmässig geworden sind. Dazu kommen auch einige Fälle, wo kleine Myome in der Wand des Uterus mir die Veranlassung boten, das Radfahren zu untersagen. Die Patientinnen haben es dennoch gethan, und wieder zu meiner höchsten Verwunderung habe ich constatirt, dass auch in diesen Fällen die Menstruation eine regelmässige geworden ist. Es liegt nahe, sich zu überlegen, wie denn das möglich ist, und ich möchte, um zur Sache ganz kurz mich zu fassen, auf die Versuche von Thure Brandt hinweisen, die wir bei dieser Gelegenheit nicht übergehen können, der durch passive und active Bewegung der Beckenmusculatur ganz ähnliche Beobachtungen gemacht hat, wie wir sie Gelegenheit gehabt haben, bei unseren Kranken zu machen. Nun, das Wesen der Sache beruht darin, glaube ich, dass durch die starke Inanspruchnahme der Oberschenkel- und Beckenmusculatur beim Radfahren durch die nothwendige stärkere Blutzufuhr zu den arbeitenden Muskeln eine Entlastung der inneren Organe stattfindet. Ich kann mir wenigstens das nicht anders erklären, will aber dabei natürlich nur eine Ansicht ausgesprochen haben. Wenn es sich aber um eine Verlagerung der Genitalien handelt, besonders der Ovarien — dazu rechne ich auch den ganz einfachen Ovarialprolaps —, so ist den Patientinnen das Radfahren ganz ausserordentlich schlecht bekommen. Zu den gewöhnlichen Erscheinungen haben sich wiederholt Blutungen gesellt, sowie eine Zunahme der Schmerzen. Prolabirte Ovarien, die ich längere Zeit und bei wiederholten Untersuchungen mobil im Becken gefunden hatte, fand ich nachher fixirt, und es ist mir 2 Mal der Fall vorgekommen, dass ich nach Monate langen vergeblichen Versuchen, der Beschwerden und Schmerzen Herr zu werden, dann diese collabirten und fixirten Ovarien, die direct im Douglas lagen, durch Eröffnung des Douglas entfernen musste. Die Erscheinungen sind darauf verschwunden. Eine andere lästige Plage unserer kranken Frauen ist die Obsti-



tion. Ich weiss wiederum nicht, wie es zu erklären ist, dass schon nach wenigen Wochen, nachdem die Uebung doch, wie das bei Anfängern in der Regel der Fall zu sein pflegt, in ganz schwachen Grenzen begonnen war, dennoch die Obstipation sich gehoben und ganz regelmässige Verdauung sich eingestellt hat. Bei nervösen Kranken, zumal bei solchen, welche durch ihre Nervosität auch einen gewissen Grad von psychischer Schwäche schliesslich erworben hatten, was ja nicht selten ist —, bei solchen Frauen dürfte auch noch von einem anderen Gesichtspunkte aus diese Leibesübung von Vortheil sein, insofern, als sie durch die Nothwendigkeit, ihr Rad vorwärts zu bewegen, auf den Weg zu achten, wenn anders sie nicht stürzen wollen, mehr an Selbständigkeit und gewisse Energie gewöhnt werden. Ich will aber damit auch eben nur eine gelegentliche Beobachtung zum Ausdruck bringen.“

(Berliner medic. Gesellschaft. — Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 10.)

- Ein **geschmack- und geruchloses Ichthyolpräparat** liess Dr. A. Sack (Heidelberg) herstellen (Knoll & Co., Ludwigshafen a/Rhein), indem er, wie es Gottlieb mit dem Tannin machte (Tannalbin!), so Ichthyol mit Eiweiss verband und Stunden lang dann hoch erhitzte. Das Ichthalbin (Ichthyolalbuminat) ist ein äusserst feines, graubraunes, geruch- und geschmackloses Pulver, das etwa 40 % Ichthyolsulfosäure enthält (Ichthyol 53 %, sodass 3 gr desselben 4 gr des Ichthalbin entsprechen). Das neue Präparat wird nicht nur gern genommen, sondern es bewirkt auch nicht Aufstossen und Brechreiz, da es den Magen unverändert passirt und erst im Darm aufgelöst wird, sodass von hier aus kleine Mengen Ichthyol continuirlich zur Resorption gelangen und ihre günstigen Wirkungen auf den Organismus ausüben können. Diese beruhen vor Allem auf dem hohen Gehalt an Schwefel und führen u. A. zu einer Hebung des Allgemeinbefindens und Anregung des gesammten Stoffwechsels, wenn das Mittel intern verabreicht wird. Diese ernährungssteigernde, tonisirende Wirkung neben der bedeutenden bakterien- und fäulnisswidrigen macht das Ichthyol zu einem sehr wichtigen Arzneimittel, wozu noch die Unschädlichkeit und Ungiftigkeit hinzukommt. So werden z. B. infectiöse Darm-erkrankungen und abnorme Gährungs Zustände im

Intestinum hier ein dankbares Feld bilden. Ichthalbin wurde bisher vom Autor bei etwa 30 Fällen angewandt (nur intern, zum externen Gebrauch eignet es sich nicht); er gab es Erwachsenen zu etwa 1,25 gr (=  $\frac{1}{2}$  gestrichener Theelöffel) 2—3 Mal täglich vor der Mahlzeit (trocken auf die Zunge genommen und mit etwas Wasser hinuntergespült), Kindern in kleineren Dosen (bis 1 gr) mit etwas geschabter Chocolate, in welcher Form das Präparat sehr gern genommen wird und so bei einem grossen Contingent von Kinderleiden (Anaemie, Rhachitis, Scrophulose, Darmatonie, Darmkatarrh) seine ernährungssteigernde, stuhlregulirende und antiseptische Kraft entfalten kann. Diese Eigenschaften bewährte das Mittel auch bei Erwachsenen, wo ausser den schon erwähnten Leiden auch Rosacea sehr günstig beeinflusst wurde; bei sechs Fällen trat bei Gaben von 4 gr pro die rapide Besserung und Heilung ein. Auch chronische Ekzeme der Kinder bildeten sich sehr rasch zurück. Weitere Versuche werden wohl noch mehr Indicationen ergeben.

(Therap. Beilage zur „Deutschen medic. Wochenschrift“ 1897 No. 5.)

- **Mechanische Erschütterung bei gewissen Formen paroxysmaler Tachykardie** ist wohl eines Versuches werth nach der Mittheilung, die Dr. F. Bähr (Hannover) macht. Derselbe wurde zu einem 54jährigen Pat. gerufen, der an dieser Affection seit Langem litt und seit 27 Jahren eine wohlcompensirte Mitralinsufficienz hat. Die Anfälle traten bisweilen in grösseren Zwischenräumen, öfters bei plötzlichem Bücken oder auch bei Störungen der Verdauung, namentlich Aufblähung des Magens auf und dauerten oft Stunden lang, indem die Therapie nichts ausrichtete. Pat. fand einen kleinen, wenig unregelmässigen Puls von 130—140 neben starken Beklemmungserscheinungen. Zufällig kam er auf den Gedanken, mit flach aufgelegter Hand die Herzgegend zu erschüttern. Sofort ging der Puls auf 68 zurück, wurde voll und regelmässig und auch die aufregende Scene war plötzlich beendet.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 5.)



## Bücherschau.

---

**Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren.** Von Dr. L. Casper. Berlin 1896, Verlag von Oscar Coblentz. 71 S. Preis: M. 1,80.

Bekanntlich hat der Autor sich um das in Frage kommende Gebiet grosse Verdienste erworben und ein Instrument angegeben, mit dem der Katheterismus der Ureteren ziemlich leicht gelingt. Dass durch diese Untersuchungsmethode höchst wichtige diagnostische Ergebnisse erzielt werden können, ist von vornherein klar; aus dem vorliegenden Buche, in dem Casper die Resultate seiner diesbezüglichen seit 1 $\frac{1}{2}$  Jahren ausgeübten Thätigkeit publicirt, erfahren wir auch genauer, dass und wie solche erzielt worden sind, wir hören und sehen — denn sieben Abbildungen stehen uns darin zur Verfügung — alles, was dazu gehört, die Methode praktisch anzuwenden und zweckmässig auszubeuten. Das Buch sei daher zum Studium warm empfohlen.

**Compendium der Arzneimittellehre.** Von Dr. E. Nitzelnadel. Leipzig u. Wien 1897, Verlag von F. Deuticke.

Dass es keine litterarische „That“ ist, aus 10 grösseren Werken ein elftes zu fabriciren, das wird dem Autor dieses Buches selbst einleuchten, und er wird sich dessen bewusst gewesen sein, dass sein Werk, ein Extract aus den Lehrbüchern von Ewald, Binz, Böhm, Cloetta-Filehne, Guttmann, Kobert, Liebreich-Langgaard, Seifert, Tappeiner etc., Anspruch auf wissenschaftlichen Werth nicht erheben darf. Dieses Ziel schwebte dem Verfasser gewiss nicht vor. Was er beabsichtigte, war, dem Praktiker die Anschaffung und Lectüre von grösseren Lehrbüchern zu

ersparen und ihm ein aus den besten Producten der betreffenden Litteratur extrahirtes compendiöses Werkchen in die Hand zu geben, aus dem man sich leicht über Wissenswerthes und im Augenblick zu Gebrauchendes orientiren und über den neuesten Stand der Wissenschaft Aufschluss verschaffen könne. Und dieser Aufgabe hat sich der Autor mit Geschick entledigt, sodass sein Buch zwar des wissenschaftlichen Werthes entbehrt, dafür aber unzweifelhaft viel praktischen hat. Alphabetisch geordnet sind die Arzneimittel, deren Beschaffenheit, Zusammensetzung, Darstellung, physiologische Wirkung, therapeutische Anwendung uns kurz und klar angegeben werden, gleichzeitig werden allenthalben Receptformeln beigefügt, die sich durch Einfachheit auszeichnen. So wird das Werkchen gewiss unter den Praktikern Freunde finden und sich in der Praxis als recht brauchbar erweisen.

**Neuropathologie und Gynäkologie.** Von Privatdocent Dr. Windscheid. Berlin 1897, Verlag von S. Karger. 128 S. Preis: M. 3,—.

Diese kritische Zusammenstellung der physiologischen und pathologischen Beziehungen beider Gebiete ist für den praktischen Arzt, der die Speciallitteratur zur Orientirung nicht zur Verfügung hat, geschrieben und wird ihm in der That die besten Dienste leisten. Der Verfasser hat mit grossem Fleiss und anerkennenswerthem Geschick Alles zusammengestellt, was für den Praktiker von Wichtigkeit ist, und er hat es verstanden, trotz der Kürze ein anschauliches Bild bei klarem Stil und interessanter Darstellungsweise zu geben. Jedem Capitel sind ziemlich ausgiebige Litteraturangaben beigefügt, was gewiss dankbar acceptirt werden wird. Wir können das inhaltreiche Buch, das sich sehr angenehm liest und recht gut ausgestattet ist, den Collegen aus voller Ueberzeugung aufs Wärmste empfehlen.

**Fortschritte der Hydrotherapie.** Von Dr. A. Stras-ser und Dr. B. Buxbaum. Wien und Leipzig, Verlag von Urban & Schwarzenberg.

Das mit dem Bildnisse von Prof. Winternitz geschmückte Buch stellt eine Festschrift zum 40jährigen Doctorjubiläum dieses um die wissenschaftliche Hydrotherapie hochverdienten Mannes dar und bringt zahlreiche Arbeiten, die von Schülern desselben verfasst sind und zeigen, wie bedeutend die Fortschritte sind, die das von den Praktikern leider noch immer vernachlässigte Specialfach auf-

weist. Die Lectüre des Werkes ist eine hochinteressante, und wird der Praktiker mannigfache Anregung und Belehrung aus derselben schöpfen. Von den Aufsätzen nennen wir z. B.: „Ueber Hydrotherapie bei Typhus“ von Prof. v. Stoffella, „Ein Wort zur Hydrotherapie der Verdauungsstörungen“ von Dr. S. Baum, „Das Seebad vom hydriatischen Standpunkt“ von Dr. E. Lindemann, „Zur Aetiologie und Therapie gewisser Formen der Arteriosklerose“ von Dr. C. Kraus, „Beitrag zur hydriatischen Behandlung der constitutionellen Syphilis“ von Dr. C. Pick, „Das abgekühlte Bad“ von Prof. Vinay. 19 Holzschnitte sind zur bildlichen Vorführung wichtiger Dinge dem Text beigelegt. Das Werkchen dürfte sehr bald allgemein beliebt werden, was es gewiss auch verdient.

Die im Verlage von Urban & Schwarzenberg (Leipzig und Wien) erscheinenden Lieferungswerke „Balneo-Therapeutisches Lexicon“ von Prof. Kisch und „Anatomischer Atlas“ von Prof. C. Toldt sind von uns bereits mehrfach gewürdigt worden. Ersteres liegt nunmehr complet (Preis: M. 18) in 15 Lieferungen vor, von denen die letzten in einem „speciellen Theile“ die Skizzirung der einzelnen Curorte und Heilquellen in alphabetischer Reihenfolge enthalten, die selbstverständlich, frei von Reclame und geschäftlichen Interessen, eine wirklich wissenschaftliche Zusammenstellung alles Wissenswerthen bietet. Der „Atlas“ ist bis zur 5. Lieferung vorgeschritten (Preis: M. 10), welche in mustergültigen, zum Theil farbigen Bildern (No. 617—903) die Eingeweidelehre vorführt.

Von der „Encyklopädie der Therapie“, herausgegeben von Prof. O. Liebreich, im Verlage von August Hirschwald (Berlin), liegt die 1. Abtheilung des II. Bandes vor, welche die Artikel „Diaphoretica“ bis „Flaschenbouillon“ enthält. Das günstige Urtheil, welches wir von vornherein über das Werk fällen, kann voll und ganz aufrecht erhalten werden. Das Werk ist ein Nachschlage- und Orientierungsbuch 1. Ranges.

Im Verlage von Boas & Hesse (Berlin) erschien ein „Aerztliches Kranken- und Geschäfts-Journal“, welches recht zweckmässig angelegt ist und sich durch soliden Preis auszeichnet. Es ist nach Angabe von Dr. M. Mayer angefertigt, welcher auf die Bedürfnisse des Praktikers durchaus Rücksicht genommen hat.

—•••—

*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Grützer in Sprottau.*

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N. 12.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

September

VI. Jahrgang

1897

---

**D**ie früher erschienenen fünf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen!

---

**Akne.** Gegen Aknepusteln verschreiben v. Hebra und Ullmann:

Rp.

*Bismuth. subnitr.*

*Hydrarg. praec. alb.*

*Ichthyol. aa 2,0*

*Vaselin. 20,0.*

M. f. ung.

(Centralblatt für die gesammte Therapie 1897, V.)

**Anaemie, Chlorose.** Dr. Nöll (Bad Langen-Schwalbach) macht auf Ursachen des Herzasthmas aufmerksam, die häufig verkannt werden. Besonders anaemische und chlorotische Damen, die Bäder wie Langen-Schwalbach, Pyrmont, Elster etc. aufsuchen, sind es, die ausser von ihrer Anaemie auch von ihrem Herzasthma befreit werden

wollen, gegen das die bisherige Therapie sich als machtlos erwiesen hat. Namentlich beim raschen Gehen, Bergsteigen u. s. w. werden sie von diesem Asthma befallen. Bei genauerer Betrachtung dieser Pat. sieht man ausser der auffallenden Blässe solcher Pat. auch eine Behinderung der Nasenathmung. Eine solche findet oft gar nicht statt, man erblickt angesogene Nasenflügel, vollständig geschlossene Nasenlöcher! Die Lunge bekommt hier zu wenig Luft, die Herzthätigkeit erfährt Störungen, das Asthma stellt sich ein. Ausser diesem Ansaugen der Nasenflügel entdeckt man aber noch andere Ursachen: Verdickung der Nasenmuscheln, Polypen, Verkrümmungen und Verwachsungen der Nasenscheidewand, adenoide Wucherungen u. A. Solche Zustände findet man recht häufig bei hochgradig chlorotischen und anaemischen Damen. Dass zur Hebung der Anaemie und Chlorose eine freie, ausgiebige Athmung durch die Nase sehr wichtig ist, um der Lunge den nothwendigen Sauerstoff zur Oxydation des Blutes zuzuführen und dadurch wieder dem Herzen und dem ganzen Organismus ein gesundes Blut in Circulation zu geben, ist klar. Recht oft ist hier mit einer kleinen Nasenoperation, event. einfachem Einlegen eines Instrumentchens („Nasenöffner“ von Feldbausch) zu helfen, das Herzasthma verschwindet sofort.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 No. 52.)

— Mit den *Pilulae Sanguinali* Krewel hat Dr. W. Heerlein auf Veranlassung von Prof. Finkler Versuche im Friedrich-Wilhelm-Hospital (Bonn) angestellt, die recht befriedigende Resultate ergaben. Die Pillen zeichnen sich dadurch aus, dass sie Eisen und auch das viel energischer wirkende Mangan in derjenigen organischen Verbindung enthalten, wie sie der Lebensprocess selbst im thierischen Organismus aufbaut, als reines Haemoglobin; damit ist eine möglichst grosse Resorptionsfähigkeit und sehr leichte Verdaulichkeit erreicht. Ausserdem enthalten sie sämmtliche im Blut vorkommende Mineralsalze in natürlicher Form, also ein an der Bildung verschiedener Organsysteme im menschlichen Körper hervorragend betheiligtes Material, und endlich frisch peptonisirtes Muskelalbumin, welches neben seinem realen Werthe als Nährsubstanz noch durch energische

Anregung der Secretion der Magendrüsen und der Darmperistaltik appetitanregend wirkt. Alle diese Eigenschaften, zu denen noch die Form der Pillen (dragirt) kommt, sodass sie gern genommen werden und nie Widerwillen erregen (Pat., die Pillen nicht nehmen können, reiche man sie zerstoßen in etwas Cognac oder Rum), haben sich bei den Versuchen auch bewährt, und wurden besonders Chlorose und anaemische Zustände, sowie Kräfteverfall durch vorangegangene Krankheiten (Nephritis, Phthisis) äusserst günstig durch die Pillen (drei Mal täglich 2—3 Stück) beeinflusst. Blutuntersuchungen, die Autor bei einigen Fällen anstellte, zeigten, dass die gute Wirkung durch wirkliche Verbesserung der Blutverhältnisse bedingt wurde.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 18.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Warme Sodaumschläge bei Eiterungen empfiehlt Georgiewski. Letztere werden dadurch verhindert resp. beschränkt, und entfalten jene besonders bei circumscripiter, wie auch bei diffuser Phlegmone eine vorzügliche Wirkung, die aber nur eintritt, wenn die Sodalösung direct auf die entzündeten Gewebe applicirt wird. Man muss also bei Abscessen im Unterhautzellgewebe diese erst eröffnen, den Eiter durch vorsichtigen Druck entfernen und erst dann auf die klaffende Fläche und die entzündeten Nachbarparthieen die warme 2%ige Sodalösung einwirken lassen, wodurch auch der antiseptische Verband vollständig ersetzt wird. Autor hat so profuse Eiterungen noch am selben Tage zum Stillstand gebracht. Dass dies nicht Zufall war, zeigte sich bei Unterbrechung der Behandlung; die schon nachlassende Eiterung wurde sofort, wenn die Umschläge durch andere Maassnahmen (Jodoformgaze etc.) ersetzt wurden, profuser, um nach Wiederapplication der Sodaumschläge sogleich von Neuem zu verschwinden. Ob hier eine directe Einwirkung auf die Eitererreger stattfindet oder andere Dinge mitspielen, diese Frage ist noch eine offene. Jedenfalls wird rasch Heilung erzielt durch diese billige, jedem zugängliche, reinliche, geruchlose Methode, welche den Pat. dazu noch freimacht von der oft schmerzhaften Drainage, Tamponade u. s. w.

(Wratsch 1897 No. 6, — Allgem. medic. Central-Ztg. 1897 Nr. 49.)



— Das unter dem Namen **Sanoform** (Dijodidsalicylsäuremethylester) bekannte Jodoformersatzmittel hat Dr. Ph. Sternberg (Berlin) in 90 Fällen mit Erfolg angewandt und spricht sich über das vollständig reiz- und geruchlose Präparat, das nie unangenehme Nebenerscheinungen hervorbrachte, sehr lobend aus. Es fand Verwendung bei 37 frischen Wunden, die, nachdem sie nach der Reinigung dick mit Sanoform bestreut und durch Occlusivverband geschlossen waren, beim Verbandwechsel nach 2—4 Tagen meist verheilt gefunden wurden. 28 Mal handelte es sich um eiternde Geschwüre, Abscesse, Panaritien, die gleichfalls rasch heilten. 14 Fissuren und Rhagaden, mit 10 %iger Sanoform-Lanolinsalbe bestrichen, wurden in kürzester Zeit beseitigt. Fünf kleine Darmrisse heilten prompt unter dem Pulver. Sechs Mal wurde die Vagina mit Sanoformgaze austamponirt.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 7.)

— Hausmann's **Adhaesivum** und Hausmann's **sterilisirte Nähseide in Glascylindern** sind zwei von der Hausmann'schen Apotheke (St. Gallen) hergestellte Neuigkeiten, die sich rasch bei den Praktikern einbürgern dürften, da sie recht brauchbar und zweckmässig sind. Das **Adhaesivum** wird aus der Tube auf kleinere Wunden gespritzt und erstarrt dort sofort zu einem festen Ueberzuge, der, da er fleischfarben ist, nicht auffällt, dabei aber einen sehr dauerhaften aseptischen Verschluss darstellt und Heftpflaster, Klebtaffet etc. vollkommen entbehrlich macht. Die Nähseide ist fest, keimfrei und unbegrenzt haltbar, der Verschluss garantirt auch vollständiges Aseptischbleiben und ist überhaupt für rasche Benützung äusserst praktisch construirt.

Die Redaction.

— Ueber Versuche, die „aseptische“ Wundbehandlung zu einer wirklich keimfreien Methode zu vervollkommen, berichtet Prof. Mikulicz (Breslau). Derselbe ist, gleich anderen Chirurgen, mit der aseptischen Methode nicht zufrieden, da er nicht selten Eiterungen erlebt hat, welche sogar tödtlich endeten, obwohl er stets bestrebt war, aufs Penibelste auf alle Einzelheiten zu achten. Auf Grund eingehender Nachforschungen überzeugte er sich immer mehr, dass an solchen Miss-

erfolgen die so überaus schwierige Sterilmachung der operirenden Hände sehr viel Schuld trage, dass „der unerlässlichste und gefährlichste Factor im heutigen Wundbehandlungssystem die Hände des Operateurs und seiner Gehülfen sind“. Als auch die so gerühmte Alkoholsublimatdesinfection sich nicht als absolut sicher erwies, machte er den Versuch, in sterilisirten Handschuhen zu operiren, und dieser Versuch gelang aufs Beste, wie sich Autor seit 3 Monaten fortdauernd zu überzeugen Gelegenheit hatte. In der ganzen Zeit kam keine Infection vor bei vollkommen geschlossenen Wunden (Autor schränkt die Drainage sehr ein, weil er auch in ihr eine Gefahr für die Keimfreierhaltung der Wunde erblickt). Autor verwendet feine Zwirnhandschuhe der billigsten Sorte, sogenannte „feine Dienerhandschuhe“ (Preis pro Dutzend ca. M. 2,70), die wie Verbandstoffe in Dampf sterilisirt werden und sich wohl ein Dutzend Mal verwenden lassen, ehe sie untauglich werden. Da sie nicht undurchlässig sind, muss man natürlich die Hände vorher desinficiren (Alkoholsublimat). Bei kurzdauernden Operationen, welche ganz aseptisch verlaufen, kommt man mit 1 Paar Handschuhen aus; dauert die Operation länger, werden die Handschuhe stark durchtränkt, wird im Verlauf des Eingriffes ein inficirtes Gebiet blossgelegt, so wechselt man während der Operation die Handschuhe ein- und mehrmals. Auch die Assistenten sollen natürlich sämmtlich mit solchen versehen sein. Dieselben hindern nicht im Geringsten beim Operiren, Tasten, Nähen u. s. w., ja das Fassen und Fixiren der Gewebe geht oft leichter von statten, als mit nackter Hand. Gummihandschuhe hält Autor für unpraktisch; er acceptirt sie nur zum Schutz der eigenen Hand bei Operationen an Septischen. Aber noch eine andere Gefahr droht dem Operirten von Seiten des Operateurs und seiner Gehülfen: die Verschleppung von pathogenen Bakterien aus der Mund- und Nasenhöhle beim Sprechen, Husten, Niesen etc. Flüge hat festgestellt, dass schon beim ruhigen Sprechen Bakterien aus der Mundhöhle mit ganz feinen Flüssigkeitsbläschen weithin in den umgebenden Raum verschleppt werden können. Das Sprechen während des Operirens soll daher möglichst vermieden werden! Aber schliesslich kann

man es doch nicht gänzlich, auch ebensowenig das Niesen, Hüsteln etc., weshalb Autor jetzt stets während der Operation eine Mund und Nase bedeckende Mundbinde trägt, eine einfache, vorher sterilisirte Lage Mull, befestigt an der Operationsmütze; sie hindert beim Athmen sehr wenig. Zur Ausschaltung der Luftinfection endlich, welche gleichfalls ein sehr beachtenswerther Factor ist, soll die Anzahl der während der Operation anwesenden Personen möglichst eingeschränkt werden. — Verfährt man nach diesen Principien, so wird man mit dem aseptischen Verfahren zweifellos ganz zufrieden sein können. Doch rath Autor dem praktischen Arzt, dem es bei den kleinen und schwierigen Verhältnissen kaum möglich sein wird, allen den complicirten Anforderungen der Aseptik Genüge zu leisten, ganz davon ab. „Der praktische Arzt thut besser, zum antiseptischen Verfahren, selbstverständlich mit entsprechenden Modificationen, zurückzukehren. Er kann es um so ruhiger thun, als die Nachtheile der Antisepsis für die in kleinen Verhältnissen überhaupt ausführbaren Operationen kaum in Betracht kommen. Er gewinnt aber dafür den Vortheil, seinen Apparat wesentlich zu vereinfachen und vor unangenehmen Ueberraschungen im Wundverlauf bewahrt zu sein.“

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 26.)

- **Operationshandschuhe aus ganz feiner Seide** empfiehlt Dr. G. Perthes. Diese bis fast zum Ellenbogen reichenden Handschuhe (zu haben bei C. Grau, Leipzig, Petersstr. 9) haben sich in der Leipziger chirurg. Klinik sehr bewährt. Sie lassen sich mehrmals auswaschen und im Dampfsterilisator desinficiren, auch hindern sie selbst bei grösseren Operationen nicht.

(Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 26)

- **Eine zerlegbare Handbürste** hat Dr. F. Bock (Berlin) construirt, bei der die Reinigung und Desinfection der Bürste selbst, die ja gewöhnlich sehr bald nach dem Gebrauch ein beliebter Ansiedelungspunkt für Bakterien wird, mit Leichtigkeit bewerkstelligt werden kann. Die Holzplatte der Bürste ist in einzelne Stäbe (gewöhnlich vier) zertheilt, von denen jeder 1 Haar-

büschel aufweist; die Stäbe werden durch Schrauben an beiden Enden zusammengehalten, die rasch lösbar sind. Die Bürste verfertigt unter dem Namen „Reformbürste“ Instrumentenmacher Tasch, Berlin, Oranienburgerstr. 27 (M. 1 franco), wo auch ein vom Autor angegebenes kleines „Desinfectionsbesteck“ zu haben ist (M. 2,50—3), ein Segeltuchtäschchen, in dem sich Bürste, Seife in einer Büchse, Scheere, Nagelreiniger und Glasröhre für Sublimatpastillen anbringen lassen.

(Therap. Monatshefte 1897 No. 6.)

**Diphtherie.** Ueber prolongirte D. lässt sich Dr. F. Jessen (Hamburg, Vereinshospital) aus. Die Thatsache, dass Löffler'sche Bacillen noch Monate lang nach überstandener Erkrankung im Rachen der Pat., ja dass diese Organismen in virulenter Form bei ganz Gesunden vorhanden sind, ist bekannt. Viel seltener aber sind Fälle, in denen sich klinisch diphtheritische Processe sehr lange Zeit auf der Schleimhaut der oberen Luftwege halten, sodass man von „chronischer“ D. sprechen kann. Einen solchen Fall, bei dem nicht nur Löffler'sche Bacillen, sondern auch klinische Erscheinungen der D. sich über mehr als vier Monate nachweisen liessen, beobachtete auch Autor. Ein 19jähriges Dienstmädchen erkrankte am 29./XI. 96 mit allgemeinen Infectionsercheinungen. Es trat ein linksseitiges Gesichtserysipel auf, das in einigen Tagen abheilte. Am 3./XII. 96 trat eine Ulceration des rechten Gaumenbogens auf. Halsdrüsen geschwollen. Temp. 39,5°. Im Secret der ulcerirten Stelle virulente Diphtheriebacillen. An anderen Organen keine krankhaften Veränderungen, speciell keine Milzschwellung, keine Albuminurie. Der weitere Verlauf war nun der, dass sich immer ohne Fieber und Albuminurie Beläge von verschiedener Intensität auf der hinteren Rachenwand, dem Dach der Rachenhöhle und den Choanen, sowie in der rechten Nase zeigten, die zu einer ziemlich reichlichen Secretion führten. Die Patientin bekam in Folge dieses dauernden Reizes langsam Verdickungen und Infiltrationszustände der befallenen Schleimhautparthieen. Vier Wochen nach Beginn der Erkrankung deutliche Parese des rechten Gaumensegels. Auffällig war, dass mit und ohne Behandlung die Beläge der Schleim-

haut ihre Stelle wechselten, wobei im Laufe der Zeit die Intensität der Neubildung der Beläge eine immer geringere wurde. Während der ganzen Zeit constant in den abgestreiften Belägen virulente Löffler'sche Bacillen, die noch jetzt, nach 4monatigem Bestehen des Leidens, ihre Virulenz unverändert zeigten und von Behring'schem Serum specifisch beeinflusst wurden, indess der locale Process auf den Schleimhäuten der oberen Luftwege durch Injection von 1500 I.-E. hochwerthigen Höchster Serums nicht geändert wurde, wenn auch die Menge des secernirten Sputums etwas abnahm. Jede andere locale Behandlung mit den gebräuchlichen Mitteln, als Argent. nitric., Liq. ferri sesquichlorat., Natr. sozodolic., Hg. cyanat. etc. war ebenfalls ohne Erfolg. Eine 14 Tage fortgesetzte Hg-Inunctionscur, die unternommen wurde, weil an die Möglichkeit des Vorkommens von virulenten Löffler-Bacillen bei gleichzeitigen luetischen Processen gedacht war, war ebenfalls ohne Wirkung. Nur Milchsäure schien die Beläge rasch zu zerstören, doch bildeten sie sich auch nach ihrer Anwendung wieder. Am günstigsten wirkte die Naturheilmethode in Gestalt von Gurgeln mit Salzwasser etc. Am 30./III. 97, also nach 4monatiger Dauer der Erkrankung, bot Pat. folgenden Befund: Allgemeinbefinden sehr gut, reichliche Gewichtszunahme, kein Fieber, keine Albuminurie, keine Milzschwellung, Herz ohne nachweisbare Erkrankung, Puls normal, Zunge rein; ganz geringe Parese des rechten Gaumensegels; an beiden Tonsillen hauchige Epitheltrübung; rechte Hälfte der hinteren Pharynxwand stark infiltrirt und vorgebuchtet; diese Infiltration erstreckt sich bis zum Tubenwulst und über die rechte Choane; in der rechten Nase, an der unteren Muschel, eine tumorartige Vorwölbung; Consistenz dieser Infiltrationen nicht sehr hart; auf der Infiltration der hinteren rechten Pharynxhälfte noch 4 erbsen- bis bohngrosse weisse Beläge, die nicht leicht abstreifbar sind; die Beläge enthalten virulente Löffler'sche Bacillen in Reincultur; hinter dem rechten Kieferwinkel noch eine haselnussgrosse, sehr harte Drüse. Noch weitere 4 Wochen, im Ganzen also 5 Monate, hatte Pat. diphtheritische Beläge im Rachen, dann verschwanden sie endlich und gleich-

zeitig ging die Infiltration der Rachenschleimhaut deutlich zurück.

(Centralblatt f. innere Medicin 1897 No. 19.)

— Ueber die Pflege tracheotomirter Kinder giebt Dr. H. Krukenberg beherzigenswerthe Rathschläge. Besonders wichtig ist die regelmässige Nahrungsaufnahme. Falls die Kinder solche verweigern, muss das Pflegepersonal in geschickter Weise seinen Einfluss ausüben, auch event. eigensinniges Verlangen nach bestimmten Speisen befriedigen; „wenn ein solches Kind nur Wurstbemme essen will, so ist es immer besser, es isst nur solche, als gar nichts.“ Wenn eine starke Localaffection im Rachen vorhanden ist, so ist Appetitmangel nicht so besorgniserregend, da er auf Schluckschmerz beruhen kann; hierbei nehmen die Kinder übrigens oft noch ganz gern schleimige Substanzen, besonders Ei mit Zucker verschlagen. Es giebt aber schwerere Fälle, wo die Kinder benommen sind, unter dem Druck einer schweren Allgemeinfection stehen und alle Nahrung abweisen. Hier ist künstliche Ernährung per anum das Beste, wobei man aber, da sonst oft Alles wieder entleert wird, die Beckenhochlagerung zu Hülfe nehmen muss, die bei solchen Ernährungs-klystieren überhaupt, auch bei allen Collapszuständen, die besten Dienste leistet. Wenn die Kinder in exquisite Beckenhochlagerung gebracht werden, sodass der Rumpf um 45° gegen die Horizontale erhaben ist, und in dieser Lage langsam die ernährende Eingiessung gemacht wird, dann fliesst das Klystier ohne Weiteres nach den oberen Theilen und wird selbst bei schwachem Sphincter zurückgehalten, wenn Pat.  $\frac{1}{4}$  Stunde und länger in jener Lage belassen wird. Bei Schlinglähmung ist Sondenernährung am Platz, doch hat Autor gefunden, dass, wenn flüssige Nahrung gar nicht mehr genommen wird, doch gallertige Massen noch geschluckt werden; Autor füttert daher nur 2, höchstens 3 Mal am Tage, in der Zwischenzeit aber lässt er etwas säuerlich zubereitetes Weingelée geben, das die Kinder meist sehr gern nehmen. Endlich hält Autor es für wesentlich, dass in allen Fällen von erschwerter Nahrungsaufnahme die Luft durch ergiebigen Dampfspray vollständig feucht gehalten wird, um die Wasserabgabe des Körpers und damit die Eintrocknung der Gewebe möglichst zu beschränken. Durch

diese Pflege und andere, gleich zu besprechende Maassnahmen hat Autor in der letzten Zeit bei D. auffallend gute Erfolge erzielt, indem von 32 ihm wegen Erstickungsgefahr zur chirurgischen Behandlung überwiesenen Pat. nur zwei starben, die ihm schon in miserabelstem Zustande zugeführt worden waren; dabei handelte es sich um recht schwere Infectionen, und unter den Kindern befand sich z. B. ein 11 monatliches mit Rhachitis, ein 1<sup>1</sup>/<sub>4</sub> jähriges mit Rhachitis und congenitaler Lues u. s. w. Autor spritzte Alle, soweit sie noch nicht mit Serum behandelt waren, sofort ein. Er glaubt ja nicht, dass es möglich ist, durch das Serum, wenn es nicht schon sehr früh angewandt worden ist, die Tracheotomie überflüssig zu machen, ja er weiss, dass unter Umständen die Injectionen sogar die Suffocationsgefahr befördern können; es passirte ihm, dass nach der Einspritzung ganz plötzlich Erstickung sich geltend machte, und dass erst nach sofortiger Tracheotomie, nach der direct Ausgüsse der Trachea expectorirt wurden, die Gefahr schwand. Offenbar hatten sich hier unter Einwirkung des Serums die Membranen überschnell, profus gelöst und waren nach der Art eines Lippenventils aspirirt worden. In letzter Zeit spritzt Autor deshalb lieber kleine Dosen an mehreren Tagen hintereinander ein. Bis zu einem gewissen Grade lässt sich ja die Erstickungsgefahr durch einen Dampfspray beseitigen, allerdings nicht durch jene kleinen Sprayapparate, die eher schädlich wirken. Autor bedient sich des einfachen Wasserdampfes, den er durch ein Ventil der Niederdruckdampfheizung entnimmt und im Sommer durch einen starken Gasapparat herstellt. Wände, Decken, Fussboden etc. sind in dem Zimmer alle wasserdicht gearbeitet, und er lässt nun in schweren Fällen eine so intensive Dampfentwicklung vor sich gehen, dass das ganze Zimmer in dichten Nebel gehüllt ist, während die Kinder bis auf den Kopf in eine wollene Decke und wasserdichten Stoff eingeschlagen liegen. Es ist auffallend, wie oft nach Einleitung dieses Sprays die Athmung sich bessert. Bei jenen Fällen brauchte nur 23 Mal tracheotomirt zu werden! Autor macht stets die untere Tracheotomie, obwohl dieselbe etwas länger dauert und technisch schwieriger ist; aber man hat mehr Aussicht, im Gesunden zu arbeiten, und das Décanulement

ist leichter. Seit Einführung des Serums ist das Liegenlassen der Canüle viel weniger lange notwendig, als früher, was sehr erwünscht ist, da das lange Liegen derselben fast stets nachtheilig wirkt; etwa am 5. Tage macht sich meist stärkere Schleimentwicklung bemerkbar, manchmal werden auch Blutspuren durch die Canüle expectorirt, ein Ausdruck des Reizes der Canüle auf die Schleimhaut. Autor nimmt jetzt die Canüle schon am 5., bisweilen sogar schon am 4. Tage heraus. Je schneller man die Canüle entfernt und je jünger das Kind, desto schneller schliesst sich auch die Trachealwunde, und wenn man am 4. Tage jene entfernt, so kann bereits am 5. Tage nach der Operation die innere Trachealwunde geschlossen sein. Vor Einführung lässt Autor die innere Canüle stets in Oel eintauchen, wodurch die Einführung leichter und schonender, besonders aber das Eintrocknen des Schleims an der Innenwand verhütet und die Expectoration erleichtert wird, auch ätzt er immer unmittelbar nach Einführung der Canüle die Tracheotomiewunde leicht mit Liq. ferri sesquichlorat. und vermeidet so Wundinfectionen, sodass er meist ohne Gefahr eine Situationsnaht anlegen konnte, die dann, falls der Verlauf kein glatter war und neue Manipulationen an der Trachea notwendig wurden, wieder gelöst ward. Alle mechanischen Reize der Schleimhaut vermeidet Autor möglichst; er lässt weder gurgeln, noch pinseln, beschränkt auch die Inspection des Mundes aufs Aeusserste, speciell aber verbietet er streng, mit Federposen oder dergl. in die Trachea einzugehen. Die Trachealschleimhaut ist gegen mechanische Insulte sehr empfindlich, wie Autor selbst kennen lernte, und die Infection wird leicht dadurch weiter verbreitet. Wenn nach der Tracheotomie die Athmung sich wieder verschlechtert und auch nach Reinigung der inneren Canüle nicht frei wird, so wechselt Autor auch die äussere; bei Wiedereinführen derselben wird dann meist ein kräftiger Hustenreiz ausgelöst und dann das Athmungshinderniss expectorirt. Aber das hilft nicht in allen Fällen. Häufig bilden sich unterhalb der Canüle sehr zähe, trockene, braune Krusten, die furchtbar zähe haften. Da pinselt man oft auch mit einer Feder vergebens, Ausbürsten und Aspiriren mit einem elastischen Katheter führt nicht zum Ziel, das Kind wird matter und



elender, der Puls lässt nach, schreckliche Athemnoth und Unruhe treten immer intensiver zu Tage und unter zunehmender Herzschwäche tritt der Tod ein. Autor erlebte einen solchen Fall, und als alle Mittel versagten, das Kind schon gar nicht mehr athmete, da griff er, um nur noch etwas zu thun, zu einem metallenen Katheter, führte ihn in die Trachea ein, hielt Mund und Nase zu und blies mit Gewalt Luft in die Luftröhre ein. Und der Trachealkatheter wirkte Wunder! Als Autor ihn unter Ansaugen zurückzog, fanden sich ganz enorme Massen, wie er sie nie gesehen hatte, theils von zäher Consistenz, theils in Form croupöser Membranen an demselben, ganze Ausgüsse der Luftröhre und Bronchien erblickte man! Bald athmete das Kind wieder, nach wenigen Minuten trank es behaglich ein Glas Wein und war gerettet! Es war hier eben der diphtheritische Process bis in die Bronchien hinabgestiegen, in der Trachea hatte sich ein obturirender Pfropf gebildet, die Bronchien waren durch croupöse Membranen verengt oder ihre Wandungen miteinander verklebt; mit dem Katheter aber hatte Autor das Hinderniss in der Trachea überwunden und durch die gewaltsam eingeblasene Luft hatte er die Verklebungen in den Bronchien gesprengt. Dies Verfahren hat er seither vielfach in ähnlichen Fällen ausgeübt, in schweren 1—2 Tage lang etwa alle 6 Stunden, und stets that der Trachealkatheter seine Schuldigkeit, sodass bereits verlorene Kinder gerettet werden konnten. Das Lumen des elastischen Katheters ist viel zu eng, um solche enorme Massen, wie sie entleert werden, durchzulassen. Und wenn auch der Eingriff für den Arzt nicht ganz ungefährlich ist (Autor hat allerdings vielfach Massen in seinen Mund aspirirt, ohne je inficirt zu werden), so unterlasse er ihn doch nicht bei solcher Gefahr und greife nicht zum Ballon, da es dabei auf ein gewisses Tastgefühl beim Saugen ankommt, durch das man das Hinderniss gewissermaassen fühlt und richtig überwinden kann. Man aspirire also lieber selbst und wird so manches Leben retten.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 28.)

**Fremdkörper.** Magenbeschwerden in Folge eines Pessars machten sich bei einer 40jährigen Witwe geltend, die

zu Dr. M. Wiktor (Olmütz) kam, ausschliesslich über diese Magenbeschwerden klagend, die seit 4 Jahren andauern. Autor fand sonst nichts ausser einem runden, schwarzen, harten, 9 cm langen Gummi-Pessar in der Scheide, das dort seit 13 Jahren fortwährend sich befand. Die Vagina zeigte eine circumscriphte Entzündung ohne Gewebsverlust. An der Portio vaginalis Entzündung mit Verlust der Schleimhaut; Wunde mit schleimig-eitrigen Massen bedeckt, leicht blutend. Nach 4tägiger antiseptischer Behandlung verschwanden die Magenbeschwerden gänzlich, es trat aber wieder der Descensus uteri et vaginae ein, wegen dessen vor Jahren eben das Pessar angelegt worden war.

(Wiener medic. Blätter 1897 No. 17.)

- **Einen Fall von Schellacksteinen im menschlichen Magen** erlebte Dr. Vonnegut (Franciscus-Hospital in Münster i/W.). Der 55 Jahre alte Stuccateur wollte bis zu Anfang der 80er Jahre niemals krank gewesen sein. Seit dieser Zeit litt er hauptsächlich nach dem Genuss von Hülsenfrüchten und sauren Speisen an Magenbeschwerden, Uebelkeit und saurem Aufstossen; zuweilen wurde gelblich gefärbter Schleim erbrochen; der Appetit war stets gut dabei. Gegen Ende der 80er Jahre bemerkte Pat. eine Geschwulst im Leibe, die meist unter dem linken Rippenbogen fühlbar war, hin und wieder jedoch auch an anderen Stellen des Unterleibes sich bemerkbar machte; übte er einen stärkeren Druck gegen die Geschwulst aus, so konnte er dieselbe fortschieben. Er glaubte, die Geschwulst rühre von Blähungen her und beachtete sie nicht weiter. Vor ca. 1 $\frac{1}{2}$  Jahren aber begab er sich in ärztliche Behandlung. Er klagte über häufiges Erbrechen am Morgen, Schwindelanfälle, Gefühl, als ob sich ihm Alles im Leibe umdrehe u. s. w. und objectiv wurde ein etwa faustgrosser Tumor in der Regio epigastrica constatirt. Pat. wurde dann mehrfach in Spitätern behandelt, stets mit dem Erfolge, dass seine subjectiven Beschwerden sich soweit besserten, dass er nach einigen Wochen seine Arbeit wieder aufnehmen konnte. Anfang Juli 1896 kam er ins Franciscus-Hospital. Er klagte über allgemeine Schwäche, Druck im Magen und Erbrechen. Pat. war sehr abgemagert, hatte ein gealtertes Aussehen, schmutzig-

gelbe, runzlige Haut, bläulich gefärbte Lippen; kühle Extremitäten; zwischen Nabel und Brustbein, resp. Rippenbogen fühlte man einen harten, gänseeigrossen Tumor, welcher sich mit der Athmung nicht bewegte, dagegen in mässigen Grenzen verschiebbar war. Die Anfangs auf Carcinoma pylori gestellte Diagnose erwies sich bald als irrig, da bei Bett-ruhe Pat. sich alsbald auffällig erholte, die Magenbeschwerden nachliessen und bereits nach einigen Tagen die Kost gut vertragen wurde. Anfangs August fühlte sich Pat. wieder arbeitsfähig und ging, kam aber am 6. October mit denselben Beschwerden und dem gleichen Zustande, wie im Juli, wieder. Durch die jetzt in Narkose vorgenommene Untersuchung liess sich feststellen, dass der bei horizontaler Lagerung in der Regio epigastrica fühlbare, harte, längliche Tumor sich leicht bis unterhalb des Nabels und etwa handbreit nach links in die Regio hypochondrica verschieben liess. Auch jetzt liessen die Magenbeschwerden bald nach; da aber eine bestimmte Diagnose sich nicht stellen liess, willigte Pat. in eine Probe-laparotomie, die denn auch am 17./X. vorgenommen wurde. Der Tumor lag innerhalb des Magens, welcher daher eröffnet wurde. Nachdem ein faustgrosser, solider Tumor entwickelt war, zeigte es sich, dass noch ein viel grösserer der hinteren Magenwand anlag. Auch dieser wurde ans Licht befördert, dann die etwa 15 cm lange Wunde des Magens vernäht und alsdann die Bauchwunde geschlossen. Fieberfreier Verlauf; Heilung. Die Tumoren waren Steine im Gesamtgewicht von 670 gr. Der zuerst entwickelte war 14 cm lang, 17 cm breit, der zweite 14 cm lang, 26 cm breit. Sie bestanden hauptsächlich aus Harz (88 %), dann aus Wasser, stickstoffhaltiger Substanz, Stärke, Fasern etc. Nachfrage ergab jetzt, dass Pat. in den 80er Jahren, in einer Porzellanfabrik thätig, verschiedentlich Lackspiritus getrunken hatte. — In der Litteratur fand Autor nur einen analogen Fall (Friedländer: „Schellacksteine als Ursache von Ileus“. Berliner klinische Wochenschr. 1881 Nr. 13). Hier war ein Tischler an Ileus erkrankt und starb. Bei der Section fand sich eine Menge von bis zu gänseeigrossen Steinen im Magen, im Gesamtgewicht von 960 gr und hauptsäch-

lich aus Schellack bestehend. Pat. hatte öfters die Tischler-Politur, die hauptsächlich Spiritus-Schellacklösung ist, getrunken. „Der Spiritus wurde im Magen resorbirt, der Schellack in Folge der Verdünnung des Alkohols niedergeschlagen, und in Folge dessen entstanden diese grossen Concremente im Magen.“

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 26.)

**Gonorrhoe.** Unter dem Titel „Ueber Prostitution und venerische Erkrankungen in Stuttgart“ liefert Dr. Hammer einen Ueberblick über seine 2jährige Thätigkeit als Polizeiarzt und Vorstand der Prostituirtenabtheilung. Der Bericht giebt sehr interessante Details und lehrreiche Daten, die durchaus nicht nur localen Werth besitzen. Auch die praktische Bedeutung des Gonococcus wird einer genauen Besprechung unterzogen. Folgender Passus sei wörtlich wiedergegeben: „Um es gleich vorwegzunehmen: es ergiebt meine Zusammenstellung, dass sich der Gonococcus in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur bei ausgesprochen eitrigem Charakter des mikroskopischen Präparats vom Urethralsecret findet, bei rein epithelialelem aber fast nie. Nur selten finden sich Gonokokken in einer Mischung, bei der die Epithelzellen überwiegen. Wie sehr dies die Untersuchung erleichtert, ist von vornherein klar. Man wird sich eben bei den Fällen, in denen das Secretpräparat ausgesprochen epithelialen Charakter trägt, nicht aufzuhalten brauchen und seine Aufmerksamkeit auf die durch das entgegengesetzte Verhalten verdächtig gewordenen Präparate richten können. Man glaube ja nicht, dass man dies etwa schon makroskopisch am Secret bestimmen könne, denn man täuscht sich immer und immer wieder bei dieser Beurtheilung. Bei Inscibirten liefert die frische Urethralgonorrhoe so gut wie nie einen deutlichen Tropfen, ebensowenig ist von Röthung und Schwellung der Schleimhaut die Rede. Oft bekommt man einen dicken Tropfen aus der Urethra, der sich mikroskopisch als nur aus Epithelzellen zusammengesetzt erweist und andererseits offenbaren oft geringe Spuren von Secret unter dem Mikroskop das Vorhandensein von Tripper. Am meisten charakteristisch für epithelialen Charakter des Secrets ist noch eine feinkörnige breiige Beschaffenheit und milchweisse Farbe mit einem Stich ins Bläuliche.“

Ganz besonders wichtig ist das Verhältniss der Eiterzellen und Epithelzellen bei Feststellung der Heilung von G. Unter dem Einfluss der Behandlung werden die Gonokokken meist bald nicht mehr nachweisbar, noch lange ehe die G. geheilt ist. Das einzige zuverlässige Kriterium für die Heilung der Urethralgonorrhoe ist meiner Ueberzeugung nach das, dass mehrmals vollständiges Verschwinden der Eiterzellen aus dem mikroskopischen Präparate constatirt worden ist. Leider lassen sich beim Cervicalsecrete bis jetzt ähnliche Schlussfolgerungen nicht ziehen. Hier ist die Aetiologie vieler Katarrhe noch sehr dunkel. Aber für die Urethra möchte ich noch weiter gehen und auf Grund meiner Erfahrungen behaupten, dass eitriger Katarrh hier nahezu ausschliesslich durch den Gonococcus verursacht wird.“ Ueber die Therapie sagt Autor Folgendes: „Zur Behandlung der weiblichen Urethralgonorrhoe habe ich fast ausschliesslich Ichthyol benützt, und zwar wurde die Urethra mit einem in reines Ichthyol getauchten Wattestäbchen (von sogen. Holzdraht) 2 Mal täglich ausgewischt. Die Schmerzen dabei sind unerwartet gering und meist nur das 1. Mal vorhanden, Reizerscheinungen darnach sehr selten und der Erfolg meist ein recht prompter. Die Heilung der Bartholinitis wird durch den Umstand erschwert, dass der Ausführungsgang oft recht schwer zu sondiren ist. Gelingt dies, so habe ich die Sonde mit einer kleinen Höllesteinperle armirt und damit das äusserste Ende des Ganges zu erreichen gesucht. Dies hat mir bessere Resultate ergeben, als Injectionen in den Gang. Doch erweist sich die Bartholinitis oft als sehr hartnäckig und recidivirt sehr gern, wenn Heilung eingetreten zu sein scheint. Ein sehr günstiger Ausgang der Bartholinitis ist der in Abkapselung, sei es unter Schwinden der entzündlichen Erscheinungen zu einer reizlosen Cyste, die Jahre lang unverändert bestehen kann oder zu einem Abscess. Lässt man diesen letzteren spontan, höchstens beschleunigt durch Kataplasmen und heisse Bäder, zum Durchbruch kommen, so ist der Process darnach fast immer in ganz kurzer Zeit zum Abschluss gekommen. Manchmal ist die Abscesshöhle in 2—3 Tagen vollkommen verheilt, während, wenn man incidirt und tamponirt, eine Wundhöhle entsteht,

die sich ganz langsam mit dünnen Granulationen überzieht, welche nach Wochen noch nicht die ganze Höhlung ausgefüllt haben. Erst ganz allmählig zieht sich von der Umgebung Epithel in die Wunde hinein und es entsteht eine persistirende Tasche. Es wäre günstig, wenn man die Verklebung des Drüsenausführungsganges künstlich herbeiführen könnte, was mir indess nicht gelungen ist, z. B. auch nicht durch eingelegte Nähte. Uebrigens ist, trotzdem diese Nähte vereiterten, in den meisten Fällen ziemlich rasch darnach Versiegen der Secretion eingetreten. Die Vagina wurde 2 Mal täglich mit Kaliumpermanganat ausgespült. Bei Cervical- und Uteringonorrhoe nahm ich Auswischungen mit 5 und 10 %iger Chlorzinklösung vor. Von Injectionen in das Cavum uteri bin ich bald wieder abgekommen der schmerzhaften Koliken wegen, die dadurch hervorgerufen werden, und die gerade bei zwangsweise Behandelten, die immer versichern, dass sie gesund seien und gar keine Beschwerden hätten, recht misslich sind. Auch haben sich mir an solche Injectionen mit der Braun'schen Spritze mehrmals prompt Parametritiden angeschlossen.“

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis 1897, Bd. XXXVIII, Heft 2.)

- Bei Behandlung der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum sieht Prof. Dr. Helfreich (Würzburg) besonders auf strengste oculare Antisepsis. Die Gefahr für die Hornhaut liegt ja darin, dass das massenhaft mit den höchst virulenten Gonokokken beladene Secret leicht durch eine minimale Continuitätstrennung des Epithelbelages in das Hornhautgewebe eindringen und dieses rasch zerstören kann. Es handelt sich also zunächst darum, ebenso schonend wie möglichst vollständig mittelst Abwischens das in der Lidspalte sich ansammelnde Secret zu entfernen. Ausspülungen zur Reinigung des Bindehautsacks hält Autor nicht für zweckmässig; sie sind viel zu umständlich, und dabei schaffen sie das deletäre Secret meist nur momentan weg, während nach der Irrigation sofort neue Ansammlung stattfindet. Eine permanente Desinfection ist erforderlich, und diese erreicht Autor durch in regelmässigen Zeitabständen wiederholte Einstreichung von Sublimatvaselin (0,003 Sublimat: 10,0 Vaseline. am. alb.) in den Bindehautsack, welches Verfahren ihm

seit Jahren sehr befriedigende Resultate liefert. Die Lidspalte wird etwa jede Viertelstunde mit einem mit Sublimatlösung (1:5000) befeuchteten Wattebausch ausgewischt, worauf nach Abziehen des Unterlides mittelst Glasstäbchens ein Klümpchen der Salbe vorsichtig in den Bindehautsack eingebracht wird; event. kann durch eine leichte schiebende und ziehende Bewegung an beiden Lidern die gleichmässige Vertheilung befördert werden. Nach dem alsbaldigen Zerfliessen der Salbe steht nunmehr die ganze Hornhaut- und Bindehautfläche unter der dauernd desinficirenden Wirkung des Sublimats und ist hierdurch die Hornhaut in bester Weise geschützt. Auf dieses einfache Verfahren beschränkt sich Autor in den ersten 5—6 Tagen bei einfachen, mild verlaufenden Fällen. Tritt in dieser Zeit, während die Lider noch hart sind und auch die Schleimhaut noch prall und glatt sich ansieht, bereits eine stärkere Eiterbeimengung im Secret zu Tage, so träufelt er — neben stetem Auswischen und steter Einstreichung der Salbe — in diesen ersten Tagen täglich 1 Mal 1 Tropfen einer 1 %igen Höllensteinlösung ein. Sobald die Schleimhaut lockerer und weicher geworden und speciell auch von jener croupös-fibrinösen Auflagerung befreit ist, welche man in diesem 1. Stadium so häufig findet, und sobald die eigentliche Eiterung zu Tage tritt, geht Autor neben Fortführung jener Desinfectionsmaassnahmen zu 1—2 Mal täglicher Irrigation mit 2 %iger Argent.-nitric.-Lösung bei stärkster Evertirung der Lider und gedeckter Hornhaut über; nachher Kochsalzpülung, Wasserspülung und Application der Salbe. Bei starker Wucherung der Schleimhaut dafür täglich oder einen Tag um den anderen Aetzung mit dem Lapis mitig.-Stift. Kälte perhorrescirt Autor in jeder Form, da er Alles vermeiden will, was die Lebensenergie der Hornhaut herabsetzt.

(Der ärztl. Praktiker 1897 No. 13.)

**Heuschnupfen.** Ueber die Behandlung von H. schreibt Dr. Tausch (München): „Seit Kindheit litt meine Frau jedes Jahr während des ganzen Monats Juni am sogen. H. Alle Medicationen, alle Maassnahmen gegen dieses scheussliche Leiden waren machtlos und konnten die heftigen Niessparoxysmen, die asthmatischen Beschwerden und nervösen Folgezustände weder lindern, noch beseitigen.“

Da kam ich neulich auf die Idee, die Patientin, trotzdem alle häuslichen Inhalationen schon versagt hatten, versuchsweise in das hiesige Luisenbad behufs Benützung der dort eingerichteten Inhalationscabinen (Zerstäubung von Soole) zu schicken, Anfangs täglich 2 Mal je  $\frac{1}{2}$  Stunde. Schon die 1. Sitzung brachte eine frappante Besserung, nach 2 Tagen waren alle Beschwerden fast verschwunden, und jetzt genügt eine einmalige Sitzung täglich, um die Wiederkehr des Leidens zu verhüten.“

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 25.)

**Hysterie.** Einen interessanten Fall von männlicher H. publicirt Otto Silbermann (Breslau). Er wurde Abends zu einem 19jährigen gebildeten und intelligenten jungen Mann geholt, der ganz plötzlich unwohl geworden sei. Er fand den Pat. auf dem Sopha liegend, sich fortwährend wie im Fieber schüttelnd und über allgemeine Mattigkeit klagend; Pat. erzählte, er sei in der Nacht vorher sehr lange wach gewesen, Alkohol habe er aber nur wenig genossen, den nächsten Morgen und Nachmittag sei er dann ganz munter gewesen, was sich erst gegen Abend geändert habe. Nur mit Mühe war der kräftig gebaute, gesund aussehende Pat. soweit aufzurichten, dass eine Untersuchung vorgenommen werden konnte. Dieselbe fiel durchaus negativ aus. Autor verschrieb Chinin und wandte sich dann dem Kranken wieder zu. Die Situation hatte sich unterdessen aber geändert: Patient lag mit stierem Blicke da, reagierte nicht auf Anrufen, fing plötzlich zu lachen und unzusammenhängende Dinge zu erzählen an, und es dauerte nicht lange, so befand er sich in einem Stadium des Delirirens und Phantasirens; alle Ereignisse aus den letzten Tagen brachte er aufs Tapet, hielt förmliche Zwiegespräche etc. Bald auch begann er Arme und Beine zu bewegen, wälzte sich herum, hob die Beine bis zum Kopfe, leistete beim Festhalten Widerstand und war absolut nicht zur Besinnung zu bringen. Schmerzempfindung schien zu fehlen, die Pupillen reagierten prompt und waren gleich, Pulsfrequenz betrug 140. So verging etwa eine halbe Stunde, und Autor dachte daran, eine Morphinum-injection zu machen, als Pat. plötzlich zu sich kam und sich beklagte, er sei aus dem Schlafe geweckt worden. Er



war ermattet und noch duselig, allmählig wurde er aber ganz klar, hatte aber keine Erinnerung für das Geschehene, glaubte nur, gut geschlafen zu haben. In der Nacht ziemlich guter Schlaf. Am Morgen erfolgte ein neuer Anfall: Pat. lag apathisch im Bett, hörte nicht auf Anrufen, zeigte aber Schmerzempfindung und Cornealreflex. Autor legte ein nasskaltes Tuch auf Nacken und Stirn, da erwachte Pat. mit Klagen über Kopfschmerz und furchtbare Mattigkeit; Essen und Trinken wies er zurück und schlief bald wieder ein. Nachmittags stellte sich ein ähnlicher Anfall wieder ein, Abends aber war Pat. munter, ass etwas und war von da ab wieder normal. — Autor hatte sofort bei Beginn an H. gedacht, wofür schon das fortwährende Halluciniren, das Durchleben verschiedener Ereignisse, wie es aus des Pat. Reden, Lachen und Mienenspiel zum Vorschein kam, dazu die motorischen Reizerscheinungen mit den grotesken, compliciten Bewegungen (Clownismus) sprachen; gegen Epilepsie sprachen die prompte Reaction der Pupillen, das Fehlen von Cyanose und Irregularität der Athmung u. A. m. Pat. war nervös belastet und soll schon vorher wenig widerstandsfähig gewesen sein; wahrscheinlich gab jene mit Freunden in animirter Stimmung verbrachte Nacht Anstoss zum Ausbruch der H.

(Allgem. medicin. Central-Ztg. 1897 No. 43.)

- **Periodische Haemorrhagieen aus einer Brust** traten bei einer 41jährigen hochgradigen Hysterica ein, nachdem die Menstruation 5 Jahre sistirte, wobei die gewöhnlichen Beschwerden der Menopause fehlten, und nur vorübergehend Epistaxis und Hitzegefühl im Gesicht sich bemerkbar machten. Ohne dass Veränderungen an der rechten Mamma zu constatiren waren, blutete es fast periodisch — fast stets Abends oder zur bestimmten Nachtstunde — einige Minuten lang aus dieser Brustwarze. Die Beobachtung stammt von P. Moscato.

(Giorn. internaz. delle scienze med. 1896, Fasc. 11. —  
Centralblatt für innere Medicin 1897 No. 21.)

- **Ueber folgenden, höchst bemerkenswerthen Fall von hysterischem Fieber** berichtete Prof. Döderlein: Eine 40jährige Frau erlitt Ende November v. Js. einen heftigen Stoss mit einer gegen sie heftig aufgeschlagenen Thür,

die mit ihrer Thürklinke gegen die rechte Seite des Unterleibes anprallte. Pat. empfand sofort an der getroffenen Stelle einen heftigen Schmerz, der fortbestand und sie vom nächsten Tage an ans Bett fesselte. Autor sah Pat. 14 Tage später zum 1. Mal. Sie hatte seit dem Unfalle anhaltend Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, reagirte auf die leiseste Berührung über dem rechten Lig. Poupartii durch laute Schmerzensäusserungen und hatte allabendlich Fieber bis  $39,5-40^{\circ}$  mit morgendlichen Remissionen bis zu  $36,5^{\circ}$  herab. Die objective Untersuchung ergab keinerlei positiven Befund, weder äusserlich an der Haut, noch an den Unterleibsorganen. Trotz des negativen Befundes aber waren sich alle behandelnden Aerzte — ausser dem Hausarzt und Autor wurden noch ein auswärtiger Gynäkolog, ein Chirurg und ein Internist consultirt — darüber klar, dass es sich um eine an das Trauma sich anschliessende, tiefliegende Eiterung, vielleicht innerhalb der Bauchwand, vielleicht innerhalb der Bauchhöhle handele, und einstimmig rieth man zur Incision. Die Erlaubniss wurde dazu nicht gegeben. So stand die Sache Mitte December. Weiter blieb die Behandlung eine palliative. Bis Anfang Februar änderte sich der Zustand fast gar nicht. Täglich Abends hohe Temperatursteigerungen, äusserlich kenntlich durch rasch einsetzende Röthung des Gesichts, im Laufe der Nacht Fieberabfall; der täglich mit Spannung erwartete spontane Eiterdurchbruch nach irgendwelchen Nachbarorganen blieb aus, die Schmerzhaftigkeit blieb unvermindert, Pat. kam bedrohlich von Kräften. Ganz besonders verschlimmerte aber den Zustand eine mehr und mehr zunehmende Nervosität. Trotzdem die in besten Verhältnissen lebende Kranke ausgezeichnet gepflegt wurde, trotzdem ihr jede Aufregung fern blieb, wurde sie von Tag zu Tag erregter. Von Anfang Januar stellten sich, erst alle 3—4 Tage, dann täglich, schwere hysterische Krampfanfälle ein. Pat. hatte wohl auch früher schon gelegentlich einen hysterischen Anfall gehabt, aber nie kehrten dieselben in solcher Häufigkeit und Intensität wieder. Sie lag jetzt von Abends 7 Uhr bis Nachts 2 Uhr bewusstlos in Krämpfen, schlug um sich, seufzte und stöhnte unter deutlicher Präcordialangst. Da sie Morphinum und alle anderen Beruhigungsmittel sehr schlecht vertrug, sah es bös aus. 3 Mal war

ja im Laufe des Januar vorübergehende Besserung eingetreten, mehrere Tage waren fieber- und anfallsfrei verlaufen; danach war aber stets Beides wiedergekehrt, und in den ersten acht Tagen des Februar war der Zustand schlimmer, als je. Nun wurde ein operativer Eingriff auch von der Pat. erwünscht. Autor beobachtete vorher den Verlauf in der Klinik nochmals ganz genau und überzeugte sich besonders über die Temperaturverhältnisse. Am Abend vor der geplanten Operation ergab die Untersuchung der über die baldige Vornahme jener noch nicht unterrichteten Pat. das Fehlen jeder Resistenz, aber eine Temperatur von 42° C. Nach Eröffnung des Abdomens durch einen kleinen probatorischen Schnitt fand sich nichts von Belang vor, sämtliche Bauchorgane wurden abgetastet, nichts wurde entdeckt, ausser dass die Ovarien in leichte Spinnengewebemembranen eingebettet waren (Pat. hatte vor 16 Jahren ein fieberhaftes Wochenbett durchgemacht). Autor löste dieselben aus ihren Verwachsungen und entfernte sie beide. Vom Tage der Operation ab blieb die Pat. fieberfrei, hatte keine Schmerzen, keinen Anfall mehr und wurde drei Wochen später gesund entlassen. Giebt es nun ein hysterisches Fieber? Kann man sich etwa durch den Fortfall des Ovarialgewebes den Umschwung erklären? Diese Fragen stellt Autor zur Beantwortung frei. — Windscheid betont, dass die Frage des hysterischen Fiebers noch eine offene sei. Einwandfreie Fälle fand er in der Litteratur nur etwa 10 vor. Dass eine Temperaturerhöhung aus psychischen Gründen möglich ist, liegt auf der Hand; nach Schreck, Freude, körperlichen Ueberanstrengungen kann sie eintreten als Folge einer Alteration der Wärmeregulirung durch directe Reizung des Wärmecentrums. Auch im obigen Falle sei jedenfalls das Fieber bedingt durch den Schreck, den Shok bei jenem Unfall. Der beste Beweis für die hysterische Natur sei der Suggestionserfolg der Operation. Freilich sei die Castration hier als unberechtigter Eingriff anzusehen, der wohl bisher gut verlaufen sei, aber vielleicht von anderen hysterischen Erscheinungen später gefolgt sein wird, welche dann nicht mehr zu beseitigen sind, weil sie auf der Castration beruhen. — Säger meint auch, dass das Wärmecentrum sicherlich „hysterisch er-

kranken“ kann. Die Heilung sei dem grösseren chirurgischen Eingriffe an sich, nicht der Castration zuzuschreiben. So hat er kürzlich in einem Falle von fixen hysterischen Schmerzen, wo verschiedene Kliniker Stenosis intestinalis und Schlimmeres annahmen, durch eine Coeliotomia simplex Heilung erzielt; Hysterischen diesen Schrages imponiren eben nur grössere oder scheinbar grössere Eingriffe.

73: (Gesellschaft für Geburtshilfe in Leipzig, 12. April 1897.—  
Centralblatt f. Gynäkologie 1897 No. 24.)

**Influenza.** Gangraena pulmonum als Ausgang eines Falles von I. beobachtete Dr. P. Marcuse (Berlin). Ein 30-jähriger Kaufmann erkrankte am 4./II. 97 plötzlich unter Fieber, allgemeinen Gliederschmerzen, Kopfweh und Stechen in der rechten Seite, ohne vorher je nennenswerth krank gewesen zu sein. Er stammte aus gesunder Familie und lebte in guten Verhältnissen. Status praesens vom 5./II. 97: Mittelgutgenährter Mann, der keinen schwerkranken Eindruck macht und hauptsächlich über Schmerzen in der rechten Seite, namentlich in der Gegend des oberen Leberandes, klagte. Mässiges Fieber (38,5°); über den ganzen Thorax verstreut bronchitische Geräusche bei überall vesiculärem Athmungsgeräusch, sonst nichts Abnormes. Autor stellte die Diagnose I. Während die Schmerzen nach Anwendung von Schröpfköpfen bald nachliessen, stieg die Körpertemperatur vom 6.—9. Februar auf über 39°, der Husten wurde quälender, die Respiration nahm an Frequenz zu, die Rhonchi über dem Thorax wurden überall reichlicher, besonders über dem linken unteren Lungenlappen knisternd und kleinblasig, ebenda der Percussionschall dumpfer, und am 15./II., also 10 Tage nach Beginn der Erkrankung, waren die Zeichen einer Bronchopneumonie in jener Parthie durch lautes Bronchialathmen, gedämpften Schall und Verstärkung des Pectoralfremitus klar ausgeprägt. Auswurf schleimig-eitrig, nicht rubiginös, von fadem Geruch. Temp. 39°, Allgemeinbefinden recht unbefriedigend, Schwächegefühl gross. Vom 11.—15. Krankheitstage (16.—20./II.) Zunahme der Affection (Dämpfung intensiver und ausgedehnter, bis zur Mitte der Scapula), Verschlechterung des Aussehens des Pat. Am 20. und 21./II. hohes Fieber, kleiner, frequenter Puls, quälender Husten, grosse Hinfälligkeit. Am Vormittage

des 22./II. wurde Pat. plötzlich von einem fürchterlichen, langdauernden Hustenanfall heimgesucht, der beinahe zur Erstickung führte, und unter grossen Qualen wurde eine reichlich einen halben Tassenkopf fassende, zähe, grünlich-graue, fast gallertige, entsetzlich übelriechende Masse entleert; Pat. verfiel stark und erschien fahl, mit kaltem Schweiss bedeckt. Mikroskopischer Befund: Zahlreiche Eiterzellen, Streptokokken und Leptothrixfäden, sowie elastische Lungenfasern in grosser Menge, namentlich in den, dem Sputum beigemengten kleinen, übelriechenden Pfröpfen. Auch an den folgenden Tagen wurden unter geringem Husten fortwährend Ballen von zerfasertem, grauem, cadaverös riechendem Sputum entleert, deren Hauptbestandtheil ausser Mikroorganismen Lungengewebsbestandtheile waren. Pat. war in diesen Tagen kaum wiederzuerkennen; er sah mit den tiefliegenden, verschleierten Augen wie ein alter, verfallener Mann aus. Die Temperatur schwankte zwischen hohem Fieber und subnormalem Abfall. Er wurde ins Krankenhaus am Friedrichshain gebracht, wo die Diagnose von Fürbringer bestätigt wurde. Bisher dort günstiger Verlauf. Der behandelnde Arzt schrieb unterm 1./III.: „Die Temperatur ist jetzt 37,5—37,9°. Das laute Bronchialathmen und die Rasselgeräusche über den unteren Parthieen der linken Lunge sind sehr zurückgegangen, resp. ganz geschwunden. Bronchialathmen ist gar nicht mehr zu hören. Auch der fötide Geruch des Auswurfs hat bedeutend nachgelassen. Auch subjectiv befindet sich der Pat. wohl. Die Prognose dürfte bei dem acuten Beginn der Krankheit keine ungünstige sein.“ Welche Ursache lag aber hier der bei älteren Leuten, Potatoren, durch constitutionelle Krankheiten geschwächten Personen ja häufig eintretenden Complication der Bronchopneumonie bei dem Pat. zu Grunde, da alle diese Momente nicht in Betracht kamen? Autor forschte und fand bei dem Pat. ein kleines Zahngeschwür (Periostitis an einem der oberen Schneidezähne), aus dem sich auf leichten Druck aus einer kleinen Fistel ein dünner, stinkender Eiter entleerte. Von diesem Eiter mag wohl durch Aspiration beim Husten etwas in das durch die Influenzabacillen in Entzündung ver-

setzte Lungengewebe gerathen sein, wo die Fäulnissorganismen einen günstigen Nährboden fanden. Die im Auswurf reichlich vorhandenen, auch in den Gewebsetzen eingeschlossenen Leptothrixfäden sprachen ebenfalls für diesen Zusammenhang. Daraus ergibt sich aber die Mahnung, alle an I. Erkrankten, besonders aber solche, bei welchen sich der ernstere Charakter der Erkrankung durch Entwicklung bronchopneumonischer Herde offenbart, vor jeder Berührung mit infectiösem Material zu behüten, sie besonders aus dem Bereich tuberculöser Kranker oder solcher, die an irgendwelchen Streptokokkenkrankheiten leiden, zu entfernen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 26.)

- Die Demonstration eines Falles von **Keratitis parenchymatosa mit sichtbarer Lymphströmung** durch Prof. Pflüger betraf einen jungen Mann, der eine solche doppelseitige, für überstandene I. charakteristische Augenentzündung aufwies. In den tiefen und tiefsten Parenchym-schichten fanden sich grauliche, saturirte, rundliche Trübungen, überlagert in den höheren Schichten von weniger gesättigten Trübungen. Das ganze übrige Gewebe der Hornhaut war überdies durch eine lichtere diffuse Stelle durchsetzt. In dieser ganz diffusen Trübung wurden bei Beobachtung mit der v. Zehender'schen Doppelloupe in unregelmässigen Zeitintervallen ganz klare, im Pupillargebiet ganz schwarze Stellen sichtbar in Form von Spalten, Bändern, rundlichen oder unregelmässigen Oeffnungen, durch welche die tiefer gelegenen Theile klar erkannt werden konnten. Diese Spalten und Oeffnungen schlossen sich bald wieder, um andere auftauchen zu lassen. Autor hat diese Hornhautentzündung seit dem Auftreten der I. in über 50 Fällen beobachtet. Das eigenthümliche Circulationsphänomen ist wohl in die Hornhaut selbst zu verlegen und zeugt von der lebhaften Lymphcirculation in dieser Membran.

(Medicinisch-pharmac. Bezirksverein Bern, 16. Februar 1897. — Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1897 No. 13).

**Intoxicationen.** Einen Fall hochgradiger Urobilinurie nach Trionalgebrauch erlebte Rolleston. Die Patientin

hatte innerhalb einer Woche 3 Mal je 1,2 gr Trional des Abends genommen. Sie entleerte einen intensiv orangefarbenen Harn, sodass der Verdacht einer Haematoporphyrinurie bestand. Die genauere Untersuchung aber ergab Urobilingehalt, wodurch die Färbung bedingt war. Mit Rücksicht auf die chemische Verwandtschaft von Trional und Sulfonal einerseits, Urobilin und Haematoporphyrin andererseits, erscheint es wahrscheinlich, dass das Trional zu Urobilinurie in ähnlicher Weise zu führen vermag, wie Sulfonal zur Haematoporphyrinurie.

(Clinical Society of London, 12 März 1897. —  
Therap. Wochenschrift 1897 No. 16.)

- **Intoxication nach Antipyrin bei sehr geringer Dosis** beschreibt Webster. Bei einem 19jährigen Mädchen traten circa 10 Minuten nach Einnehmen von 0,3 gr des Mittels (+ 0,4 Kal. bromat.) schwere Dyspnoe, Frostschauer, Gesichtsschwellung (besonders an den Augenlidern), scharlachrothes, urticariaähnliches Exanthem, Cyanose der Lippen, Pulsveränderung (50, intermittierend) auf. Trotz Bettruhe und Einverleibung von Strychnin mit Digitalis, auch Alkohol besserte sich der Zustand erst nach 8 Stunden, und das Exanthem verschwand erst nach 30 Stunden.

(Brit. med. journ. 1897, Febr. 20. — Centralblatt f. innere Medicin 1897 No. 21.)

- **Bedeutende Intoleranz gegen Natr. salicyl.** beobachtete Wield bei einem 19jährigen, sonst gesunden Mädchen, das nur an Gelenkrheumatismus litt und deshalb 3 Mal täglich 0,6 Natr. salicyl. nehmen sollte. Schon nach 2 dieser geringen Dosen stellten sich aber heftige Kopfschmerzen, Schwindel, starkes Ohrensausen, sehr unruhiger Schlaf ein. Selbst bei Dosen von 0,3 gr machte sich das gleiche Krankheitsbild, allerdings nicht in so intensivem Grade, geltend.

(Brit. med. journ. 1897, Febr. 6. — Centralblatt f. innere Medicin 1897 No. 21.)

- **Drei interessante Fälle von Bleiintoxication** beobachtete Prof. Pel (Amsterdam, medicin. Klinik). 1. Bleiintoxication bei einem Schuster. Derselbe, 19 Jahre alt, klagte schon seit mehreren Monaten über Schmerzen in beiden Hoden, welche beim Gehen sich steigerten. Ob-

wohl ab und zu exacerbierend, verschwanden die Schmerzen nie ganz. Die Testikel waren sehr hyperästhetisch bei der Palpation. 3 Monate später bekam Patient Schulterschmerzen, und von dieser Zeit an wurden die Hodenschmerzen geringer. Seit 5 Tagen auch Unterleibsschmerzen. Neigung zur Obstruction. Seit den Schmerzen auch Mattigkeit, geringer Appetit. Manchmal Harnentleerung etwas schwierig. Bei der Untersuchung des abgemagerten, fahlgelben Pat. unzweideutige Zeichen der Bleivergiftung zu constatiren, vor Allem Bleisaum; Harn concentrirt, enthielt Urobilin in grösserer Menge nebst Haematoporphyrin. Unter Opium und später milden Abführmitteln und Jodkalium bald Besserung. Und die Aetiologie? Pat. arbeitete in einer Fabrik, wo nur Militärschuhe angefertigt wurden, und bei letzteren durften nur verzinnte Nägel benützt werden. Diese hat nun Pat. immer haufenweise in den Mund genommen, um sie dann einzeln bei der Arbeit herauszuholen. Die kleinen Quantitäten Blei aber, welche vom Mundspeichel von dem bleihaltigen Zinn gelöst wurden, hatten genügt, die I. hervorzurufen. Jene Hodenschmerzen sieht Autor als nervös, als sogenannte „irritable testes“ an, weil palpable Veränderungen fehlten, und da jede sonstige Ursache für Hodenneuralgie auszuschliessen war, konnte es nur ein toxisches Symptom sein, sodass man von einer bisher nicht bekannten Neuralgia testis plumbica sprechen kann. 2. Bleiintoxication bei einem Cigarrendreher. Derselbe klagte schon seit 15 Monaten über rheumatische Schmerzen in den Armen, Beinen, Rücken und Unterleib. Auch leidet er viel an Kopfschmerzen, ist sehr nervös, schlaflos, matt, verstopft, appetitlos, abgemagert. Ausser diesen Symptomen sicherten die fahlgraue Hautfarbe, der urobilin- und haematoporphyrinhaltige Harn und der Bleisaum die Diagnose. Pat. rollte seine Cigarren auf einem Brett, welches mit einer zinnernen Platte bekleidet war; das Zinn enthielt Blei. Er schnitt mit einem Messer die Cigarren ab und hielt jedesmal das Messer in den Mund, damit es, angefeuchtet, besser schnitte. Unter Opiumgebrauch, später Jodkali, auch hier rasche Heilung. 3. Bleiintoxication bei einem Diamantarbeiter. Derselbe war 15 Jahre ununterbrochen als solcher thätig, ohne jemals krank zu



werden. Weil die Augen schlechter wurden, suchte er dann eine andere Beschäftigung (Depöthaler in einer Brotfabrik). Nachdem er 5 Monate in dieser fungirt, bekam er plötzlich die Zeichen acuter Bleivergiftung (Erbrechen, Kolik, kahnförmiges Abdomen, Obstruction, erhöhte Gefässspannung, typischen Harn, Bleisaum, ja sogar schwarzblaue Flecke in der Mundschleimhaut). Diese Affection musste aber noch von seiner früheren Thätigkeit herrühren; ein Theil der Diamantarbeiter, die „Versteller“, haben nämlich die Aufgabe, die kleinen Diamanten behufs späterer Bearbeitung in Bleimasse zu fixiren, welche im warmen Zustande mit den Fingern geknetet wird, welche letztere mit dem Speichel angefeuchtet zu werden pflegen. Also 15 Jahre arbeitete Patient ohne Schädigung und auch dann blieb das Gift offenbar noch latent irgendwo im Körper aufgespeichert, bis es später in die Circulation gelangte und da zu typischen Symptomen führte.

(Centralblatt f. innere Medicin 1897 No. 23.)

**Magendarmkatarrhe.** Nephritis acuta als Complication der Gastroenteritis chronica beobachtete Prof. Dr. W. Ebstein (Göttingen). Bei einer 27jährigen Frau nämlich, die an letzterer Affection litt, entwickelten sich die Symptome einer tödtlich verlaufenden Nephritis acutissima, für welche weder die klinische Beobachtung, noch die anatomische Untersuchung ein anderes ätiologisches Moment auffinden liessen. Pat., weder durch familiäre Anlage zu Krankheiten disponirt, noch durch vorangegangene Erkrankungen in ihrer Gesundheit geschädigt, war seit  $\frac{3}{4}$  Jahren krank, indem sie seit dieser Zeit an Durchfällen litt, welche sich ohne nachweisbare Ursache entwickelt hatten. Ungefähr drei Monate später waren Schmerzen in der Magengegend aufgetreten, wozu sich erst im Januar d. J. Appetitlosigkeit hinzugesellte. Die letztere soll durch eine Bandwurmcure verschuldet worden sein. Ob die beabsichtigte Abtreibung eines Bandwurms damals vollkommen gelang, liess sich nicht ermitteln; bei der Section wurde im Dünndarm noch ein Bandwurm (*Taenia solium*) gefunden. Pat. hatte aber keine Symptome von Oligämie, sondern der Blutbefund war ein durchaus normaler. Es hatte auch die chronische Dyspepsie

denselben ebensowenig geschädigt, wie sie die Ernährungsverhältnisse der Pat. verschlechtert hatte. Die Section ergab als Ursache der chronischen Verdauungsstörungen Gastroenteritis chronica. Wodurch diese vermittelt war, liess sich nicht eruiren, aber sie zeigte den Charakter einer folliculären Enteritis und war mit Geschwürsbildung verbunden. Die entzündliche Darmreizung hatte sich auf die benachbarten Mesenterialdrüsen fortgesetzt. Dagegen fand sich weder eine allgemeinere Betheiligung der Lymphdrüsen, noch waren die lymphatischen Elemente der Milz in Mitleidenschaft gezogen; letztere zeigte ein durchaus normales Verhalten. Bei der Aufnahme der Pat. in die Klinik liess sich ein direct ihr Leben bedrohendes Moment nicht auffinden. Auch als am 3. Tage in der Klinik eine geringe Eiweissmenge im Harn gefunden wurde und auch einige hyaline Cylinder vorhanden waren, erschien das nicht besorgniserregend; hat doch Autor bei Darmaffectionen, insbesondere bei den in Folge von chronischer Obstipation entstehenden Enteritisformen, welche nicht einmal mit Durchfällen zu verlaufen brauchen, ohne dass üble Folgen danach auftraten, oft genug theils geringe Albuminurie allein, theils Cylindrurie (vereinzelte hyaline Cylinder) allein, theils beide gleichzeitig beobachtet und sich, nachdem er mit dem Rückgängigwerden der Darmsymptome immer auch das Aufhören der Harnveränderungen gesehen hatte, gewöhnt, diesen eine schlimmere prognostische Bedeutung zunächst nicht zuzumessen. Und hier schien die Prognose um so weniger schlimm, weil Pat. in der Klinik in den ersten 10 Tagen um zwei Pfund zunahm, ohne dass Wassersucht etc. sich entwickelte. Es war daher sehr befremdlich, als 4 Tage später (am 14. Tag der Beobachtung), nachdem die Pat. bereits einige Tage vorher über Verschlechterung ihres Appetits, sowie über zunehmende Körperschwäche geklagt hatte, das Harnbild sich derart änderte, dass die renale Albuminurie eine so reichliche wurde, wie dies nur bei schweren Nierenentzündungen beobachtet wird; ausserdem sprachen die sehr zahlreichen, mit Fettkörnchen bedeckten Harncylinder dafür, dass in dem Nierenparenchym wesentliche Veränderungen sich inzwischen vollzogen hatten. Und ohne dass die Harnmenge wesentlich sich verringerte, stellten sich gleichzeitig

mit grösster Heftigkeit bedrohliche Symptome ein, die sich wohl auf Störungen der Nierenfunction zurückführen liessen. Eklamptische Zustände fehlten freilich durchaus, das Krankheitsbild erinnerte vielmehr an eine acute Vergiftung, ohne dass sich dafür klinisch (und später bei der Section) ein Anhaltspunkt ergab. Die asthmatischen Beschwerden, die sich zunächst bemerkbar machten, mussten wohl urämischer Natur sein, zumal der anatomische Befund an Herz und Lungen sich als ganz normaler erwies. Dann trat Bewusstlosigkeit ein, und damit hörte die Dyspnoe auf. Auffallend war, dass noch Stunden lang die ruhige, tiefe, gleichmässige Athmung fort dauerte, nachdem nicht nur kein Radialpuls mehr gefühlt, sondern auch keine Herztöne mehr gehört werden konnten. Im tiefsten Coma starb die Kranke etwa 30 Stunden nach dem Erlöschen des Bewusstseins, nachdem seit dem Auftreten der ersten Harnveränderungen im Ganzen 13 Tage vergangen waren. Man könnte einwenden, dass nicht die Gastroenteritis, sondern eine andere Noxe die Nephritis bewirkt habe. Es konnte da nur eine Infectionskrankheit in Betracht kommen, und da wieder nur die so mannigfach sich äussernde Influenza. Für diese aber fehlte jede Infectionsmöglichkeit, und sprach kein einziges Symptom, auch hätten sich wohl wenigstens Fieber und Milzschwellung eingestellt. Es konnte sich hier nur um eine vom Magendarmcanal ausgehende Intoxication, d. h. Autointoxication handeln. Dass in Folge schwerer Infectionskrankheiten vom Darm aus die Nieren schwer geschädigt werden, lehrt die asiatische Cholera; dass aber auch bei einfachem, acutem Darmkatarrh manchmal seitens der Nieren Symptome sich kundgeben, wurde oben erwähnt. Beim chronischen Darmkatarrh scheint freilich, wenigstens beim Erwachsenen, darüber wenig bekannt zu sein, bei Kindern jedoch ist diese Thatsache festgestellt. Bemerkenswerth war noch, dass Pat., ohne dass Icterus bestand, sehr helle, aber nur wenig Fett enthaltende Stühle hatte, die sehr chromogenreich waren. Die Gallenblase enthielt dunkelgrüne Galle, und auch der Inhalt des Duodenums war gallig gefärbt; der Ductus choledochus war gut durchgängig. Die Entfärbung des Darminhalts war im Dickdarm am stärksten; die Stühle waren nicht stinkend. Wodurch die Reduction

des Gallenfarbstoffs zu diesem farblosen Körper bedingt war, liess sich nicht sicher sagen. Ebensogut wie die Umwandlung des Gallenfarbstoffs im Darm zu Urobilin auf Bakterienwirkung zurückgeführt wird, könnte man wohl auch die Entfärbung des Urobilins von der gleichen Ursache ableiten. Ob hier auch pathogene Bakterien im Spiele waren, die zugleich jene Nephritis bedingten, das ist eine Frage, die zu beantworten auf Grund des vorliegenden Materials Autor nicht im Stande ist.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1897 No. 24.)

- **Kreosot in kleineren Dosen bei acuten gastrischen Störungen**, auch solchen von Durchfällen begleiteten empfiehlt warm Dr. Th. Zangger (Zürich). Er gab 3—4 Mal täglich 1 Theelöffel (Kindern) oder 1 Esslöffel (Erwachsenen), am besten in etwas schwarzem Kaffee oder Pfefferminzthee, vor dem Essen von folgender Lösung:

**Rp.**

*Kreosot. gtt. III*  
*Spir. vin. 1,0*  
*Aq. dest. 100,0.*

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1897 No. 12.)

- Ueber das Walther'sche **Elixir Condurango peptonatum** Immermann äussert sich Dr. Schatonowsky (Cherson) folgendermaassen: „Ich war mit dem Präparat ausserordentlich zufrieden, und erwähne hier nur zwei Fälle, welche ich — da meine Frau und eine nahestehende Hausgenossin die Objecte waren — genau controlliren und beobachten konnte. In einem Falle bestanden schon seit Jahren chronischer Magenkatarrh und schwere Verdauungsstörungen, die mit verschiedensten Medicamenten, Mineralwässern, Elektrizität etc. ohne Erfolg behandelt wurden. Die beklagten Beschwerden — Magendruck, Krampf und dumpfe Schmerzen nach Essen, Aufstossen etc. etc. — verminderten sich schon nach der zweiten Gabe (2 Löffel). Nach schon zweitägigem Gebrauch hatte sich der Appetit continuirlich gehoben und Ernährungszustand und Befinden verbesserten sich bei der bereits lang anämischen Kranken ganz ausserordentlich. Dass hiermit auch der Zustand seelischer Depression wich, ist eigentlich selbstverständlich.

Das auf geringe Unvorsichtigkeit im Essen gewisser Speisen — hier Fisch — dann und wann auftretende Aufstossen, weicht regelmässig sofort nach einer Gabe. Ich lasse es deshalb nach bestimmten Intervallen bis jetzt noch weiternehmen. Der andere Fall betrifft eine 44jährige Frau, welche seit 6 Monaten über fluctuirende Magenschmerzen, Magendruck, Appetitlosigkeit und zeitweise cholierineartige heftige Durchfälle klagte. Diese Beschwerden besserten sich ebenfalls zusehends im Laufe der nächsten vier Tage nach dem Gebrauche, verschwanden nach systematischer dreiwöchentlicher Anwendung des Mittels gänzlich und ist auch bis jetzt — nach  $\frac{3}{4}$  Jahren — kein Recidiv aufgetreten. Auch in 11 anderen Fällen hochgradiger chronischer Art von Magenkrankheit habe ich vorzüglich Resultate erzielt, konnte dagegen in drei Fällen von Neubildungen nur — allerdings sehr befriedigende — Erleichterung der quälenden Symptome und zwar auf Darreichung von 2—3 Esslöffeln — auf einmal — constatiren. Es ist demnach dieses Präparat, wie ich conform den Erfahrungen unserer deutschen Collegen aussprechen kann, ein für die Praxis hoch schätzbares Mittel. Dabei muss ich zu den oben erwähnten Fällen noch bemerken, dass ich bei denselben, ausser den genannten, ohne jeden Erfolg gebrauchten Medicamenten, sowohl den gewöhnlichen Condurangowein, als auch die bekannte Abkochung absolut wirkungslos fand.“

(Aerztl. Rundschau 1897 No. 7.)

**Syphilis.** Prof. Lukasiewicz (Innsbruck, Dermatolog. Klinik) empfiehlt aufs Wärmste die intramusculären 5 0/0igen Sublimatinjectionen, die viel gleichmässiger wirken und dabei viel ungefährlicher sind, als die unlöslichen Hydrargyrumpräparate, welche, abgesehen davon, dass sie sehr verschieden resorbirt werden, oft genug eine cumulative Wirkung äussern und bisweilen schwere Zufälle herbeiführen, ja tödtlichen Ausgang bedingen. Autor benützt zur Injection schon seit vielen Jahren:

**Rp.**

*Hydrarg. bichlorat. corr.*  
*Natr. chlorat. aa 5,0*  
*Aq. dest. 100,0.*

Von dieser Lösung wird eine genau 1 ccm enthaltende Pravaz'sche Spritze im Allgemeinen all-

wöchentlich, im Bedarfsfalle auch alle fünf Tage intramusculär eingespritzt. Die 1. Einspritzung wird in der obersten Parthie der linken Glutäalgegend verabfolgt, die zweite an einer entsprechenden Stelle der rechten Seite und die weiteren Injectionen in derselben Reihenfolge nach unten, an etwas von einander entfernteren Stellen. Während der Injection muss das ganze Körpergewicht des Kranken auf jener Extremität ruhen, in deren Glutäalgegend die Einspritzung nicht erfolgt. Die 4 cm lange, ziemlich starke Canüle wird senkrecht und rasch eingestochen, die Spritze dann gleichmässig, nicht zu schnell entleert und die Nadel darauf rasch zurückgezogen; geschieht letzteres nicht, so kann die Injectionsflüssigkeit in das subcutane Gewebe gelangen und zu einer schmerzhaften Schwellung Veranlassung geben. Die Application ist wenig schmerzhaft und bei den 461 mit 2535 Injectionen behandelten Pat. machte sich auch sonst nie ein irgendwie erheblicherer Schaden geltend; manche konnten schon wenige Tage darauf Radfahren. Nur ausnahmsweise traten intensivere Schmerzen ein. Sehr junge und alte schwächliche oder mit organischen Krankheiten behaftete Individuen wurden von dieser Therapie ausgeschlossen. Nur einige wenige mit Lungenspitzenkatarrhen oder mit Perimetritis bekamen versuchsweise die Injectionen, die reactionslos vertrugen wurden. Ein 76jähriger, decrepider Pat. mit recenter Lues hatte ohne des Autors Wissen eine Einspritzung erhalten und erkrankte unmittelbar darauf an profusen blutigen Diarrhoeen, die aber nach 4 Tagen verschwanden. Auch viele Pat. mit sehr schlechten Gebissen, ja sogar mit Mundschleimhautkatarrh vertrugen die Behandlung gut, desgleichen Pat. in den letzten Schwangerschaftsmonaten, und 2 Mal hatte Autor Gelegenheit, zu beobachten, dass nach 10—12 Einspritzungen Frauen, die zugleich mit oder kurze Zeit ( $1\frac{1}{2}$  Monate) nach der Conception inficirt wurden, ausgetragene, gesunde Kinder gebaren. Auch sonst hatte diese Behandlung stets prompte Erfolge aufzuweisen. Die Zahl der Injectionen bei Behandlung der 1. Eruption variirte zwischen 10—12. Die letzten Einspritzungen pflegt Autor nach einer 2—4 wöchentlichen Unterbrechung zu machen, da er beobachtete, dass der Organismus sich an die hochdosirten Sublimat-

injectionen mit der Zeit gewöhnt. So wurden die schweren Luessymptome bei manchen Individuen durch die letzten Einspritzungen verhältnissmässig langsamer beeinflusst, als durch die ersten, falls bei diesen Patienten eine grössere Zahl der Injectionen in einer ununterbrochenen Reihenfolge verabfolgt wird; dagegen werden auch die hartnäckigsten Erscheinungen zur vollkommenen Rückbildung gebracht, wenn man die Injectionsbehandlung für einige Zeit aussetzt und die letzten Einspritzungen erst nach einer gewissen Pause wieder aufnimmt. In schweren Fällen kann man die Injectionscur mit einer den Stoffwechsel anregenden Behandlung verbinden, indem man z. B. nach der 8. Injection Bäder, Decoct. Zittmann etc. verordnet und nach 2—4 Wochen weitere (4) Injectionen macht. Die grösste Zahl der nacheinander applicirten Einspritzungen betrug bei mehreren Fällen 16; es waren das schwere, trockene Syphilisformen. Fast bei allen Pat. wurde nach der 1. Injection constatirt, dass am 2. und 3. Tage nachher bestehendeluetische Exantheme deutlicher zum Vorschein kamen: also eine förmliche locale Reaction, welche den Eindruck hervorruft, dass jede derartige Anhäufung des syphilitischen Giftes direct durch angeschwemmtes Quecksilber angegriffen wurde. Der Erfolg der Cur war stets ein sehr zufriedenstellender: von den Primäraffecten und wuchernden Papeln am Genitale angefangen bis zu den schwersten Hautexanthenen (Ekthyma, Rupia) bildeten sich alle Hauteruptionen vollkommen zurück, und auch die daneben bestehenden Knochen-, Gelenk-, Muskel-, Kopfschmerzen, ja sogar die Periostitiden wichen auf die ersten Einspritzungen. Sehr günstig wurden die Iritiden beeinflusst; sie bildeten sich rasch zurück und recidivirten nicht. 2 Mal wurde Retino-choroiditis bedeutend gebessert. Auffallend rasch bildeten sich Lymphadenitiden zurück. Es involvirten sich einige Male auch in Suppuration übergehende Bubonen. Bei mehreren mit chronischer, torpider Lymphadenitis inguinalis behafteten Pat. war Autor gezwungen, unmittelbar nach einer Inunctionscur (30—40 Einreibungen à 4 gr) zu Injectionen zu greifen, von denen 2—4 dann Heilung brachten. Auch bei Syphilis des Kehlkopfs waren die Resultate sehr gut, locale Therapie war nicht erforderlich. Diese Erfolge, sowie das so und so oft beobachtete langjährige Freibleiben von Recidiven,

die fernere Beobachtung, dass bei keinem so behandelten Pat. in den nächsten Jahren tertiärsyphilitische Erscheinungen auftraten, endlich die Unschädlichkeit und gleichmässig prompte Wirkung der hochdosirten Sublimatinjectionen genügen wohl, um eine warme Empfehlung der Methode zu begründen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 16.)

- Eine Initialsklerose am oberen Augenlide, interessant durch den seltenen Sitz, wie auch durch die Entstehungsursache, schildert Dr. R. Fuchs (Mannheim): Ein 29 Jahre alter Schlosser kommt mit der Angabe, dass seit acht Tagen das obere Augenlid begonnen habe, anzuschwellen, zugleich mit einer Anschwellung vor dem Ohre und unterhalb desselben. Beim ersten Anblick glaubte man ein Hordeolum vor sich zu haben mit dem etwas aussergewöhnlichen Sitze gegen die Uebergangsfalte zu, etwa ein sogenanntes Hordeolum Meibomianum. Nach Ektropionirung des Augenlides war die Sache jedoch soweit klar, dass es sich nur um ein tuberculöses oder luetisches Geschwür handeln konnte. Patient war immer gesund gewesen, doch soll sein Vater vor des Pat. Geburt an Syphilis gelitten haben. Man sieht eine umschriebene Anschwellung des oberen Lides des rechten Auges, die im nasalen Theile des Lides sitzt, die Falten der Lidhaut bei vollständiger Unversehrtheit derselben zum Verstreichen bringt und durch ihre entzündliche Congestion und Schwere eine beträchtliche Ptosis zur Folge hat. Auf der stark gerötheten und diffus geschwellten Conjunctiva palpebr. ein schmutzig aussehendes, etwa einen halben Pfennig grosses, grau belegtes Geschwür mit harter Infiltration seines Randes; die geschwürige Stelle bei Druck nicht übermässig schmerzhaft. Das Lid mässig ödematös. Conjunctiva bulbi rechts ziemlich injicirt, ausserdem beiderseits Conjunctivitis catarrh. chronic. levis. Vor dem rechten Ohr eine etwa haselnussgrosse und unter dem Ohre am Unterkieferwinkel eine etwas grössere angeschwollene Lymphdrüse. Bei diesem Befunde und der Angabe, dass die Schwellung des Lides und der Drüsen unter Brennen und Thränen des Auges innerhalb 8 Tagen ihre jetzige Höhe erreichten, war nur an S. zu denken, da tuberculöse Ulcera nicht



so rasch sich entwickeln. Aber woher die Lues? Pat., seine Frau und 2 Kinder erscheinen sonst gesund, nur ist beim Pat. allerdings der Lungenbefund percutorisch und auscultatorisch in der rechten Supraclaviculargegend ziemlich verdächtig. Aber ein tuberculöses Lidgeschwür sieht anders aus in mancher Beziehung: es ist in der Regel von graurothen Granulationen bedeckt, der Grund zeigt ein gelbrothes, speckiges Aussehen und im Umkreise findet man meist einzelne miliare Knötchen. Trotzdem kratzte Autor mit dem scharfen Löffel etwas von der Oberfläche des Geschwürs aus und untersuchte auf Tuberkelbacillen; negatives Resultat. Erst einige Tage später klärte sich die Sache auf: Pat. gab zu, ein Kind in Pflege zu haben, das von einem luetischen Vater abstamme und selbst syphilitische Symptome dargeboten habe, sodass es eine Schmiercur durchmachen musste; letztere habe er selbst vorgenommen. Nun war die Aetiologie sofort aufgeklärt. Pat. hatte das Kind eingerieben, kam mit seiner Hand an offene, secernirende Hautstellen desselben und fuhr sich dann, wohl veranlasst durch ein in Folge seiner Conjunctivitis bedingtes Juckgefühl, in sein Auge, wo das Gift in eine lädirte Stelle des Lides eindrang, wie solche ja bei Schlossern in Folge Eindringens kleiner Fremdkörper oft vorhanden sind. Der Verlauf der Krankheit gestaltete sich nun derart, dass die Schwellung des Lides unter Sublimatumschlägen und täglichem Einstreichen von Jodoformsalbe mehr und mehr abnahm und das Geschwür anfang zu vernarben. Die definitive Heilung trat jedoch erst nach Einleitung der Schmiercur ein, nach dem Auftreten der Secundärerscheinungen (die Roseola erschien 17 Tage nach der ersten Untersuchung). Da der Vater des Pat. an S. gelitten haben sollte, konnte man auch an ein tertiäres Geschwür als Aeusserung einer vorhandenen Lues congenita denken; allein, da sonstige Zeichen von S. durchaus fehlten und auch das Alter des Pat. eine jetzt erst auftretende Lues hereditaria unwahrscheinlich machte und vor Allem der spätere Verlauf die nunmehr stattfindende Durchseuchung mit dem syphilitischen Virus offenbarte, so war diese Annahme hinfällig.

(Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 17.)



## Vermischtes.

---

- Ueber folgende **Schädigung durch Röntgen-Strahlen** berichtet Gilchrist: Bei einem Manne, der drei Wochen lang zu Demonstrationszwecken jedesmal zwei bis drei Minuten seine rechte Hand mit dem Vorderarm den Strahlen ausgesetzt hatte, entwickelte sich eine beträchtliche Anschwellung der exponirten Parthieen; zugleich stellten sich brennende und klopfende Schmerzen ein, die Haut wurde tiefbraun verfärbt und die Epidermis begann sich abzuschuppen. Die Bewegung der Hand war schmerzhaft und äusserst herabgesetzt, sodass Pat. arbeitsunfähig wurde. Die Knochen fühlten sich auf Druck weich an, ganz besonders die Carpalknochen und die ersten Phalangen des Zeige- und Mittelfingers. Als Grund hierfür ergaben die aufgenommenen Photographieen eine deutliche Periostitis und Ostitis, die ganz besonders ausgeprägt war an den ersten Phalangen des Zeige- und Mittelfingers und an den Metacarpal- und Carpalknochen. Unter geeigneter Behandlung trat völlige Heilung ein, doch zeigt diese Beobachtung, dass die Röntgen-Strahlen nicht allein oberflächlich schädlich wirken können, sondern auch tiefere Schädigungen veranlassen, die ernst zu nehmen sind.

(Johns Hopkins Hosp. Bull. 1897 No. 71. — Wiener medic. Presse 1897 No. 13.)

- Ueber den **Einfluss der Röntgen-Strahlen auf das Herz** machten Seguy und Quénisset jüngst folgende Mittheilung: Nach übereinstimmender Beobachtung beider Autoren stellen sich nach längerer Einwirkung der X-Strahlen auf das Herz eigenartige Störungen ein, welche sich in

unerträglichem Herzklopfen und sehr heftiger und irregulärer Herzaction äussern. Der eine der beiden Autoren hat dies an sich selbst erfahren, der andere an einem Pat., welchen er wiederholt und durch längere Zeit zu therapeutischen Zwecken der Einwirkung der X-Strahlen ausgesetzt hatte. Dieser Kranke klagte zunächst über ein Oppressionsgefühl in der Herzgegend, sodann über heftiges Herzklopfen, welches unerträglich, ja besorgniserregend wurde, sobald die Röntgenstrahlen die Brust durchdrangen.

(Acad. des sciences in Paris, 5. April 1897. —  
Wiener medic. Presse 1897 No. 19.)

- Ueber einen Fall von Ruptur des gesunden Oesophagus während des Brechactes berichtete jüngst West. Es handelte sich um einen 55jährigen Mann, welcher seit längerer Zeit an oft wiederkehrendem Erbrechen litt, und der plötzlich während eines Brechactes einen heftigen Schmerz in der linken Brustseite verspürte, rasch collabirte und starb. Bei der Section fand sich im unteren Abschnitt des Oesophagus eine Continuitätstrennung von ungefähr 2 cm bei vollkommen normaler Structur der Oesophaguswand daselbst.

(Londoner Gesellschaft f. Pathologie. — Wiener medic. Presse 1897 No. 19.)

- Ueber künstliche Nährpräparate sprach Prof. G. Klemperer. Solche aus dem Gebiete der Eiweisskörper, Kohlehydrate und Fette werden hergestellt, und einige derselben greift Autor als Paradigmata heraus, um an der Hand derselben klarzulegen, dass man ihre Anwendung heutzutage übertreibt. Bei Herstellung von Eiweiss-Nährpräparaten wurde früher grosses Gewicht darauf gelegt, solche in verdaulichem Zustande dem Körper zuzuführen, und zwar in Form von Pepton. Davon ist man jetzt zurückgekommen. Reines Pepton schmeckt gallenbitter, reizt oft die Magenschleimhaut und ruft Diarrhoeen hervor. Höchstens in Klystierform benützt man es noch bisweilen, aber auch da wirkt es oft reizend. Man erkannte zudem, dass im Magen selbst die Verdauung nicht bis zu der Stufe des wirklichen Peptons zu Ende geführt wird, sondern dass sie bei einer Zwischenstufe Halt macht: den Albumosen. In all' den Präparaten, die heute noch

unter dem Namen „Peptone“ geführt werden, ist verhältnissmässig wenig Pepton, aber viel Albumose enthalten. Zweifellos wird nun mit der Zufuhr solcher Albumosepräparate dem Körper eine Verdauungsarbeit erspart. Ist dies aber nothwendig? Nein, denn selbst in grossen Schwächezuständen des Körpers bleibt meist soviel Salzsäure übrig, dass kleine Mengen Eiweiss, wie man sie zu sich nimmt, verdaut werden können. Andererseits ist der stricte Nachweis geliefert worden, dass selbst bei vollständigem Mangel an Salzsäure eine genügende Albumosirung im Körper stattfindet. Was der Magen nicht thut, thut der Darm; die Pankreasabsonderung, zum Theil wohl auch die Thätigkeit der Darmbakterien sind im Stande, jene Albumosirung zu bewirken. Verdaute Eiweisspräparate brauchen wir also nicht, jede fein zertheilte oder jede lösliche native Eiweisssubstanz ist ebenso werthvoll, wie dieselbe Menge von Albumose. Lösliche Eiweisskörper sind neuerdings dargestellt als Nutrose (Casein-Natron) und Eukasin (Casein-Ammoniak). Sie werden gut vertragen, das stimmt. Ist es aber nöthig, dem Körper solche Präparate zuzuführen? Nein, der Körper bringt es zu allermeist selbst fertig, fein vertheiltes Eiweiss auch in wasserunlöslicher Form zu verdauen! Bei gewissen Fällen ist es nöthig, ganz fein vertheilte, pulverförmige Nahrung zuzuführen, die beim Schlucken wenig Beschwerden macht und auch dem Magen wenig Reizung verursacht. Wenn man gewöhnliches Fleisch auf dem Wasserbade trocknet und ganz fein zermörsert, dann erhält man ein solches Pulver, „Fleischpulver“. Auch durch Trocknung und Zerreibung von Eiweiss kann man sich ein geruch- und geschmackloses Eiweisspulver herstellen. In Wasser oder Milch aufgeschwemmt, gelangen diese Pulver ganz fein zertheilt in den Magen, nachdem sie ohne jede Beschwerde geschluckt sind, und haben für die allermeisten Pat. denselben Werth, wie Albumosen oder lösliches Eiweiss. Dazu kommt der quantitative Gesichtspunkt. Es braucht ein Kranker pro Tag 50—60 gr Eiweiss. Wieviel von dem künstlichen Präparat giebt man nun? Einen Theelöffel, vielleicht zwei; mehr als drei Theelöffel pro die nimmt wohl kaum ein Kranker ein. In einem Theelöffel des syrupösen Peptons sind 3—4 gr lösliches Eiweiss enthalten; das kommt doch wohl kaum als

wesentlich in Betracht! Koch's, Kemmerich's, Liebig's Peptonpräparate haben gewöhnlich 35—40 % lösliches Eiweiss, von dem die Hälfte auf Peptone, die Hälfte auf Albumosen kommt. Diese syrupösen Flüssigkeiten werden theelöffelweise gereicht, also auch von ihnen gilt das eben Gesagte. Werthvoller sind in dieser Beziehung die pulverisirten Präparate. Das Antweiler'sche Albumosenpepton enthält ebenso wie die Somatose ca. 80 % lösliches Eiweiss. Die Somatose ist reine Albumose, das Antweiler'sche Pepton zu 60 % Albumose und 20 % Pepton. Wenn Jemand 1 Theelöffel Somatose nimmt, so hat er 8 gr Eiweiss = 33 Calorien, ebenso 100 ccm Milch, sodass also 1 Theelöffel Somatose gleich  $\frac{1}{2}$  Ei oder 50 ccm Milch sind! Und wie theuer wird das Wenige bezahlt? 1 kgr Somatose kostet 48 M., 10 gr also 48 Pf. Für den gleichen Werth Ei bezahlt man  $2\frac{1}{2}$  Pf. Also man bezahlt die Somatose, um etwas Besonderes zu geniessen, mit dem zwanzigfachen des wahren Werthes! Speciell bei ärmeren Leuten um der Illusion willen solche Präparate zu verordnen, ist ein Missbrauch! Viel besser liegen die Verhältnisse bei Nutrose und Eukasin, deren Darstellung einen sehr wesentlichen Fortschritt bedeutet. Aber die Bedürfnissfrage muss doch verneint werden. Die Präparate haben ja zwar den kleinen Vortheil noch, dass sie Milcheiweiss darstellen und Alles, was von diesem Gutes gilt, auch für jene gilt. Ihnen fehlen diejenigen Nucleine, welche die Muttersubstanz der Harnsäure sind, sodass man ebenso wie durch Milch auch durch diese Präparate die Harnsäuremengen sehr stark herabdrücken kann. Will man also einem Gichtkranken oder einem an harnsauren Nierensteinen Leidenden ein Eiweisspräparat geben, so thut man gut, jene beiden zu reichen. Aber wir besitzen genug natürliches nucleinfreies Eiweiss! In Frage kommt auch noch, dass Zustände von Nierenentzündung durch Extractivstoffe ungünstig beeinflusst werden. Diese fehlen in der Somatose, wie in den Caseinen. Hat man also Veranlassung, einem Brightiker käufliche Präparate zu verordnen, so würde man diesen genannten den Vorzug geben. Noch ein Wort über sogenannte „Fleischextracte“. Sie enthalten sehr wenig Eiweiss, etwa 20 %, also noch weniger wie Peptone. Auf Nerven und Herz wirken

sie freilich sehr anregend, und man wird sie deshalb bei solchen, die einen Widerwillen gegen andere Nahrung haben, gern geben, um Appetit hervorzurufen; aber für die Ernährung kann man damit nichts leisten, ebensowenig wie mit Fleischsaft, Beef-tea, als Flaschenbouillon durch Kochen oder Digeriren oder Ausziehen von Fleisch dargestellten Säften, die 2—4 0/0 Eiweiss enthalten, und von denen die Pat. kaum mehr als  $\frac{1}{4}$  bis  $\frac{1}{3}$  Tassenkopf geniessen, womit ihnen 5—6 gr Eiweiss zugeführt werden. Eine Anregung, eine günstige Beeinflussung des Magens ist so wohl zu erzielen, von ernährenden Präparaten aber darf man nicht sprechen. Colossale Reclame wird gemacht mit Valentine's meat juice, der aber weiter nichts ist, als eine Lösung von Fleischextract von 1:3. In 1 Theelöffel sind  $1\frac{1}{2}$  gr Eiweiss enthalten. Um den Nährwerth von 1 Ei zu geniessen, muss man 254 ccm dieses Saftes nehmen; 150 ccm kosten aber M. 4,50! Ein empfehlenswerther neuer Fleischsaft ist „Puro“ mit 33 0/0 Eiweiss, unbedingt dem amerikanischen Präparat vorzuziehen und auch billiger; aber auch hier sind die zu nehmenden Quantitäten viel zu gering, um eine Rolle zu spielen. Nun zu den Kohlehydratpräparaten. Hier stehen voran die präparirten Mehle, aus denen Suppen bereitet werden. Es ist kein Zweifel, dass die feine Vertheilung, sowie die Zerkleinerung der Cellulose die Verdauung des Mehles sehr erleichtert, und es ist anerkannt, dass die verschiedenen Hafermehle, Reis- und Gerstenmehle, z. B. die Knorr'schen, die Leguminosenmehle von Hartenstein u. A. wesentliche Stützen der Ernährung darstellen. Freilich ist zu bedenken, wieviel Wasser zur Bereitung einer Suppe gehört. Wenn man 1 Liter Wasser mit 50 gr Mehl kocht, so enthält die Suppe 5 gr Eiweiss, 2,5 gr Fette, 36 gr Kohlehydrate, also nur  $\frac{1}{4}$  von dem Nährwerth von 1 Liter Milch. Mit letzterer kann eben kein künstliches Nährpräparat in Wettbewerb treten! Da es allerdings Pat. giebt, welche Milch nicht vertragen, so bedarf man nicht selten solcher Mehlsuppen, die man durch Zusatz von Fleischextract anregender, durch Zusatz von Eigelb oder Butter nahrhafter machen kann. Auch bei den Kohlehydraten hat man versucht, dem Körper die Verdauungsarbeit zu ersparen, indem man aus dem Stärkemehl die vom

Körper hergestellten Verdauungsproducte, z. B. das Dextrin, die Maltose, herstellte. So werden z. B. die Kindermehle gemacht, und das Nestlé, Kufeke u. a. Mehl sind solche, die einen Procentgehalt an verdautem, „aufgeschlossenen“ Mehl enthalten. Den höchsten Gehalt davon hat das Kufeke'sche Mehl. Bei Kindern mag ja dies von Werth sein, ob es aber bei Erwachsenen noth thut, statt Hafermehl solche diastasirte Mehle zu geben, bezweifelt Autor, da er keine Erkrankung kennt, bei der die diastatische Kraft der Speicheldrüsensecretre so sinkt, und auch Darmerkrankungen giebt es kaum, bei denen die Pankreasabsonderung so stockt, resp. die baktericide Wirkung so herabgesetzt ist, dass wir aufgeschlossene Mehle brauchten. Dazu kommt auch hier der über den Werth hinaus bezahlte Preis. Das letztere gilt auch vom Malzextract, das ja an und für sich mit seinen 53 % Zucker und 15 % Dextrin ein nützliches Nährpräparat ist, von dem 1 Esslöffel soviel Nährwerth hat wie 1 Ei. Zudem giebt uns die Natur Zuckerpräparate, die billiger und ebenso bekömmlich sind, vor Allem den Honig, der verdiente, in der Krankenernährung eine grössere Rolle zu spielen, zumal er 80 % Zucker enthält, darunter 70 % Laevulose, nebenbei auch ein Stoff, der vielen Diabetikern sehr bekömmlich ist. Auch die echten Zucker eignen sich sehr zu Nährpräparaten, vor Allem der billige Milchzucker, der gleich dem Honig sehr zu empfehlen ist, wenn es darauf ankommt, die Kohlehydratzufuhr zu vermehren. Illusorisch dagegen ist wiederum die Darreichung der Malz- und Kraftbiere. Was man damit an Malz und Pepton mehr zuführt, ist da gewöhnlich weniger an sogenannter Stammwürze, an Dextrin und Alkohol erhalten, und die viel gerühmten Malzextractbiere enthalten in Wirklichkeit weniger Nährstoffe, als die meisten Münchener Biere. Das Ross'sche Kraftbier z. B. enthält in  $\frac{1}{4}$  Liter 8,75 gr Eiweiss und kostet 70 Pf. Wenn man für diesen Geldwerth Münchener Bier oder selbst einheimisches trinkt, so erhält man ungleich höhere Mengen von Nährstoffen. Und nun Fettpräparate. Wieviel gute bietet uns da die Natur dar: Butter, Rahm, Gelbei, Caviar, Speiseöle, Leberthran sind so gute, dass man kaum künst-

licher bedarf. Als solches wird Lipanin angepriesen, das sich vor dem natürlichen Fett dadurch auszeichnet, dass es 6 % Oelsäure enthält, wodurch dem Körper die Arbeit erspart werden soll, letztere abzuspalten. Es giebt nun aber wieder keinen Krankheitszustand, bei dem die Fettabspaltung so leidet, dass es auf die 6 % ankommt. Lipanin wird ja gut vertragen, aber nicht besser, als neutrale Fette, wenn sie frisch und wohlschmeckend sind, wie z. B. feines Provencer-Speiseöl. Also auch hier ist die Bedürfnissfrage nicht vorhanden, und man kann, wie bei den anderen Arten der Präparate, sagen: „Zurück zur Natur!“ — Discussion: Ewald erklärt sich mit den Ausführungen ganz einverstanden und vermisst nur den Hinweis auf die praktischen Erfahrungen. Für die Praxis nämlich sind die Nährpräparate ein unterschiedenes Bedürfniss, was schon daraus hervorgeht, dass die Fabrikanten ein brillantes Geschäft damit machen. Und in der That kommen auch wir häufig genug am Krankenbett in die Lage, zu sehen, dass alle Nahrung, wie sie von der Natur geliefert wird, refüsirt wird, während ein künstliches Präparat unter der Illusion, recht kräftig zu sein, gern genommen wird. So ist man in der Lage, den Pat. wenigstens etwas Nahrungsstoffe zuzuführen. Dass diese sehr theuer bezahlt werden, ist richtig, namentlich der meat juice, der nichts weiter ist, als eine starke Bouillon. Dagegen lobt Autor das Eukasin, besonders ein ihm neuerdings übersandtes, das völlig geruch- und geschmacklos ist. — Rosenheim ist im Princip Anhänger der Klemperer'schen Ansichten, aber auch er hebt hervor, wie oft „Natur“-Nahrungsstoffe, z. B. Milch verweigert werden. Peptone verwirft Autor, auch für die Mastdarm-Ernährung, da sie auch hier sehr reizen. Zur Einverleibung von Eiweiss vom Mastdarm aus das Eiereiweiss in fein vertheilter Form zu geben, ist am empfehlenswerthesten, besonders mit Zusatz von Kochsalz. Für die Krankendiät hält Autor für das allermindeste Eiweissquantum, das wir einverleiben müssen, 100 gr. — Albu will die Nährpräparate auch nach dem Salzgehalt beurtheilt wissen. Salze sind für die Ernährung ebenfalls sehr wichtig, namentlich bei gewissen Zuständen, wie Anaemie, Skorbut, Chlorose, Rhachitis etc. — Senator betont, dass ja meist die Pat. nicht ausschliesslich mit künstlichen Nähr-



präparaten ernährt werden, sondern dass diese nur als Zusatz zu anderen Nahrungsmitteln benützt werden, wobei sie doch einen gewissen Werth besitzen. Wenn ein Kranker nur sehr wenig Milch geniessen kann, vielleicht 100 gr, und wir setzen dazu 1 Theelöffel Somatose oder Nutrose, so erhält er dadurch doppelt soviel Eiweiss, als ohne Zusatz, und da der Geschmack gar verschieden ist, kann man zufrieden sein, eine grössere Anzahl dieser Mittel zu besitzen. Man kommt eben nicht immer mit einfacher Nahrung aus, und da muss man schon den höheren Preis mit in den Kauf nehmen. So ist es z. B. auch mit Alkohol. Will man diesen in grösseren Quantitäten mal einverleiben und giebt ihn einfach mit Wasser und Zucker versetzt, so wird er sehr bald refüsirt, aber in Form von Wein, Cognac etc., auch wesentlich theureren Dingen, gern genommen. Gerade 100 gr Eiweiss dem Pat. täglich zu reichen, ist weder unbedingt nöthig, noch immer möglich. Oft ist man froh, den Pat. überhaupt durchzubringen, selbst wenn er abmagert und nicht im Stickstoffgleichgewicht ist. Man darf da, namentlich bei acuten Affectionen, sich nicht auf den Standpunkt stellen, dem Pat. durchaus jeden Tag so und soviel Calorien zuzuführen; das würden viele gar nicht vertragen! Man vergesse nicht, dass auch der kranke Mensch nicht in ein paar Tagen verhungert, selbst wenn er gar keine Nahrung bekommt. Man bringe nur den Pat. über die dringende Lebensgefahr hinweg, auch wenn er ein paar Tage keine ausreichende Nahrung erhält, zu ernähren hat man später noch Zeit. — Klemperer betont noch, dass besser, als der Milch Somatose zuzusetzen, ein neuerdings geübtes Verfahren ist, nämlich die Milch einzuengen. Solche Milch (Kraftmilch, Lac triple) hat Jaworski empfohlen, mit der man derselben den gleichen Nährgehalt verschaffen kann, wie durch Zusatz künstlicher Präparate.

(Berliner medic. Gesellschaft, 2. Juni 1897. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 26.)

— In Betreff der Heilwirkung des Seebades bei Magenkranken kommt Dr. E. Lindemann (Helgoland) auf Grund eingehender Untersuchungen und Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

1. Der Aufenthalt an der See, sowie besonders das kalte Seebad wirkt tonisirend auf die Magen-darmfunctionen: a) durch Anregung der motorischen, resorptiven, secretorischen Thätigkeit des Magens, wie die Jodkali-, die Salolprobe und die Vermehrung der Salzsäure nach dem Seebad ergeben; b) durch Kräftigung der Nerven, speciell auch derjenigen, welche die Verdauungsorgane besorgen.
2. Der Aufenthalt im Seebad ist contraindicirt: Bei den meisten organischen Magenkrankheiten, besonders den mit gastrischen Reizzuständen combinirten, wie dem Ulcus simplex, der Gastrektasie, der chronischen Gastritis u. a.
3. Der Aufenthalt im Seebad ist indicirt: Bei der Ataxie des Magens und Darmes (Myasthenieen), Enteroptosen, sowie den Magen-neurosen, speciell der nervösen Dyspepsie (ausschliesslich schwerer sensibler Reizzustände des Magens nervöser Art).
4. Als besonders empfehlenswerth dürfte für manche Fälle von Magenaffectionen, speciell Neurosen, die mit Gastritis combinirt sind, eine Brunnencur mit nachfolgendem Aufenthalt im Seebad sein.

(Therap. Wochenschrift 1897 No. 16/17.)

— **Gastralgie in Folge fortgesetzten Saccharingebrauchs** beobachtete R. G. Hogarth. Pat. nahm seit 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Jahren täglich sechs oder mehr Saccharintabletten (à 0,03) an Stelle von Zucker und litt seit drei Jahren an heftigen Gastralgieen, die theils als Gallen-, oder Nierensteinkoliken, theils als Koliken, ausgehend vom Pankreas oder dem Pylorus betrachtet und Monate lang erfolglos mit allem Möglichen behandelt wurden. Mit dem Aussetzen des Saccharin verschwanden die Anfälle innerhalb einer Woche, ohne seitdem (1 Jahr) wieder aufzutreten.

(Brit. med. Journ., 20. März 1897. — Münchener medic. Wochenschrift 1897 No. 19.)

— **Kolanin-Tabletten** (à 0,2 Kolanin), hergestellt von Krewel & Co. (Köln) hat Dr. O. Dornblüth (Rostock) bei sich und einer Reihe von Pat. mit recht befriedigendem Erfolg angewandt. Erschöpfung z. B. nach einer sehr anstrengenden Sprechstunde wurde durch eine Tablette

prompt beseitigt, während Coffein, schwarzer Kaffee etc. entschieden nicht so einwirkten. Die belebende Wirkung des Mittels trat ferner bei Abspannung der Neurastheniker, sowie bei neurasthenischer Herzschwäche zu Tage; freilich war der Erfolg kein anhaltender und es musste nach 1—1½ Stunden eine zweite Tablette genommen werden, jedenfalls aber half die Medication über die schlimmsten Stunden recht angenehm hinweg, was bei Coffein z. B. nicht der Fall war. Bei zwei Pat. mit organischer Herzschwäche bei chronischer Myokarditis und nephritischem Herznachlass zeigten mehrmalige Gaben (in ½ stündlichen Zwischenräumen) in der Zeit, wo die Wirkung der verordneten Digitalis noch nicht eingetreten war, oder wo nach Beendigung einer Digitalisperiode die Herzthätigkeit noch nicht nach Wunsch war, ebenfalls befriedigende Wirkung. Endlich bewährten sich die Tabletten bei vasoparalytischer Migräne, Kopfschmerzen nach Aufregung, Aerger, Ueberanstrengung, Alkoholexcessen, sowie bei körperlicher Ermüdung und sie bewirkten nie unangenehme Nebenerscheinungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 25.)

— **Antipyrin zur Unterdrückung der Milchsecretion** hat Dr. Guibert (Montpellier) in 19 Fällen angewendet und war mit den Resultaten sehr zufrieden. Wöchnerinnen, welche einige Tage gestillt hatten, bekamen 3 gr, jene, die überhaupt nicht gestillt hatten, je 2 gr täglich in 2 stündlichen Dosen à 0,25. Obwohl eine Aenderung mit der Diät nicht vorgenommen wurde, trat doch nach einigen Tagen stets vollständiges Versiegen der Milchsecretion ein, wobei in keinem Falle unangenehme Erscheinungen beobachtet wurden, trotzdem in einigen Tagen bis 15 gr Antipyrin verbraucht wurden; diese Toleranz der Wöchnerinnen für Antipyrin erinnert an jene für Opium bei Graviden.

(Journ. des pract. 1897 No. 16. — Therap. Wochenschrift 1897 No. 25.)



## Bücherschau.

---

**Lehmann's medicin. Handatlanten** scheinen sich allgemeiner Beliebtheit zu erfreuen, da die einzelnen Bände immer von Neuem aufgelegt werden müssen. So liegt uns heute die 4. Auflage von Bd. I („Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsact und der operativen Geburtshülfe“ von Privatdoc. Dr. O. Schäffer) und die 2. Auflage von Bd. VII („Ophthalmoskopie und ophthalmoskopische Diagnostik“ von Prof. Dr. Haab) vor. Beide Werke haben wir bereits früher ob ihrer Vortrefflichkeit und Billigkeit besonders empfohlen, welch' letztere bei der ausgezeichneten Ausstattung geradezu erstaunenswerth erscheint und uns zu grossem Dank gegenüber dem Verleger (J. F. Lehmann, München) verpflichtet.

— Von der „**Bibliothek der gesammten medicin. Wissenschaften**“, herausgegeben von Prof. Drasche (Verlag von K. Prohaska, Teschen) liegen uns die Lieferungen 128—135 vor. Sie führen die Disciplinen „Interne Medicin und Kinderkrankheiten“ bis zum Artikel „Variola“, „Hygiene und gerichtliche Medicin“ bis „Genussmittel“ und „Augenkrankheiten“ bis „Retina“ fort und enthalten wieder bedeutende Arbeiten namhafter Autoren, wie Prior, Emmert, Hess, Herrnheiser, Biedert, Stern und Andere.

— **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen**, unter diesem Titel giebt Prof. Monti im Verlage von Urban & Schwarzenberg (Wien) eine Reihe zwangloser Hefte (Preis: M. 2,50) heraus mit Vorträgen, die er in der Allgemeinen Poliklinik gehalten hat. Heft 1 enthält: „Ueber Verdauung und natürliche Ernährung der Säuglinge“; Heft 2: „Ueber die Entwöhnung, Ernährung der Kinder bis zum 2. Lebensjahre, die künstliche Ernährung der Säuglinge“. Autor giebt seine reichen

Erfahrungen hier in präciser, klarer, interessanter Form zum Besten und wird sich sicher dafür den Dank aller Praktiker erwerben.

— Sehr lesenswerth ist eine im Verlage von S. Karger (Berlin) erschienene Brochüre „**Ueber puerperale Psychosen**“ von Dr. O. Knauer, Oberarzt der Dr. Kahlbaum'schen Heilanstalt in Görlitz. Aus dem reichen Material dieser Anstalt schöpfend, bespricht der Autor die 3 Classen, welche nach Olshausen hierhin gehören: Infectionspsychosen, Idiopathische Psychosen und Intoxicationspsychosen, und giebt bei jeder Gruppe charakteristische Krankengeschichten. Da das besprochene Gebiet den Praktikern sehr nahe steht, wird das von Prof. Martin mit Vorwort versehene Werkchen (Preis: M. 1,80) gewiss einen grossen Leserkreis finden.

— Der 1. Band eines 2bändigen Lehrbuches der **Balneo-therapie** von Prof. Dr. Glax ist kürzlich bei F. Enke (Stuttgart) erschienen; er enthält die Allgemeine Balneotherapie auf 416 Seiten. Der Autor hat Alles, was zu diesem Begriffe gehört, auf Grund eigener Erfahrungen und einer reichen Litteratur besprochen. Die präcise Diction und klare Darstellungsweise, die Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse des Praktikers sichern neben der Vollständigkeit des Dargestellten dem Werke einen Erfolg. 99 Abbildungen, die in den Text eingedruckt sind, kommen dem Verständnisse des Lesers noch mehr entgegen. Das Buch (Preis: M. 10,—) ist recht gut ausgestattet. — Im gleichen Verlage erschien die 2. Hälfte des Kobert'schen Lehrbuches der **Pharmako-therapie**, das wir bereits früher besprochen haben. Unser günstiges Urtheil über das schöne Werk kann nach Durchsicht des 2. Bandes voll und ganz aufrecht erhalten werden; das Buch sei zur Anschaffung warm empfohlen.



**Die Herren Abonnenten werden dringend ersucht, die Bestellungen auf den VII. Jahrgang bei den Buchhandlungen und Postämtern baldmöglichst aufzugeben, damit Stockungen in der Expedition nach Möglichkeit vermieden werden können.**

*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Grätzer in Sprottau.*

## Namen-Verzeichniss.

### A.

Abel 411.  
Adler 162, 233.  
Ahlfeld 142, 306, 307.  
Ajutolo 308.  
Albers 419.  
Albu 258, 532, 583.  
Aldor 461.  
Alexander 199.  
Alger 301.  
Alt 283.  
Anhauch 241.  
Aronson 176.  
Arslan 388.  
Audry 392.  
Aufrecht 151, 308.  
Augagneur 526.  
Axenfeld 162.

### B.

Bär 247.  
Bähr 537.  
Barabo 530.  
Barbe 76.  
Bardleben, v. 414.  
Bartel 218.  
Bassini 174.  
Báthori 222.  
Beauxis-Lagrange 221.  
Beely 506.  
Behring 187.  
Benda 230.

Bensinger 229.  
Bérand 43.  
Berdach 292.  
Berg 353, 358.  
Bergeat 391.  
Berger 53.  
Bergmann 351.  
Berkhan 308.  
Berliner 5.  
Bernstein 359.  
Betz 165, 321.  
Bianchi 92, 308.  
Bienwald 284.  
Bier 191.  
Bischler 487.  
Boas 351.  
Bock 546.  
Böck 523.  
Bollinger 84.  
Bolz 78.  
Boltz 226.  
Bongartz 495.  
Boross 173.  
Borri 177.  
Bottini 479.  
Boucheron 273.  
Braatz 120.  
Bramesfeld 441.  
Braxton Hicks 303.  
Briese 504.  
Brindel 190.  
Brocq 517.

Brodnitz 219.  
Bröse 230.  
Bruhns 438.  
Bruns, v. 496.  
Buck, de 401.  
Bürkner 118.  
Buka 95, 127.  
Buzzi 92, 308.

### C.

Cahen 164.  
Cameron 198.  
Cassel 31.  
Catrin 75.  
Cervellini 348.  
Charcot 177, 251.  
Chauvin 68.  
Chazan 24.  
Chiari 442.  
Chrobak 42.  
Chvostek 295.  
Citron 91.  
Classen 216.  
Claus 120.  
Cohen 280.  
Cohn 39, 176.  
Comby 236.  
Coupland 483.  
Cramer 40, 137.  
Credé 56, 213.  
Czapodi 164.  
Czerny 530.

**D.**

Dalché 176, 502.  
 Danziger 72.  
 David 101, 173.  
 Davis 219.  
 Dejace 222.  
 Delie 339.  
 Diday 129.  
 Dieballa 322.  
 Döderlein 560.  
 Dor 65.  
 Dornblüth 585.  
 Drastich 423.  
 Dressler 454.  
 Dreysel 249.  
 Düms 182.  
 Dumas 455.  
 Dumstrey 243, 340.  
 Düniges 120.  
 Dunin 60.

**E.**

Eberson 323.  
 Ebstein 568.  
 Eger 76.  
 Egger 362.  
 Ehrmann 238, 493,  
 500.  
 Eichenberger 293.  
 Eichhorst 511.  
 Eisenmann 425.  
 Elsässer 166.  
 Emmerich 83, 193.  
 Engel, v. 233.  
 Epstein 497.  
 Erb 34, 293.  
 Ertler 72.  
 Eulenburg 32, 95.  
 Eversbusch 378.  
 Ewald 44, 283, 351,  
 583.

**F.**

Falk 352.  
 Farrar 521.  
 Fawr 19.  
 Feldmann 374.  
 Fiebiger 475.  
 Fischer 375.  
 Flatow 424.  
 Fleiner 40.  
 Florschütz 177.  
 Floras 323.  
 Fochier 352.  
 Fournier 247, 437,  
 526.  
 Francke 528.  
 Frank 71, 371, 402.  
 Franken 374.  
 Fränkel 436, 524.  
 Fraser 95.  
 Frenkel 208.  
 Freudenberg 479.  
 Freund 180.  
 Frey 325.  
 Friedländer 554.  
 Fritsch 380.  
 Frohmann 363.  
 Frommel 25.  
 Froriep 17.  
 Fuchs 575.  
 Fuckel 293.  
 Fürbringer 282.  
 Fürst 258.

**G.**

Gál 4.  
 Galezowsky 526.  
 Gallois 335.  
 Gamulin 145.  
 Garnier 18.  
 Garzia 236.  
 Gelber 449.  
 Georgiewski 543.  
 Germain 2.

Germany 274.  
 Gersuny 313.  
 Gigax 226.  
 Gilchrist 577.  
 Gildemeister 112.  
 Gladin 167.  
 Glaucher 87.  
 Glück 437.  
 Göring 272.  
 Görl 54.  
 Goldfarb 134.  
 Goodall 483.  
 Gottschalk 276, 283.  
 Gottstein 107.  
 Goyens 167.  
 Gräser 205.  
 Grätzer 222, 370.  
 Grawitz 39.  
 Greif 70.  
 Grosz 334.  
 Günzburg 5.  
 Guibert 586.  
 Gutheil 128.  
 Guyon 439.

**H.**

Habel 239.  
 Hadot 196.  
 Haegler-Passavant 88.  
 Hahn 113, 142, 350.  
 Hajek 37.  
 Hammer 555.  
 Hammond 360.  
 Hannover 510.  
 Harpe, de la 294.  
 Hartmann 441.  
 Hartzell 149.  
 Hasse 167.  
 Hauck 36.  
 Haun 124.  
 Hausmann 544.  
 Hebra 541.  
 Hecht 389.

Hedderich 37.  
 Heerlein 542.  
 Heidenhain 140, 429.  
 Heil 302.  
 Heilmann 105.  
 Heindl 168.  
 Helfreich 557.  
 Hensel 194.  
 Hergott 522.  
 Herzheimer 437.  
 Heusner 419.  
 Hippel 64, 162, 269.  
 Hirschberg 64, 115,  
 163, 415, 426.  
 Hirtz 373.  
 Hitschmann 338.  
 Hitzig 36.  
 Hjorth 437.  
 Höflmayer 393.  
 Hörschelmann 27.  
 Hösslin, v. 455.  
 Hoffmann 243.  
 Hofmeier 185, 364.  
 Hogarth 585.  
 Hoor 273.  
 Horstmann 115.  
 Hücke 146.  
 Huismanns 398.

**I.**

Isaac 290.  
 Israel 83, 322.

**J.**

Jacksch, v. 193.  
 Jacob 342.  
 Jadassohn 190, 249,  
 457, 480, 516, 522.  
 Janatka 170.  
 Janet 129, 382.  
 Janowiky 471.  
 Jaquet 526.  
 Jasinski 247.

Jemma 141.  
 Jessen 547.  
 Jewnin 242.  
 Johansen 20.  
 Joseph 128, 290.  
 Jürgens 84.  
 Jurinka 161.

**K.**

Kaempffer 328, 369.  
 Kafemann 255.  
 Kalischer 11.  
 Kaposi 83, 224, 301.  
 Karplus 292.  
 Kassowitz 292.  
 Katz 219.  
 Kaufmann 241, 330.  
 Kayser 510.  
 Keller 460.  
 Kemmerich 255.  
 Kikusi 59.  
 Kirsch 45.  
 Kirstein 206, 404.  
 Klamann 312.  
 Klein 410.  
 Kleist 373.  
 Klemm 384.  
 Klemperer 17, 242,  
 280, 578.  
 Knauer 327.  
 Knorr 187.  
 Koch 440.  
 Köhl 268.  
 König 7, 351.  
 Körte 9.  
 Köster 22.  
 Kolisch 175.  
 Kollmann 133.  
 Kompe 447.  
 Kossmann 25.  
 Kramer 267.  
 Kraus 427.  
 Kronacher 109.

Krukenberg 549.  
 Küttner 65.  
 Kuttner 385.  
 Kuznitsky 482.

**L.**

Lallemand 360.  
 Landerer 38, 45.  
 Landmann 1.  
 Landolt 226.  
 Lang 474.  
 Laquer 15, 311.  
 Lassar 439.  
 Leber 118.  
 Ledermann 5, 245.  
 Legueu 228.  
 Leichtenstern 346.  
 Leick 290.  
 Lesser 73, 439.  
 Lévy 59.  
 Leven 409.  
 Levy 184, 373, 483.  
 Lévy 228.  
 Lewaschew 19.  
 Lewin 9, 249.  
 Lewy 237.  
 Leyden, v. 219, 281.  
 Liebig 445 ff.  
 Liebreich 94.  
 Liermann 417.  
 Lieven 413.  
 Lindemann 584.  
 Löb 236.  
 Löblowitz 445.  
 Löhlein 2.  
 Löwenstein 29.  
 Longard 216, 426.  
 Lorenz 127.  
 Lublinski 38.  
 Lucas-Champonnière  
 504.  
 Ludwig 513.  
 Lueddekens 224.



Lütkemüller 78.  
Lukasiewicz 572.

**M.**

Mackenrodt 534.  
Mader 21, 101, 461,  
485.  
Mainzer 42.  
Majewski 410.  
Maldarescu 89.  
Maljutin 171, 509.  
Mancière 194.  
Mankiewicz 282.  
Mannaberg 294.  
Marcinowski 180.  
Marcus 372, 450.  
Marcuse 563.  
Marmorek 273.  
Marschalkó 245.  
Mathieu 350.  
Mauriac 437.  
Mehrer 193.  
Mehring, v. 265.  
Mendelsohn 281,  
498.  
Merkel 275.  
Merklen 462.  
Michnow 208.  
Mikulicz 28, 83, 107,  
109, 544.  
Miller 15.  
Miloslawski 222.  
Mode 509.  
Mond 42.  
Monti 373.  
Moor, de 401.  
Morel-Lavallé 335.  
Moscato 560.  
Müller 229, 241, 361,  
395, 396, 411.  
Murray 384.

**N.**

Nägeli-Akerblom 65,  
428.  
Nahmmacher 10.  
Nasse 8.  
Neisser 5, 133, 249,  
335.  
Neugebauer 174.  
Neumann 29, 395, 519.  
Nied 486.  
Nieden 83, 114.  
Niemann 218.  
Niessen, van 494.  
Nitze 282, 354.  
Nöll 541.  
Noorden, von 8, 362.  
Nowack 524.

**O.**

Oberländer 133.  
Oehlschläger 27.  
Oppermann 110, 218.  
Oppler 66.  
Ostankof 251.  
Ottinger 236.

**P.**

Pacinotti 90.  
Pajot 487.  
Palma 69.  
Panser 252.  
Pártos 199.  
Paschkis 324.  
Péan 504.  
Pel 566.  
Pelzer 25.  
Perlmutter 525.  
Perrin 287.  
Perthes 546.  
Peters 498.  
Petersen 287, 328.  
Pflüger 114, 163, 565.

Pick 20.  
Pilcz 266.  
Pinard 145.  
Poch 169.  
Politzer 331.  
Poller 503.  
Pombrak 197.  
Popoff 33.  
Pourfoy 406.  
Prochownik 343.  
Pusinelli 115.

**Q.**

Quénisset 577.

**R.**

Raff 251.  
Ratjen 254.  
Rech 25.  
Réczey 174.  
Reinbach 28.  
Remak 512.  
Rembe 195.  
Remy 142.  
Renvers 283.  
Réthi 422, 432.  
Reverdin 236, 275.  
Rey 427.  
Reynolds 115.  
Richter 20, 342, 403.  
Ricord 437.  
Riedel 102.  
Rille 436.  
Ring 15.  
Risse 430.  
Ritter 76, 232.  
Robin 460.  
Roboston 565.  
Rosenberg 110, 218.  
Rosenfeld 113, 233,  
242.  
Rosenheim 350, 583.  
Rosenstern 215.

Rosenthal 340.  
Rózsás 184.  
Rubeska 521.  
Ruge 150.

**S.**

Sabattier 280.  
Sachse 310.  
Sack 536.  
Sänger 455, 517, 562.  
Salzer 84.  
Samways 301.  
Sasaki 118.  
Scarpa 39.  
Schabad 187.  
Schäffer 275.  
Schanz 316.  
Scharff 370.  
Schatonowsky 571.  
Schattenmann 488.  
Schauta 305, 520.  
Schede 286.  
Schiff 257.  
Schilling 346.  
Schleich 107.  
Schlesinger 240.  
Schlockow 33.  
Schmey 453, 457, 478.  
Schmidt 134.  
Schmidt-Rimpler 118.  
Schnitzler 285.  
Schoal 87.  
Scholl 83, 193.  
Schreiber 65.  
Schröder 349.  
Schröter 416.  
Schrötter 441.  
Schuckardt 527.  
Schüller 9, 130.  
Schütz 238, 254.  
Schuftan 325.  
Schulz 300.

Schuster 382.  
Schwab 522.  
Schwalbe 92.  
Sée 308, 504.  
Seegelken 296.  
Seeligmüller 292.  
Segny 577.  
Seidler 222.  
Seifert 38.  
Senator 280, 283, 583.  
Senn 507.  
Seydel 206.  
Shoemaker 289, 334.  
Show 192.  
Siebold 499.  
Siemon 298.  
Sierlich 299.  
Silber 325.  
Silbermann 559.  
Singer 241.  
Siredey 356.  
Spengler 37.  
Spitzer 325.  
Stadler 342.  
Starck, v. 355.  
Staub 247.  
Steiner 79, 429.  
Steinhardt 183, 298,  
354.  
Sternberg 544.  
Stork 120.  
Streng 106.  
Ströll 222.  
Strümpell 386, 396.  
Stscheminski 274.  
Sümegh 494.  
Szántó. 400.

**T.**

Tacchetti 31.  
Tänzer 532.  
Tausch 558.

Temesváry 20.  
Teschemacher 414.  
Thorner 282.  
Tilger 323.  
Tilmann 125.  
Török 61.  
Torok 20.  
Topp 14.  
Tomka 238.  
Touton 133.  
Trabandt 44.  
Trapeznikow 275.  
Trillat 218.  
Turner 506.

**U.**

Uhtoff 118.  
Ullmann 87, 541.  
Ungar 358.  
Unna 146.

**V.**

Vahle 218.  
Valude 292.  
Vas 204.  
Vaughan 437.  
Voisin 307.  
Voit, v. 446.  
Vollmer 245.  
Vonnegut 553.  
Vossius 65, 168.  
Vučetič 11.

**W.**

Wachsmann 404.  
Wagenmann 114.  
Wannemacker, de300.  
Webster 566.  
Wefers 9.  
Welandar 376.

Wellenhof, v. 200.  
 Werler 129.  
 Werner 310.  
 Wertheim 130.  
 West 190, 578.  
 Wiktor 553.  
 Wild 566.  
 Willemer 341.  
 Windscheid 562.

Winternitz 403.  
 Wintersteiner 165.  
 Wintzheimer 178.  
 Witthauer 178,  
 253.  
 Wolf 69.  
 Wolff 55, 127.  
 Wolter 30.  
 Woltersdorf 191.

Wright 395.  
 Würth 120.

**Z.**

Zangger 571.  
 Ziegelroth 332.  
 Zinn 255.  
 Zöge v. Manteuffel  
 497.

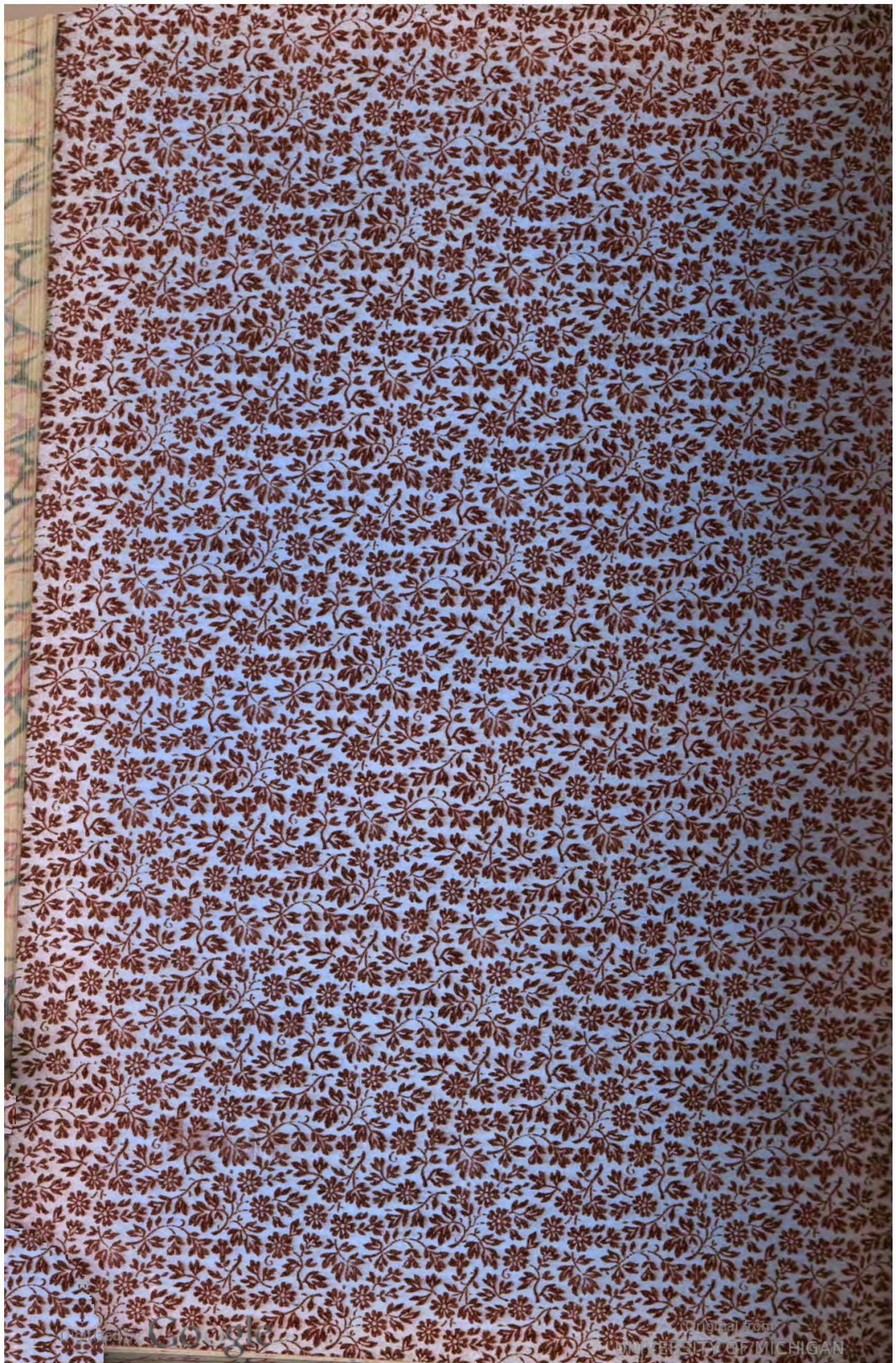
Druck von C. Grumbach, Leipzig.









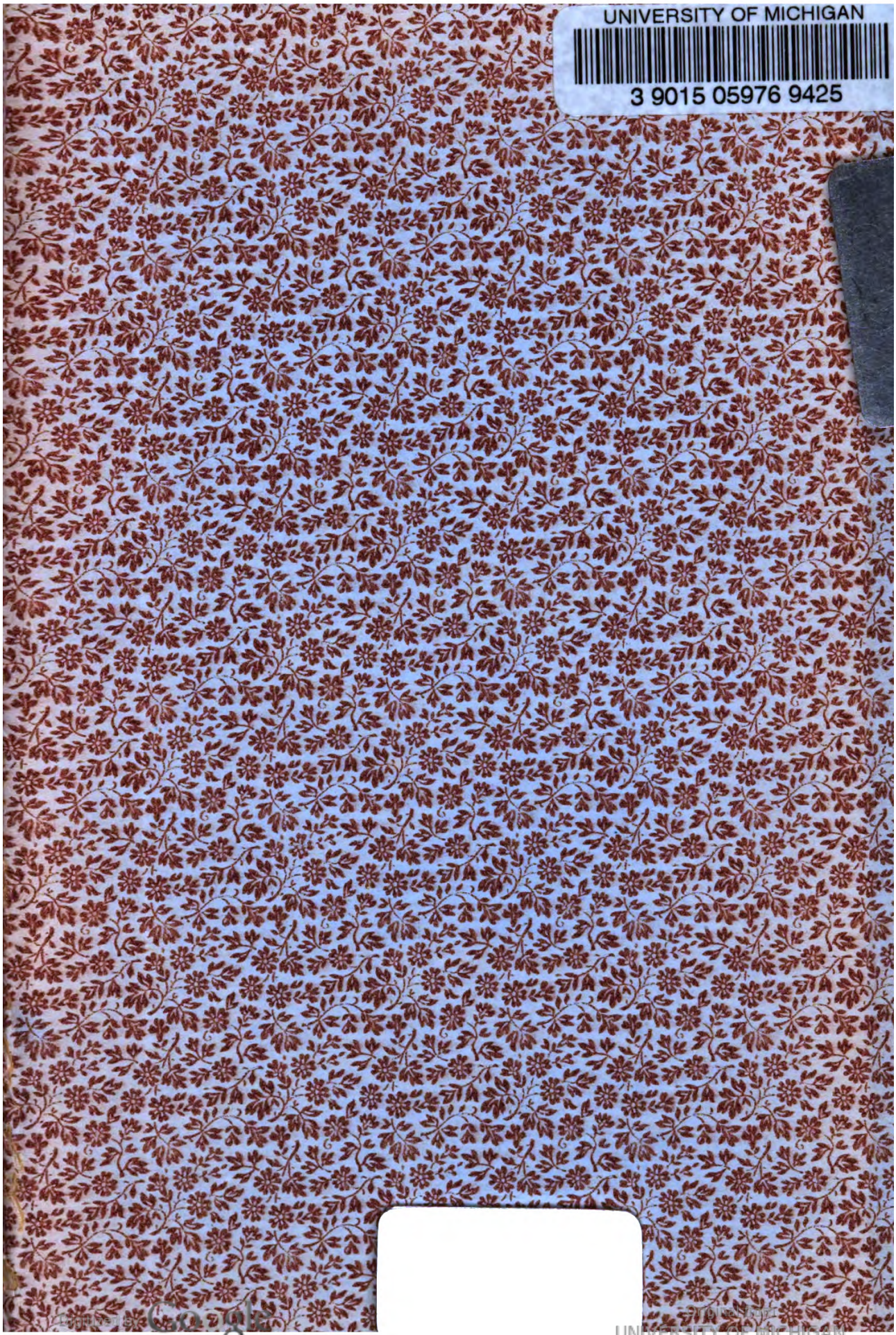




UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 05976 9425



UNIVERSITY OF MICHIGAN



