

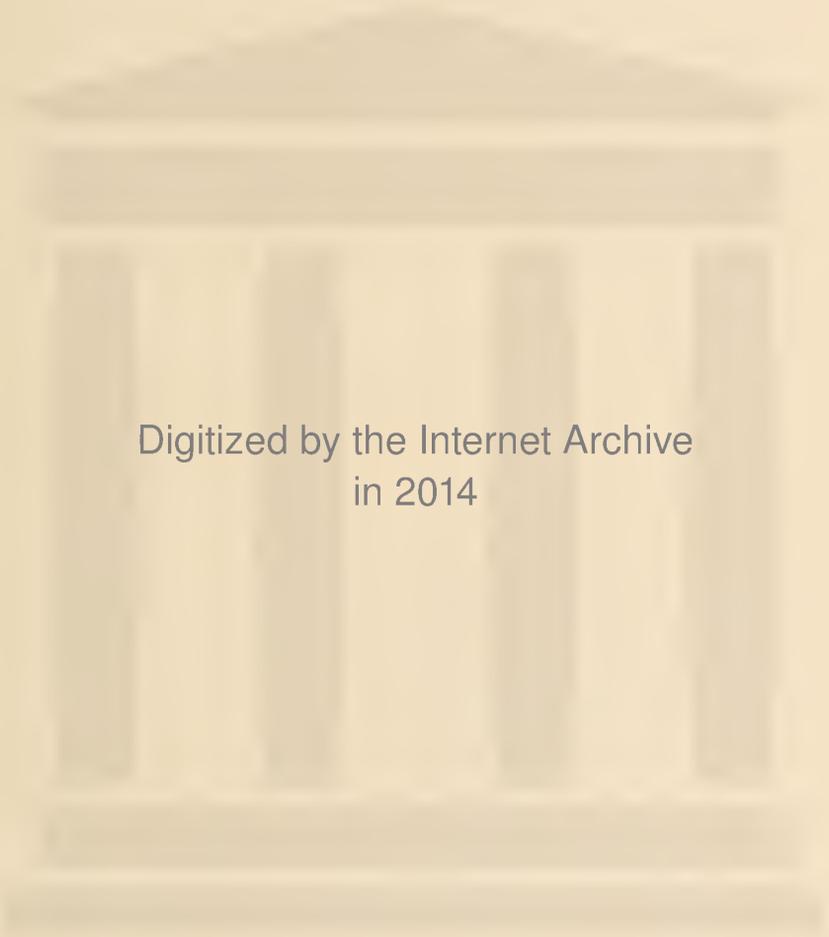
75424



Class _____ No _____

Presented by
The Editor.

2 75



Digitized by the Internet Archive
in 2014

Official Organ of the German Medical Societies of New York, Chicago, Cleveland and San Francisco.

Page 102 from New Yorker
Medizinische Monatschrift

Offizielles Organ der Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

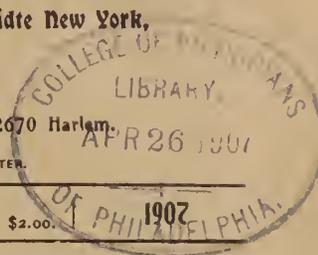
Redigiert von DR. A. RIPPERGER.

Office, 50 W. 130th Street, New York City, N. Y. Telephone Call, 2670 Harlem.

ENTERED AT THE POST OFFICE, NEW YORK, AS SECOND-CLASS MATTER.

Vol. XIX. No. I.

Diese Zeitschrift erscheint monatlich
Preis pro Heft, 20 Cts. Preis für 12 Hefte im Jahres-Abonnement, \$2.00.



APENTA

Natural Hungarian Aperient Water

"Gentle but satisfactory in its action. Always of the same strength, which, of course, is a matter of great importance. Remarkable for its richness in magnesium sulphate, exceeding that of all other bitter waters."
NEW YORK MEDICAL JOURNAL

"Its composition is constant. The practitioner is thus enabled to prescribe definite quantities for definite results."
THE LANCET

SOLE IMPORTERS:

APOLLINARIS AGENCY CO., 503 Fifth Ave., New York

Lysol

USED EVERY DAY IN EVERY HOSPITAL IN OBSTETRICAL AND GENERAL SURGICAL WORK



Fac-simile of 2-oz. bottle

Lysol possesses the power of loosening and removing bacteria from the surfaces or structures to which they adhere, because of its soapy character. It dissolves all fats and oils and exposes the germs to its immediate destructive action.

Lysol has greater antiseptic power than phenol or bichloride; it is non-caustic and relatively non-poisonous, and is therefore safer in the hands of patients than any of the older antiseptics.

For convenience in prescribing Lysol is also put up in two-ounce bottles, retailing at 25 cents

LEHN & FINK : : New York

Inhaltsverzeichnis siehe Seite 22 der Anzeigen.

SYR. HYPOPHOS. CO., FELLOWS

Contains the Essential Elements of the Animal Organization—Potash and Lime;

The Oxidising Agents—Iron and Manganese;

The Tonics—Quinine and Strychnine; (each fluid drachm contains the equivalent of 1-64th grain of pure Strychnine).

And the Vitalizing Constituent—Phosphorus; the whole combined in the form of a Syrup with a Slightly Alkaline Reaction.

It Differs in its Effects from all Analogous Preparations; and it possesses the important properties of being pleasant to the taste, easily borne by the stomach, and harmless under prolonged use.

It has Gained a Wide Reputation, particularly in the treatment of Chronic Bronchitis, and other affections of the respiratory organs. It has also been employed with much success in various nervous and debilitating diseases.

Its Curative Power is largely attributable to its stimulant, tonic, and nutritive properties, by means of which the energy of the system is recruited.

Its Action is Prompt; it stimulates the appetite and the digestion, it promotes assimilation and it enters directly into the circulation with the food products.

The prescribed dose produces a feeling of buoyancy, and removes depression and melancholy; hence the preparation is of great value in the treatment of mental and nervous affections. From the fact, also, that it exerts a tonic influence, and induces a healthy flow of the secretions; its use is indicated in a wide range of diseases.

This preparation can be procured at all chemists and druggists, everywhere.

OUR Knives are made in our own factory HAND-FORGED from best Sheffield steel, Strict attention is paid to TEMPERING, GRINDING and HONING.

TIEMANN'S KNIVES ARE FULLY WARRANTED.



Should any prove defective they will be cheerfully replaced at any time. Write for Booklet on Knives illustrating styles of handles and shapes of blades.

GEORGE TIEMANN & CO. (Inc.)

Branch:
Stohlmann, Pfarre & Co.
107 E. 28th St.
New York.

SURGICAL INSTRUMENT MAKERS
107 Park Row,
New York.

New Yorker

Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der

Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York,
Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigiert von DR. A. RIPPERGER.

Bd. XIX.

NEW YORK, 1907.

No. I.

Originalarbeiten.

Ueber die Anwendung löslicher Quecksilber-Präparate bei der inneren Behandlung der Syphilitis.*

Von Dr. HERMANN G. KLOTZ, New York.

Mag man auch noch so grosse Vorliebe für andere Methoden der Quecksilberbehandlung Syphilitischer haben, so begegnet man in der Praxis immer einer Anzahl von Fällen, in denen infolge verschiedener Umstände die Einführung des Quecksilbers durch den Mund und den Verdauungstrakt die einzige anwendbare Methode bleibt. Hier in den Ver. Staaten ist sie jedenfalls immer noch die von der grösseren Mehrzahl der Aerzte bevorzugte Behandlung. Sieht man sich in der periodischen Literatur sowie in Lehr- und Handbüchern um, so wird die Verabreichung in Pillenform beinahe ausschliesslich berücksichtigt, und das gelbe oder grüne Quecksilberjodid, das Protojoduret wird ganz allgemein empfohlen, wenigstens während der frühen Stadien der Krankheit; nur bei späteren Erscheinungen wird von einigen Autoren dem „mixed treatment“, der Verbindung des Sublimats oder des roten Quecksilberjodids mit Jodkalium der Vorzug gegeben. Wahrscheinlich legen sich nur wenige von den Aerzten, welche das Protojoduret verschreiben, je

die Frage vor, warum sie gerade dieses Präparat anwenden; bei vielen ist irgend ein Symptom, oft nur der Verdacht auf Syphilis unvermeidlich mit der gelben Pille oder Tablet verknüpft. Auch verschiedene Verfasser von Lehrbüchern, wie Green e in dem von Bang s und Har d a w a y herausgegebenen Sa u n d e r'schen Sammelwerke, geben keine Gründe für die Bevorzugung dieses Präparates an; es hat den Anschein, als bedürfte es angesichts der allgemeinen Anwendung hier zu Lande und namentlich auch in Frankreich keiner Rechtfertigung. F. W. White in Morrow's System (II. p. 732) ist geneigt, dem geringen Gehalt an Jod einen wohlthätigen Einfluss zuzuschreiben, aber in der Hauptsache glaubt er doch, dass das Protojoduret aus dem praktischen Grunde den Vorzug verdiene, dass es in der Anwendung von Seiten Hunderter von Autoren in zehntausenden von Fällen gute Resultate ergeben und so die Probe bestanden habe. Keyes (in Keyes und Ch e t w o o d, Venereal Diseases, 1900) gibt für seine als tonische bezeichnete Behandlungsmethode dem Protojoduret den Vorzug vor dem Sublimat, übrigens einem in hohem Grade tonisch wirken-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Med. Gesellschaft der Stadt New York.

JAN 21 1910

75424

den Präparat, vor der blauen Pillenmasse und dem Kalomel, ohne die Brauchbarkeit dieser in Abrede zu stellen. Aber er sagt, dass dieselben den Darmkanal nicht in so genügender Weise wie das Protojoduret reizen; das letztere äussert seine warnende Stimme, dass man die Maximaldosis im einzelnen Falle erreicht habe, während der Patient noch weit entfernt von der Salivationsgefahr sich befindet. Keyes wendet die Garnier-Lamoureux'schen mit Zucker überzogenen Pillen an, die nicht wie die gelben Pillen und Kügelchen das chemisch reine gelbe Protojoduret enthalten, sondern gleichmässig eine Mischung von gelbem und unreinem grünem Protojoduret, Einsprengungen von rotem Quecksilberjoduret, kleine Kugeln metallischen Quecksilbers und eine Spur freien Jods. Indessen legt er dem Präparat keine spezifische Wirkung bei; man könne jede Verbindung brauchen, solange dieselbe nur in ganz kleinen Dosen verteilt werde, so dass man dieselben beliebig versuchen könne. Er erwähnt auch die Verabreichung des Sublimats in Tinctura Ferri sesquichlorati aufgelöst als eine nützliche Verbindung; die Dose für das Sublimat solle mit 1/50 bis 1/100 Gran begonnen werden. R. W. Taylor (Gen. Urin and Vener. Dis., 1904, p. 674) spricht sich zu Gunsten des Protojodurets aus, ohne Gründe dafür anzugeben; allein er zählt die Nachteile anderer Präparate auf, darunter die des Sublimats, das sehr häufig Schmerzen in der Brust und in den Eingeweiden und Reizung des gastro-intestinalen Kanals hervorruft; man könne sich auf dasselbe nicht verlassen, denn in kleinen innerlichen Gaben habe es nur sehr geringe oder gar keine Wirkung und in grössern Gaben sei es zu reizend. Taylor spricht sich nicht darüber aus, ob sich dies auf die Anwendung in Form von Pillen oder in Lösung beziehe. Weiterhin aber (p. 679) empfiehlt er in späteren Stadien der Krankheit eine Auflösung des Deutojodurets (2—4 Gran mit ½ Drachme

Jodkalium in 3½ Unzen Tinct. Cinchonae compos. und ½ Unze Wasser) mit dem ausdrücklichen Bemerkten, dass in dieser Form das Quecksilber der wirksame Teil ist und das Jod nur dazu dient, es in Lösung zu erhalten. Dieser Mixtur erteilt er das Lob ausserordentlicher Wirksamkeit, sie werde in der Regel vom Magen gut vertragen, aber man müsse bei ihrer Anwendung sehr vorsichtig sein.

Deutsche Syphilidologen empfehlen in der Hauptsache andere Methoden der Quecksilberbehandlung und schenken der inneren Anwendung nur wenig Beachtung; meistens aber werden auch in erster Linie die Protojoduretpillen genannt, obgleich Kaposi, Neumann, Lang und Zeissl das Sublimat in Lösung erwähnen, aber mit der Warnung, während der Anwendung den Darmkanal genau zu überwachen. Mehr als in irgend einem andern Lande des europäischen Kontinents hat die innerliche Behandlung mit Quecksilber im Frankreich das Feld behauptet, bis in neuerer Zeit die hypodermatischen oder intramuskulären Einspritzungen viele Anhänger gefunden haben. Es existierten da eine Menge beliebter Formeln für Liqueurs, Syrups, Pillen etc. Mauriac, der jüngst verstorbene verdienstvolle Syphilidologe, sieht in seinem Buch (Traitement de la Syphilis, 1896, p. 195) das Sublimat und das Protojoduret für die am meisten benutzten Präparate an, das erstere auf die Autorität von v. Swieten und Boerhave hin, das letztere verdanke seine Popularität wohl am meisten der Empfehlung Ricord's. Mauriac, augenscheinlich vorwiegend die Anwendung in Pillenform im Auge habend, unterzieht die verschiedenartige Wirkung der beiden Präparate einer genauen Prüfung, ohne einem derselben absolut den Vorzug zu geben; vielmehr empfiehlt er, im einzelnen Falle die Wahl entsprechend den bestehenden Verhältnissen anzupassen. Das Sublimat, ein scharfes und ätzendes Gift, äussert sei-

nen Einfluss mehr auf den Magen als auf den Darm. Gibt man dasselbe in entsprechend kleinen Dosen, so klagen manche Patienten, namentlich im Anfang der Behandlung, über kneifende krampfartige Schmerzen im Magen, leichtes Brennen etc. Diese mögen allmählig verschwinden oder anhalten und eine wirkliche Gastralgie zur Folge haben. Im allgemeinen vertragen Frauen das Sublimat viel weniger gut als Männer. Man soll die Behandlung nicht zu lange fortsetzen, doch habe er Patienten 4 bis 5 Zentigramm ($\frac{2}{3}$ bis $\frac{5}{6}$ Gran) pro die monatelang ohne den geringsten Nachteil nehmen sehen. Pillen verursachen leichter Störungen als der Liquor von Van Swieten, aber dieser sei manchen Patienten wegen seines unangenehmen Geschmacks zuwider. Dem könne man bis zu einem gewissen Grade abhelfen dadurch, dass man einer genügenden Menge Wasser etwas Syrup oder aromatische Substanz wie Kognak, Rum oder Kirschwasser zusetze. Allein er fügt die sehr gerechtfertigte Besorgnis hinzu, dass manche Patienten sich verleiten lassen möchten, mit dem Aromatisieren zu weit zu gehen. Das Protojoduret greift den Darm mehr an als den Magen und zwar in Gestalt leichter Koliken, einer leichten Diarrhoe namentlich in den ersten 3 bis 4 Tagen, aber oft auch erst im Verlauf der Behandlung, Gastralgie oder Dyspepsie kommen selten vor, dagegen ruft es frühzeitig Gingivitis und Stomatitis hervor. Im allgemeinen solle man daher das Sublimat geben, wo der Zustand der Mundhöhle und des Darms berücksichtigt werden muss, und das Protojoduret den Dyspeptikern. Es ist behauptet worden, dass das Sublimat eine tiefere und dauerndere Wirkung auf die Syphilis zu entfalten imstande sei, und dass dasselbe daher mehr bei Spätformen, inveterierten und tertiären Symptomen zur Anwendung kommen solle und das Protojoduret in früheren Stadien. Mauriac gibt diese geringere Wirksamkeit des Protojodurets

nicht zu, da man es wenn nötig in viel grösseren Dosen geben könne, als durchschnittlich geschieht. Im Betreff eines gewissen Grades von Salivation wirft er die Frage auf, ob dieser nicht unter Umständen nötig sei. Wer sich von dem fast vollständigen Ausbleiben von Stomatitis oder auch nur der leichtesten Reizung des Zahnfleisches und der Mundhöhle während der Anwendung intramuskulärer Einspritzungen von Salizylquecksilber und andern unlöslichen Quecksilberpräparaten, oft auch des Kalomels überzeugt hat, in Gegenwart oft ganz auffälliger therapeutischer Wirkung, wird kaum geneigt sein, die Salivation und andere unangenehme Zugaben der mercuriellen Behandlung für vorteilhaft oder notwendig anzusehen.

Meine eigene Erfahrung, die sich über etwa 30 Jahre erstreckt, stimmt nicht überein mit der allgemeinen günstigen Ansicht von der Wirkung des Protojodurets in Pillen. Als ich mich mehr speziell mit der Behandlung der Syphilis zu beschäftigen anfang, wandte ich ohne Vorurteil ebenfalls meistens dieses Präparat an, nach den üblichen Regeln, gewöhnlich in Verbindung mit kleinen Dosen von Opium, in vollem Vertrauen auf die Richtigkeit der allgemeinen günstigen Ansicht über die Vorzüge des Präparats. Die Wirksamkeit betreffend, so war kein Grund zur Unzufriedenheit vorhanden, solange der Verlauf der Krankheit sich innerhalb der als normal zu bezeichnenden Grenzen hielt. Syphilide und besonders die schuppigen papillären Syphilide der Hohlhände und Fusssohlen, auch in späteren Stadien, wurden besonders günstig beeinflusst. Etwas weniger wirksam erwies sich die Behandlung der Schleimhautaffektionen des Mundes und Halses. Andere Symptome dagegen wie die flachen, breiten Papeln, besserten sich nur sehr langsam und das Auftreten neuer Erscheinungen auf der Haut und den Schleimhäuten war nicht gerade sel-

ten; spätere sekundäre und tertiäre Symptome wurden wenig beeinflusst. Abgesehen von diesen unbefriedigenden Resultaten der Protojodurettbehandlung wurden direkte Klagen über unangenehme Nebenerscheinungen laut in erster Linie betreffend die Verdauungsorgane: Kolikschmerzen, Diarrhoe, nicht gerade reichlich, 3 bis 4 Stuhlgänge im Tage, von geringer Quantität aber von scharfem, reizenden Charakter, nicht selten auch Appetitsverlust und dyspeptische Erscheinungen. Weit unangenehmer war die Wirkung auf das Zahnfleisch und die Mundhöhle im allgemeinen, nicht gerade in Gestalt schwerer ulzerierender Prozesse des Zahnfleisches, aber mehr weniger andauernden Speichelflusses, Schwellung und Röte des Zahnfleischrandes und der ganzen Schleimhaut begleitet von einem scharfen unangenehmen Geruch. Versuche mit andern Präparaten in Pillenform, dem Sublimat, dem Tannat und selbst mit dem salizylsauren Quecksilber, ergaben nicht viel bessere Resultate, wenn sie auch nicht von dem bei dem Protojoduret zuweilen vorkommenden leichten Jodausschlag im Gesicht begleitet waren. Nach solcher Erfahrung wandte ich mich der älteren französischen Methode der Sublimatlösungen zu, nicht genau dem Liquor Van Swieten's, einer Lösung von 1 Gramm Sublimat in 100 Gramm Alkohol und 900 Wasser, sondern Lösungen verschiedener Stärke mit allmählicher Vergrößerung der Dose. Was Pillen für den Patienten so angenehm macht, ist die Bequemlichkeit, mit der sie dieselben bei sich tragen können, unter Umständen direkt in der Westentasche. Es handelt sich also darum, einen Weg zu finden, der die Anwendung der Lösung nicht zu unbequem machen würde. Eine 3 Unzen haltende Flasche, namentlich flacher ovaler Form, ist wohl das grösste Gefäss, das man ohne Unbequemlichkeit in der

Rock- oder Westentasche unterbringen kann. Ihr Inhalt beträgt etwa 24 Theelöffel, mit dem unvermeidlichen Verlust kann man sicher auf 21 Theelöffel, also 3 tägliche Dosen von 1 Theelöffel für 1 Woche rechnen. Weist man nun den Patienten an, dass die Medizin 7 Tage ausreichen muss, so hat man eine fast ebenso genaue Dosierung wie mit den Pillen. Noch bequemer ist es, wenn sich der Patient ein $\frac{1}{2}$ Unze fassendes Fläschchen zulegt, dasselbe jeden Tag $\frac{3}{4}$ voll füllt und so nur die 3 Tagesdosen bei sich zu tragen braucht; etwas Wasser zur Verdünnung der Medizin findet er leicht; übrigens brauchen auch die meisten Patienten einige Schlücke Wasser, um Pillen hinunter zu schlucken. Auf diese Weise fing ich an, das Sublimat sowohl Privatpatienten wie auf meiner Abteilung im Deutschen Dispensary zu verschreiben, und ich kam bald zu der Ueberzeugung, dass die Nachteile oder Gefahren dieser Behandlung keineswegs so schlimm oder häufig waren, wie es die Lehrbücher behaupteten. In manchen Fällen erwies sich allerdings der Geschmack in hohem Grade widerwärtig, nicht sowohl direkt beim Einnehmen der Medizin als wegen des metallischen Nachgeschmacks beim Aufwachen am Morgen. Indessen fehlt dieses auch bei andern Präparaten und auch bei Pillen, keineswegs gänzlich. Bei längerer Dauer der Behandlung mag allerdings der üble Geschmack zuweilen so unangenehm werden, dass man wenigstens vorübergehend dieselbe unterbrechen muss, aber das ist keineswegs die Regel. Viel weniger häufig und intensiv waren die Wirkungen auf den Magen; Appetitlosigkeit, Dyspepsie oder Magenschmerzen wurden nur selten beobachtet, im Gegenteil machten eine Anzahl Patienten, und zwar nicht den ungebildeten Klassen angehörige, ganz freiwillig die Angabe, dass die Verrichtungen ihrer

Verdauungsorgane regelmässiger und naturgemässer sich vollzogen habe beim Gebrauch der Sublimatlösung als bei andern Präparaten oder vorher ohne spezifische Medizin. Diese Wirkung dürfte wohl den antiseptischen Eigenschaften zuzuschreiben sein. Klagen über Schmerzen in der Brust erinnere ich mich nicht gehört zu haben, dagegen traten zuweilen nach mehrwöchentlicher Behandlung Kopfschmerzen auf, aber nicht gerade häufiger als bei andern Quecksilbermethoden. Ein grosser Vorteil war das fast völlige Ausbleiben von Mundstörungen. Diese ist wohl ebenfalls der antiseptischen Wirkung der Lösung zuzuschreiben und erscheint dieselbe um so weniger auffällig, wenn man bedenkt, dass nach den Angaben einiger neuerer Autoren wie Borkhardt (Mon. f. prakt. Dermatologie, 1885) und Lanz (Pathogenese der mercuriellen Stomatitis und Salivation, Berlin 1897) die für gewöhnlich in grosser Zahl sich in der Mundhöhle aufhaltenden Bakterien eine wichtige Rolle spielen bei der Erzeugung der mercuriellen Stomatitis. Es ist vielleicht nicht so allgemein bekannt, dass eines der besten lokalen Mittel bei dieser Stomatitis eine Sublimatlösung von 1:2—3000 Wasser ist, auf das ich vor einer Reihe von Jahren durch meinen Freund Dr. C. Schumacher in Aachen aufmerksam gemacht wurde. Das übliche Ausspülen mit einer Lösung von chlorsaurem Kali war meist ausreichend, die Mundhöhle gesund und rein zu erhalten, ja ich habe wiederholt beobachtet, dass durch vorhergegangene Quecksilberbehandlung anderer Art erkranktes Zahnfleisch während längerer Sublimatbehandlung reine normale Beschaffenheit wieder erlangte und behielt. Ein weiterer Vorteil der Sublimatbehandlung zeigte sich in der bedeutenden Beeinflussung der Symptome der Syphilis und augenscheinlich auch der Krankheit selbst, die jene der Proto-

joduretpillen bei weitem übertraf. Diese zeigte sich nicht nur in der rascheren Beseitigung der Haut- oder Schleimhautveränderungen, sondern auch in der geringeren Häufigkeit von Rezidiven und in der mehr ausgesprochenen Wirkung auf sekundäre Spät- und sogenannte tertiäre Formen. Dies bezieht sich ausdrücklich auf die Sublimatlösung allein, nicht auf die Verbindung mit Jodkalium, dem „mixed treatment“, dessen Wirksamkeit ja allgemein anerkannt ist. Ich will nun nicht bestimmt behaupten, dass diese besseren Resultate der sicheren und rascheren Absorption des Quecksilbers in der gelösten Form zuzuschreiben seien, obwohl ich im allgemeinen zu der Annahme neige, dass der gelöste Zustand einer Medizin für die Aufnahme die günstigsten Bedingungen darbietet. Allein wir haben keine positive Kenntniss von den chemischen Prozessen, welche im Magen und sonst im Organismus vor sich gehen, um die Assimilation des Quecksilbers zu bewerkstelligen. Mauriac (l. c., p. 207) gesteht nach einer Uebersicht über die verschiedenen Theorien von den chemischen Vorgängen im Magen und im menschlichen Körper überhaupt bei der Quecksilberassimilation ein, dass eine bestimmte Antwort auf diese Frage bei dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse nicht möglich sei.

Im allgemeinen habe ich keine besonders grossen Gaben zur Anwendung gebracht. Die gewöhnliche Verordnung im Deutschen Dispensary war 15 Zentigramms in 90 Gramm Wasser (2½ Gran in 3 Unzen). Ich würde vorgezogen haben, 100 Gramm Wasser zu verschreiben, wenn nicht die hier gebräuchlichen Medizinflaschen auf Unzen eingerichtet und für das metrische System nicht immer passend wären, sodass der Apotheker für 100 Gramm schon eine 4 Unzenflasche dispensieren würde. Bei einem

Rezept von 15, 20 oder 25 Zentigramms in 90 oder 100 Gramm Wasser, oder $2\frac{1}{2}$ bis 4 Gran in 3 Unzen würde die Einzeldose 0,7, 1, oder 1,2 Zentigramm, oder $\frac{1}{8}$ bis zu $\frac{1}{5}$ Gran pro dosi, $\frac{3}{8}$ bis $\frac{3}{5}$ Gran pro die betragen.

Diese Dosen entsprechen ziemlich genau den von Mauriac empfohlenen. In der Regel wurde die Medizin ohne weitere Zusätze von Syrup oder aromatischen Substanzen verordnet, da in einer Lösung in destilliertem Wasser kaum eine Zersetzung stattfinden kann, dagegen wurden die Patienten angewiesen, die Medizin einige Zeit nach den Mahlzeiten mit Wasser oder Milch verdünnt einzunehmen. Diese Methode wurde durch eine Reihe von Jahren bei vielen Patienten angewandt und hat sich mir sehr gut bewährt, ebenso, soviel ich weiss, meinen damaligen Kollegen im Deutschen Dispensary, Dr. A. F. Büchler, S. Politzer und H. Graeser. Schon vor längerer Zeit hatte ich daher daran gedacht, die Aufmerksamkeit auf die Vorteile der löslichen Präparate zu lenken, als in 1900 in der Festschrift für Prof. Kaposi (p. 81) Brocq, der bekannte Pariser Dermatologe und Syphilidologe, einen Artikel veröffentlichte: *Les doses fractionnées de bichlorure et de bijodure de mercure dans le traitement de la Syphilis*. Da Brocq's Ansichten und Erfahrungen beinahe ganz mit den meinigen übereinstimmen, namentlich die wichtigsten Punkte betreffend, erscheint es gerechtfertigt, über seinen Artikel in Kürze zu berichten und durch seine Autorität meine eigenen Behauptungen zu bestärken.

Die Behandlung vom Magen aus, sagt er, ist von mannigfachen Unbequemlichkeiten begleitet, namentlich wenn die Quecksilberpräparate in Pillenform gegeben werden, und doch muss man die Tatsache anerkennen, dass die meisten Aerzte auf Drängen

der Patienten Pillen verschreiben, weil sie ein leicht zu verbergendes Mittel haben wollen. Indessen muss man zugeben, dass die Verabfolgung in Pillen viel weniger zuverlässig ist, da die völlige Zerteilung der Pille und die Absorption ihres Inhalts vom Zufall abhängig ist; auch kann der aktive Bestandteil der Pille, wenn sie sich auflöst, die Schleimhaut des Verdauungskanals schädigen. Auf Grund dieser Unzuverlässigkeit und der Belästigung des Magens haben die Freunde der intramuskulären Injektionen die Pillenbehandlung angegriffen. Allein die Pillen repräsentieren nicht die ganze innere Behandlung, und seit Menschengedenken hat man den Grundsatz anerkannt: *corpora non agunt nisi soluta*.

Brocq gibt weiter an, dass er seit 1888 von der Richtigkeit dieses Prinzips überzeugt und so viel wie möglich Versuche mit der Behandlung per os aber nur mit löslichen Quecksilberpräparaten gemacht hat, die Praxis der älteren Syphilidologen wieder aufnehmend. Die Verabreichung geschah auf zweierlei Weise: entweder wurde die ganze Tagesdosis in einer oder zwei grösseren Gaben am Morgen vor dem Frühstück oder vor den beiden Hauptmahlzeiten gegeben. Dies ist die bequemere Weise, da der Patient keine Medizin mit sich herum zu tragen braucht, aber sie ist weniger wirksam und den Verdauungskanal eher zu belästigen geneigt. Oder die Tagesdosis wird in 4 bis 6 Einzelgaben verteilt, die vor oder zwischen den Mahlzeiten in einer Tasse Milch oder Vichy genommen werden. Dieser Methode gibt er den Vorzug und erweist sich dieselbe sehr wirksam. Brocq zieht dann einzeln die Nachteile in Betrachtung. Uebler Einfluss auf den Magen sei viel weniger zu fürchten, wenn die Medizin mit einer genügenden Menge Milch oder Vichy genommen werde. Er behauptet auch, mit der Bemerk-

ung, dass dies etwas paradox erscheinen dürfte, dass bei einigen Patienten während der Anwendung die Funktionen der Verdauungsorgane besser vollzogen wurden, dass sie regelmässiger Stuhlentleerung, in einzelnen Fällen sogar Verstopfung, bekamen. Wo Leibschmerzen oder Diarrhoe auftraten, waren einige Tropfen Opiumtinktur meist genügend, um Erleichterung zu bringen. Der Widerwille einiger Patienten gegen die Medizin kann meistens beseitigt werden durch die Zufügung eines Riechmittels wie Anis oder durch einen aromatischen Syrup, in einigen Fällen ist es aber nicht möglich, den Widerwillen zu beseitigen; auffälliger Weise kommt dies weniger in der Privatpraxis als in den Hospitälern vor. Der grösste Uebelstand ist die Unbequemlichkeit, da manche Patienten wirklich keine Gelegenheit haben, die Medizin mehrmals am Tage zu nehmen wegen ihrer Beschäftigung, oder weil sie Niemand wissen lassen dürfen, dass sie überhaupt Medizin einnehmen; andere vergessen es. Er gibt den Patienten eine kleine graduierte Flasche, in der sie die ganze tägliche Dose mit irgend einer Flüssigkeit gemischt bei sich tragen können. Auffällig ist, dass Brocq der Wirkung auf die Mundhöhle gar keine Erwähnung tut; dieses Stillschweigen lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass er keine Stomatitis bei seinen Patienten beobachtete. Als Vorteile der Behandlung führt er die Genauigkeit der Dosierung im Vergleich mit Einreibungen und Inhalationen an, ferner die geringe Reizwirkung auf den Verdauungskanal, die Tatsache, dass der Patient nicht so häufig zum Arzt zu

gehen braucht, das Vermeiden von Schmerzen oder vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, welche bei Injektionen vorkommen können. Er behauptet, dass die therapeutische Wirksamkeit, namentlich der häufigen kleinen Dosen, beinahe derjenigen der Einspritzungen gleichkomme. Oft wurden 19 bis 20 Gramm von Van Swieten's Liquor im Tage gegeben, und mit solchen Gaben von 1,5 bis 2 Zentigrammen ($\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ Gran) wurden viel bessere Resultate erzielt als mit 3 bis 4 Pillen à 1 Zentigramm. Die seltneren und grösseren Dosen wirken nicht gleich günstig. Während der 12 Jahre, in denen Brocq diese Methode ausübt, kamen ihm wenige Syphiliserscheinungen vor, die derselben Widerstand geleistet hätten mit Ausnahme tertiärer, psoriasisartiger Syphilide der Handteller und Fusssohlen und einiger Fälle der seltneren sklerotischen gummatösen Infiltrate in der Mundhöhle, besonders der Zunge. Gegen diese ausserordentlich hartnäckigen Symptome kommt keine Behandlung den Kalomelinjektionen gleich. Aber frühzeitige bösartige Syphilisformen, zum Zerfall neigende Gummata, Periostitis, serpiginöse tertiäre Geschwüre weichen meistens den verteilten Dosen löslicher Quecksilberpräparate entweder allein oder in Verbindung mit Jodkalium. Dennoch will Brocq diese Methode nicht als die ausschliessliche Behandlungsweise für Syphilis hinstellen, sondern wendet auch andere Methoden wie Einreibungen und Einspritzungen besonders in der Hospitalpraxis an. Und darin schliesse ich mich ihm vollständig an.

130 W. 58. St.

Allgemeine Behandlung der Tabes.*

Von Dr. H. S. FRENKEL-HEIDEN.

Tabes ist eine unheilbare Krankheit, unheilbar, wenn Sie den pathologisch anatomischen Standpunkt nehmen. Es ist kein Fall bekannt, in welchem jemand, an dem während seines Lebens die Diagnose der Tabes gemacht worden ist, auch wenn es sich nur um Kardinal-Symptome, also nur um einen leichten Fall gehandelt hat, — bei der Autopsie keine Degeneration der hinteren Stränge gezeigt hätte. Aber wenn Sie sich andererseits die pathologische Anatomie der Tabes ins Gedächtnis zurückerufen, so werden Sie begreifen, dass symptomatisch-klinisch die Tabes sich in ganz verschiedenen Formen dem untersuchenden Arzte darbietet. Erstens einmal kann der tabische Prozess an allen Stellen des Rückenmarks einsetzen, und es ist klar, dass es für die Funktionen des Menschen ganz verschiedene Bedeutungen hat, ob der tabische Prozess z. B. im unterem Zervikal-Mark oder in dem unteren Dorsal-Mark einsetzt. Er wird im ersten Falle Beschwerden im Arm haben, in seiner Brust, Parästhesien, aber seine Gehbewegung z. B. wird ganz intakt sein. Ganz anders wird sich das Bild darstellen, wenn der tabische Prozess im unterem Dorsal-Mark oder im Lumbal-Mark einsetzt. Sie werden dann hauptsächlich das Symptom der Ataxie und andere Symptome, die mit den unteren Extremitäten und dem unteren Teil des Rumpfes zusammenhängen, zu Gesicht bekommen. Zweitens: die Frage der Ausdehnung des Prozesses; für das klinische Bild kommt es sehr darauf an, ob der tabische Prozess eine ganze Anzahl von Segmenten hintereinander ergreift. Wieder anders wird das Bild sein, wenn der tabische Pro-

zess an verschiedenen Stellen gleichzeitig eingreift, oder, wie es meistens der Fall ist, grosse Stücke des Rückenmarks intakt lässt. All dieses hat für das klinische Bild ein besonderes Interesse und für Sie als Aerzte ein besonderes Interesse betreffs der Frage der Prognose, wenn Sie bei einem Kranken, der im Beginn zu Ihnen kommt, die Diagnose der Tabes dorsalis stellen, und zwar in einer absolut sicheren Weise, was heutzutage bei dem Stand unserer Kenntnisse nicht nur möglich, sondern eine einfache Sache ist. Sie müssen sich in Bezug auf die Prognose einer grossen Reserve befleißigen. Sie können absolut nicht wissen, was aus diesem Menschen werden wird in zwei Jahren, in zehn Jahren, zwanzig Jahren, und diejenigen Aerzte, die in einem natürlichen Bedürfnis nach Ehrlichkeit und Aufrichtigkeit dem Patienten eine üble Prognose geben, wie das verhältnissmässig häufig vorzukommen pflegt und gerade unter unseren besseren Kollegen, werden sich nicht nur vielfach irren, sondern, durch diesen Irrtum dem Kranken den grössten Schaden zufügen, psychisch und in seinen geschäftlichen Arrangements. Die Diagnose der Tabes kann in Bezug auf die Prognose absolut nichts aussagen, und die Klinik zeigt uns, dass die Bilder eines Menschen mit tabischem Prozess oft so sehr unähnlich sind, dass man oft wünschen möchte, es würde eine verschiedene Diagnose gestellt werden. Im allgemeinen können Sie sich vorstellen dass die klinischen Bilden in einander fliessen, und jede Einteilung ist ebenso künstlich wie es künstlich wäre, an irgend einer bestimmten Stelle im Zentral-Nervensystem den tabischen Prozess aufhören zu lassen und an anderer Stelle ihn auf gesundem Gewebe wieder entstehen zu lassen. Uebergänge

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Med. Gesellschaft der Stadt New York am 3. Dez. 1906.

sind pathologisch, anatomisch und klinisch vorhanden. Trotzdem sind doch die verschiedenen Enden dieser in einander übergehenden Linien so verschieden, dass wir berechtigt sind, von ganz bestimmt verschiedenen klinischen Tabes-Formen zu sprechen. Im allgemeinen bewährt sich eine Einteilung, wenn Sie die Sache so ansehen, dass es keine klinischen Formen gibt, welche alle Symptome in ungefähr gleichem Masse ausgebildet zeigten. Also ein typisches Beispiel ist ein Mann, der vor zehn Jahren seine ersten Schmerzen gehabt hat, der anfängt mit Blasen-Beschwerden und Schwierigkeiten beim Gehen, namentlich im Dunkeln. Sie machen die Diagnose. Dann vermehren sich einzelne Symptome; die Magenbeschwerden, die Blasenbeschwerden werden grösser, die Ataxie wird grösser, und im Laufe von fünf, sechs Jahren ist der Mann bettlägerig oder hat eine schwere Cystitis, die ihn an sein Zimmer fesselt. Aber ich weiss nicht, ob diese Form die Mehrzahl der Tabiker begreift. Ich habe doch eher den Eindruck, als ob diese Form, die gewissermassen alle wichtigen Partien des Zentral-Nervensystems in schneller Reihenfolge ergreift, doch nicht so häufig ist. Jedenfalls ist es gestattet, neben dieser allgemeinen Tabes andere Formen von Tabes festzustellen, die man wegen ihrer Eigentümlichkeit klinisch abzutrennen berechtigt ist, und die wir vielleicht mit dem Namen monosymptomatische Formen bezeichnen können. Also, um an einem Beispiel die Sache klar zu machen, gibt es Fälle, welche ihr ganzes Leben lang nichts anderes zeigen als Schmerzen. Solche Fälle können 10 bis 25 Jahre nichts weiter zeigen als von Zeit zu Zeit heftige Schmerzanfälle, deren Intensität möglicherweise in umgekehrtem Verhältnis zu der Schwere des übrigen Zustandes steht. Bei grösserer Erfahrung wird man finden, dass gerade die elementaren vehementen Schmerzen, vorausgesetzt dass sie den Charakter der

echten tabischen Schmerzen haben, d. h. einen in einem gewissen Moment befallen, dann eine Zeit lang, vielleicht 24 Stunden dauern und dann spurlos wieder verschwinden. Bei dieser speziellen Form von Schmerzen, die sich nicht mit anderen Schmerzen vergleichen lassen, kann man sagen, dass diese Form sehr heftiger Schmerzen in Bezug auf die übrigen Symptome günstig ist. Warum, wissen wir nicht. Solche monosymptomatische schmerzhaftige Tabes-Formen bedürfen eigentlich keiner weiteren Behandlung — wenn man davon absieht, dass es eine besondere Therapie geben könnte, die Tabes kuriert — als die der Schmerzen.

Eine andere monosymptomatische Form ist die Tabes, die wir als ataktische Tabes bezeichnen können, die gesunden Tabiker, die absolut gesund sind, so lange Sie neben ihnen sitzen und sich mit ihnen unterhalten, die geistig wohl auf sind, keine Beschwerden haben, deren Krankheit einfach in der Ataxie der unteren Extremitäten liegt.

Eine dritte Form, die klinisch noch nicht genügend ausgearbeitet ist, die aber jedenfalls selbstständig genug ist, um sie abtrennen zu können, ist die Form, bei der eine bestimmte Veränderung in den Muskeln und als Unterabteilung auch in den Knochen vorhanden ist. Und diese erstere hat deswegen eine besondere Bedeutung, weil sie oft kombiniert ist mit Ataxie und weil man unter Umständen geneigt ist, diese beiden zu verwechseln. Ich will Ihnen gleich sagen, was ich meine. Es gibt Veränderungen der Muskelsubstanz, die nur bei Tabes in dieser Form vorkommen, infolge dessen die Muskeln und Gelenke in der Weise sich verändern, dass das Gehen und das Stehen des Patienten wesentlich gehindert ist. Es kann vorkommen, wenn Sie einen derartigen Patienten auf seine Ataxie untersuchen, dass diese Ataxie zu Ihrem grossen Erstaunen verhältnissmässig gering ist. Nun wissen Sie,

dass wir heute Methoden haben, die Ataxie zu beseitigen. Solche Menschen, die besonders stark an Gehbeschwerden durch Hypotonie der Muskeln leiden, werden am wenigsten Vorteile haben von der Behandlung der Ataxie, und insofern ist es für Sie ausserordentlich wichtig, diese Form von der ataktischen Form abzutrennen. Ich kann mich nicht auf Einzelheiten einlassen, aber sie sind für jeden von Ihnen in der Weise zugänglich, dass Sie sich darüber ein klare Bild machen können.

Schon wir zunächst einmal von dieser gemischten Form ab, so möchte ich nun auf den strikten Gegensatz von diesen Formen hinweisen, nämlich auf die allerschwerste Erscheinung der Tabes, bei denen der Kranke vollkommen den Eindruck eines Schwerkranken macht, ganz abgesehen von den speziellen durch die Läsion in seinem Rückenmark bedingten Symptome. Das sind die Fälle, die man nicht selten zu Gesicht bekommt, die anfangen können wie jeder andere. Ein Mann hat vor 4 bis 5 Wochen einen grossen Marsch gemacht und findet sich heute in dem Zustande völliger Hilflosigkeit, schwerer Ataxie und allgemeinen Beschwerden. Sie haben den Eindruck, dass solche Fälle, die sich so schnell entwickeln, eine sehr ungünstige Prognose geben, und es ist durchaus möglich, dass ein solcher Mann, der vor vier Wochen in sein Geschäft zu Fuss gegangen ist, nach einem oder zwei Jahren tot ist, ohne dass der Tod verursacht worden wäre durch irgend welche besondere Ursachen, wie wir sie sonst bei chronischer Nervenkrankheit finden. Nicht dass er notwendigerweise an Cystitis zu Grunde geht oder an einer Blutung oder an Dyspepsie, sondern die Leute gehen an einer Kumulation aller Symptome, welche in den Hintersträngen des Rückenmarks lokalisiert sind, zu Grunde. Es ist wichtig, dass Sie das wissen, bevor wir auf unser eigentliches Thema, die Behandlung ein-

gehen. Diese wird ganz wesentlich davon abhängen, in welchem Zustand und mit welcher Form von Tabes Sie den Patienten finden.

Selbstverständlich hat es an Bestrebungen nicht gefehlt, den Prozess selbst zu beseitigen, die Tabes zu kurieren. Diese Bestrebungen sind bis jetzt erfolglos geblieben, wenigstens in Bezug auf die grosse Mehrzahl. Man hat in allen Fällen, in denen eine wesentliche Besserung des tabischen Prozesses angenommen werden konnte, die Möglichkeit gehabt, sie auf andere Ursachen zurückzuführen als auf die Behandlungsweise, die man mit dem Patienten vorgenommen. Bekannt ist Ihnen, und es ist die wichtigste, die in den letzten 20 Jahren unsere Aufmerksamkeit auf sich zieht, die antisiphilitische Behandlung der Tabes. Auch darin ist ein theoretischer Standpunkt eingenommen worden, von der Erkenntnis ausgehend, dass wahrscheinlich alle Tabiker Syphilis gehabt haben, und Männer wie Erb und Fournier empfehlen sie jetzt noch. Eine eigene Meinung habe ich nicht. Ich habe niemals Fälle gesehen, bei denen die antisiphilitische Behandlung einen so eminenten Erfolg gegeben hat, dass man ihn darauf zurückführen musste. Andererseits habe ich Fälle gesehen, bei denen man mit Bestimmtheit versichert hat, dass sie nach einer oder mehreren antisiphilitischen Behandlungen von einer Anzahl von Symptomen befreit worden sind. Wer die Geschichte der Behandlungsmethoden kennt und sich darüber aufhält, dass dieselben so wechseln, mache sich einmal klar, wie ungeheuer schwer es in jedem Zweige irgend einer Wissenschaft ist, aus dem post hoc auf das propter hoc zu schliessen, oder dieses post hoc, ergo propter hoc auszuschliessen. Beides ist nur an einem so kolossalen Material mit einiger Evidenz möglich, dass ein Jahrhundert oder mehr darüber vergehen muss, bevor wir Klarheit darüber haben. Praktisch stellt sich aber die Sache jeden

Tag so dar, dass Sie entscheiden müssen, ob Sie einem Patienten eine energische Schmier-Kur empfehlen sollen oder nicht. Als Richtschnur möge Ihnen nicht dienen die Angabe des Patienten, ob er einmal Syphilis gehabt hat. Manche wissen es, manche wissen es nicht. Eine grosse Anzahl verheimlicht es, namentlich die, welche die Behandlungsweise durchgemacht und die Nutzlosigkeit derselben eingesehen haben. Ich kann meine Statistik alljährlich im Sinne der syphilitischen Aetiologie verbessern, indem ich durch Hausärzte, durch Brüder mich darüber vergewissere, dass tatsächlich in einem Fall, wo Lues geleugnet wurde, diese doch vorhanden war. Als Kuriosum möchte ich mitteilen, dass die Aerzte unter den Leugnern der Lues einen auffallend hohen Prozentsatz stellen und zwar so sehr, dass ich gewohnt bin, seit Jahren meine Statistik über die Aerzte ganz besonders von der der anderen Patienten zu führen. Es ist das ganz verständlich. Die Aerzte haben gar kein Interesse daran, mir und Anderen ihreluetische Vergangenheit zuzugeben; sie haben alles versucht, sie würden es auch tun, wenn sie sich mit mir aussprächen. Es ist mir das trotzdem ausserordentlich auffällig und fast beunruhigend für meine andere Statistik gewesen, bis eine andere Erfahrung mich auf den richtigen Weg führte, nämlich die Erfahrung der Psychiater mit der Paralyse unter den Aerzten; denn es ist bei einer Anzahl von Aerzten mit progressiver Paralyse gelungen, Lues nachzuweisen, trotz absoluter Ablehnung ihrerluetischen Vergangenheit. In allen diesen Fällen ist es mit unumstösslicher Gewissheit gelungen, nachzuweisen, dass sie alle Lues gehabt haben, davon gewusst haben und sich regulär an Lues haben behandeln lassen. Sie werden also einen Fall darnach beurteilen, ob der Mann in seinem Allgemeinbefinden eineluetische Kur durchmachen kann. Das ist heutzutage nicht mehr ein gefährliches

Experiment. Jeder Patient beginnt die antiluetische Behandlung erst, wenn er sich vom Zahnarzt den Mund vollständig in Ordnung hat bringen lassen. Sie werden dann ferner erforschen, ob der Mann eineluetische Behandlung gehabt hat. Sie werden dieselbe vorsichtig probieren und natürlich unterbrechen, sobald ernste Zwischenfälle vorkommen.

Es ist natürlich leicht, von einem theoretischen Standpunkt aus zu sagen, die Tabes ist keine Lues, trotzdem ein Tabiker früher Lues gehabt hat, und doch kommen Männer mit so grosser Erfahrung wie Fournier und Erb immer wieder auf die Wohltätigkeit eines solchen Verfahrens zurück. Solange Sie den Patienten unter ihrer eigenen Aufsicht haben und die Sache jeden Moment unterbrechen können, sollten Sie doch einen Versuch damit machen. Ich glaube nicht, dass Sie viel damit erzielen. Ich glaube nicht, dass eine frühzeitige und kontinuierliche antiluetische Behandlung bei einem Menschen, der Lues gehabt hat, den Ausbruch der Tabes hindern kann. Dazu habe ich ein paar zu frappante Beispiele gesehen, bei denen Leute unter Fourniers Leitung vom ersten Tag an antiluetisch behandelt worden waren. Die Patienten wurden ein Jahr lang sehr streng behandelt, dann wieder beaufsichtigt u. s. w. Es ist eine fortwährende Kontrolle, und trotzdem kenne ich ein paar Fälle, bei denen sich die Tabes in genau der gleichen Weise entwickelt hat, wie wenn sie nicht behandelt worden wären.

Es kommen in zweiter Reihe die Jod-Präparate in Frage. Dr. Jacoby sagte mir, dass die strenge Jod-Behandlung hier eine übliche ist. Wir scheinen in Europa auch zu dieser Tendenz zu kommen. Kompetente Aerzte finden, dass wir zu kleine Dosen geben, aber es scheint, dass man jetzt doch dazu gekommen ist, auch in Europa grosse Dosen Jod zu geben. Sie werden gut tun, wenn Sie kein Jodkalium, sondern Jodnatrium geben. Die Franzosen legen

ein ziemliches Gewicht bei allen Jod- und Brom-Präparaten auf eine gewisse Hygiene des Darmes, dass, wenn jemand Jod nimmt, er regelmässigen Stuhlgang hat u. s. w. Unter den Behandlungsmethoden, die besonders Aufsehen erregt haben, ist Ihnen die Brown-Séquard'sche bekannt, die jetzt aufgegeben ist. Aehnlich ist es mit der Pöehl'schen, die jetzt nicht so sehr gegen die Tabes selbst als gegen ein wichtiges Symptom, gegen die Schmerzen warm empfohlen wurde. Das ist ein sehr kostspieliges Präparat. Man kann nur wenigen Patienten es zumuten, dasselbe selbst zu bezahlen. Wir haben in einem Sommer grosse Opfer gebracht, solchen Patienten die Pöehl'schen Präparate einzuflöschen. Der Erfolg war gleich Null. Neuerdings ist von ziemlich ernsthafter Seite ein Präparat empfohlen worden unter dem Namen Keratin. Es wird von Merck dargestellt. Es ist zu neu, als dass ich selbst eine massgebende Erfahrung mitteilen könnte. Es hat den Vorzug für reiche Patienten, dass es sehr teuer ist, und den Vorzug, dass es den Patienten den ganzen Tag beschäftigt; er muss 20 bis 30 Pastillen den Tag nehmen. Es wird ganz gut getragen. Der Kollege scheint Gutes davon gesehen zu haben. Das Keratin-Präparat wird aus Hornsubstanz hergestellt. Möglicherweise machen Sie einmal einen Versuch an einem einzelnen Fall und publizieren denselben. Das wird Alle, die sich damit zu beschäftigen haben, sehr interessieren.

Eine nicht symptomatische Behandlung, die Tabes zu kurieren Anspruch erhebt, ist die Elektrizität in allen verschiedenen Formen, und neuerdings ist sie in einer neuen Form aufgetaucht, nämlich in der Form der haute fréquence. Die Literatur hat keinen Fall gezeigt, in dem eine Verbindung zwischen dieser Behandlung und dem tabischen Prozess notwendiger Weise erschlossen werden konnte. Die Klassiker in unserer jetzigen Tabes-Therapie,

wie Erb, haben eine besondere Methode. Sie lassen im Laufe des Jahres einem Tabiker ein paarmal ein paar Wochen lang das Rückenmark galvanisieren mit dem aufsteigenden Strom. Ich glaube, dass Erb noch jetzt die Ueberzeugung hat, damit einer grossen Anzahl Patienten genützt zu haben, und es ist nicht meine Absicht, diesen Glauben erschüttern zu wollen, obgleich ich nichts gesehen habe, das notwendiger Weise auf Erfolg schliessen lassen muss.

Wenden wir uns jetzt zu der wichtigsten Frage, der symptomatischen Behandlung. Dabei ist, wie schon gesagt, erst die Form zu nennen, die wir als Schmerzform kennen. Den Kranken muss man helfen gegen ihre Schmerzen. Sie können so kolossale sein, dass sie die Besinnung des Patienten rauben, dass sie, trotzdem sie vorübergehend sind, zu Selbstmordversuchen geführt haben und den Arzt selbst in grösste Aufregung versetzen. In neuerer Zeit haben wir ein wertvolles Mittel dagegen. Die Reihe der künstlichen aromatischen Salze begann mit dem Kairin. Nach dem Kairin kam das Antipyrin, das ganz gewiss nachteilig für unser Nervensystem ist. Es macht Dyspnoe und affiziert das Herz. Wir haben es für unseren Zweck ganz aufgegeben. Das Antifebrin wird noch manchmal gegeben. Die beiden hauptsächlichsten Mittel, welche jetzt diese Domäne beherrschen, sind das Aspirin und das Pyramidon, beides Kombinationen von Salizyl-Präparaten, von verschiedenen Fabriken dargestellt und beide mit ziemlich gleicher Intensität empfohlen. Strichweise im Norden Deutschlands gibt mancher Aspirin, im Westen und Süden Pyramidon. Ich glaube, dass Aspirin manchmal den Magen affiziert, und würde raten, einmal Pyramidon zu versuchen. Sie können es in kleinen Dosen von 0,4 gr. geben, zweimal hintereinander in einer Stunde. Wenn die Schmerzen dann nicht aufgehört haben, können sie von der Wirksamkeit nichts mehr erwarten. Es ist

ein ungefährliches Mittel in einer viel grösseren Dosis, als angegeben ist, obgleich ich sagen muss, dass, wenn Sie eine grössere Dosis anwenden, Sie dies auf Ihre eigene Verantwortung tun. Aber ich habe eine Erfahrung, wonach ein Patient ärgerlich und verzweifelt eine ganze Schachtel Pyramidon geschluckt hat, vielleicht zehn bis fünfzehn Gramm, und er hat es nicht erbrochen. Er war beduselt, seine Schmerzen waren weg, und er ist nicht daran gestorben. Das scheint darauf hinzuweisen, dass Pyramidon kein gefährliches Mittel ist. In ähnlichem Sinn würde ich aus der Tatsache schliessen, dass Leute, die an unerträglicher Parästhesie des Rumpfes leiden, Monate lang täglich zwei bis drei Gramm Pyramidon genommen haben, ohne dass ich irgend welche nachteilige Folgen für Herz oder Gefäss-System gesehen habe.

Eine andere symptomatische Behandlung ist die der Hypotonie bei Tabes. Das ist eine rein spezialistische Sache. Ich würde Ihnen raten, diese Form selbst nie in Behandlung zu nehmen, aber sie ist sehr besserungsfähig, wenn auch noch nicht ganz feststeht, was wir machen müssen. Es ist die Sache des neurologischen Orthopäden, welcher die Gelenke in richtige Position bringen muss. Dann wird die hypotonische Störung besser. Sie sind aber auch andererseits gezwungen, den Menschen mit hypotonischer Tabes entsprechend behandeln zu lassen, weil sonst unter Druck des Körpers sich die Hypotonie, namentlich der Kniegelenke, steigert und tatsächlich der vollkommene Verlust der Gehfähigkeit bei einem solchen Patienten eintritt. Es gibt Fälle, deren ganze Störung darauf beruht, dass man nicht rechtzeitig gegen diese Symptome mit allen möglichen Mitteln eingeschritten ist.

Schliesslich kommen wir auf die Frage der Ataxie, die Sie vielleicht an dem heutigen Abend besonders interessiert, und ich möchte doch, obgleich wir hier

von allgemeiner Behandlung der Tabes sprechen, einige Bemerkungen zu dieser Methode machen. Was leistet dieselbe? Um diese Frage zu beantworten, wollen wir uns auf ein möglich günstiges Niveau stellen und können dann immer die Kontra-Indikation leicht finden. Also am günstigsten ist der Fall bei einem Menschen, der s. Z. die Entwicklung der Tabes normaler Weise durchgemacht hat und zu der Form der „ataktischen“ gehört, sodass seine wesentlichen Beschwerden in der Ataxie liegen. Solche Fälle hat man häufig genug. Das sind die Leute, von denen ich vorhin sprach, die ganz gesund sind, wenn sie sitzen. In dieser Form dürfen Sie an einem Erfolg einer rationell vorgenommenen Behandlung durch bestimmte Übungen gar nicht zweifeln, und Sie dürfen es nicht als Unbescheidenheit von mir ansehen, wenn ich sage, dass heutzutage der Arzt nicht das Recht hat, einem Patienten, welcher an Ataxie in dieser Form leidet, die Tatsache vorzuenthalten, dass es für ihn eine Besserung gibt. Ich halte das nicht mehr mit dem Gewissen verträglich. Wenn er das nicht tut, muss er dafür besondere Gründe haben.

Die Länge der Dauer und die Schwere der Ataxie als solche hat nicht den geringsten Einfluss auf die Besserungsfähigkeit eines Ataktikers; also konkret ausgedrückt, ein Mensch liegt seit 10 Jahren im Bett ohne die Möglichkeit, einen Moment auf seinen Füßen zu stehen, auch nicht wenn er unterstützt ist. Diese Tatsachen haben nichts zu tun mit der Prognose; nicht ausgeschlossen ist, dass ein solcher Mensch die vollkommene selbstständige Fähigkeit des Gehens und Stehens findet. Die Frage ist, wie lange die Behandlung dauert. Das kann im Minimum 6 Monate dauern, im Maximum ein Jahr und noch länger, nicht länger als 1½ Jahre. Wenn Sie dann keinen vollkommenen Erfolg haben, so ist nichts weiter zu hoffen. Sie werden sagen, eine so langwierige Behandlung ist undenkbar. Allerdings für den praktischen Arzt. Sie ist nur möglich in be-

sonderen Anstalten. Da ist sie vollständig gesichert. In Europa wird sie durch Krankenkassen gesichert werden, hier durch Wohltätigkeit.

Jemand, bei dem sich Tabes im Laufe von Wochen, von 2 Monaten entwickelt hat, der ganz ataktisch geworden ist, dem werden Sie ja nicht raten, Uebungen zu machen, sondern Sie werden ihn behandeln wie einen chronischen schweren Nervenfall, mit Ruhe u. s. w.

Die Gefahren dieser Behandlungsmethode sind so gross wie ihre Vorzüge. Ich kann im Einzelnen nicht darauf eingehen, aber im allgemeinen wird ungeheuer viel Schaden damit angerichtet, weil man merkwürdiger Weise glaubt, dass jeder sich diese Uebung nach einem besonderen System ausdenken kann, und weil wir unter dem unglückseligen Einfluss des gymnastischen Jahrhunderts leben. Ich will sagen, dass die Heilgymnastik nicht das geringste zu tun hat mit dieser Methode, und Sie werden sich diesen Unterschied am besten klar machen, wenn Sie sich fragen, ob Sie, um besonders gut Klavier zu spielen, vorher eine halbe Stunde mit den schwersten Hanteln üben sollen, oder, wenn Sie eine feine Stickerei machen wollen, ob Sie vorerst eine schwere Hausarbeit gemacht haben sollen. Sie werden sagen, dass diese Arbeit umgekehrt gewirkt haben wird. Also die Heilgymnastik in ihrer Widerstandsbewegung ist das schädlichste, was Sie Ihrem Patienten geben können, und alle Methoden, welche irgend welchen Zusammenhang damit haben, werden den Patienten, statt ihnen zu nützen, schaden. Damit kommen wir der Frage näher, wie kann man diese Methode lernen. Es gibt Bücher darüber. Wer aber glaubt, dass er aus dem Buch die Methode lernen kann, ist auf dem Holzwege. Praktische Ausführungen, die mit technischen Einzelheiten verbunden sind, und das genaue Studium der ihm vorgemachten und erklärten Tatsachen können es allein nur lehren.

Ich möchte Sie nicht zu lange aufhalten und nur noch über die allgemeine Be-

handlung der Tabes ein paar Worte sagen. Die Mode hat in dieser Beziehung gewechselt. Zu Rombergs Zeiten hat man die Leute in den Lehnstuhl gelegt, Ihnen gute Bouillon gegeben und versucht, ihnen die letzten Lebenstage so angenehm wie möglich zu machen. Heutzutage wäre das ein Verbrechen. Sie sind verpflichtet, diese Leute nicht als verlorene Posten anzusehen, sondern im Gegenteil, aber Sie werden auch finden, dass, wenn die Patienten gesehen haben, dass die Quacksalberei nichts genützt hat, sie doch den Aerzten treu bleiben, und es ist nicht selten, dass die Tabiker kommen und auch ihr Allgemeinbefinden kontrollieren lassen wollen, und da werden Sie sich als grundsätzliche Massregel vornehmen, den Patienten alles zu verbieten, was Uebermüdung ist. Jede einzelne Frage müssen Sie vom Standpunkt der Ermüdung beurteilen. Der Patient fragt, ob er Bäder nehmen soll. Bei uns, wo die Bädereinrichtung nicht so allgemein verbreitet ist, dass auch die ärmeren und Mittelklassen immer ein Badezimmer zur Verfügung haben, werden Sie nicht ohne Weiteres antworten können, ohne zu wissen, unter welchen Umständen der Mann sein Bad zu nehmen hat. Wenn der Mann vielleicht von seinem Hause eine halbe Stunde zu gehen und wieder zurückzugehen hat, so müssen Sie ihm das absolut verbieten. Der Effekt des Bades wird niemals diese Ermüdung aufwiegen. Das ist eine wichtige Sache bei der Frage der Badeskuren. In Europa wie hier werden die Tabiker in Bäder geschickt, obwohl ich nicht einsehe, was dies für einen Zweck hat. Ich habe den grössten Schaden gesehen, wenn Leute, die nach Nauheim gingen, unter den grössten Schwierigkeiten zu ihrem Bad kamen. Wenn Sie Ihre Patienten erhalten wollen, empfehlen Sie ihnen also Ruhe.

Eine zweite Frage betrifft den Wein und Tabak. Gegen mässigen Weingenuß ist nichts zu sagen. Tabak ist mit ziemlicher Strenge zu kontrollieren ev. nicht ganz zu versagen, aber es ist zwei-

fellos, dass er ungünstig wirkt. Wenn Sie es tun können, verbieten Sie den Tabak vollständig, sonst beschränken Sie ihn, soweit es geht.

Von allergrösster Bedeutung ist die Frage der Verdauung. Ich glaube, dass eine Anzahl von schweren Tabikern an einer ganz eigentümlichen Form von Autointoxikation zu Grunde gehen. Man ist manchmal ganz ratlos, wenn man plötzliche Verschlechterung bei Tabikern findet, wozu keine Veranlassung da ist. Man denkt sich, der tabische Prozess ist weiter gegangen, aber das äussert sich doch irgend wie. Sie untersuchen den Urin und finden nichts. Sie erkundigen sich nach der Verdauung und hören, dass der Patient mit mehr oder minder Hilfe Stuhlgang hat. Sie werden sich aber dadurch nicht abhalten lassen und untersuchen den Darm mit dem Finger und Sie finden manchmal ein überraschendes Resultat. Der erschlaffte Darm ist unter Umständen von dem untersten Abschnitt so hoch, wie Sie heraufkommen mit steinharten Massen von altem Stuhl angefüllt, von dessen Existenz weder der Patient noch der Arzt, die Familie eine Ahnung hat, da der Patient scheinbar natürlichen Stuhlgang gehabt hat, der diese Massen passiert hat. Nun begreifen Sie diesen eigentümlichen Zustand von langsamer Autointoxikation. Die Massen sind so steinhart, dass man mitunter Schwierigkeit hat, sie zu zerklopfen. Ich würde raten, in jedem Fall, der sich besonders stark verschlechtert und Appetitlosigkeit zeigt, regelmässig den Darm zu untersuchen. Sie werden dann unglaubliche Quantitäten von Kot auf einmal herausbefördern.

Ich kann nicht schliessen, ohne auf die Frage des Morphiums, diese praktisch wichtige Frage zu kommen. Es gibt Schmerzanzfälle, die so kolossal sind, dass Sie, da Sie dieses Wundermittel in der Hand haben, oft in Versuchung kommen werden, es anzuwenden. Für Schmerzen wende ich es absolut nie mehr an, nachdem ich die Erfahrung gemacht, dass je-

mand, dem man Morphium gegeben hat, weiss, das nichts anderes nützt als Morphium. Was aus dem Menschen wird, der gewohnt ist, Morphium zu nehmen, das wissen wir nicht. Für gastrische Krisen ist das Morphium unter Umständen nicht zu vermeiden. Es gibt gastrische Krisen, die den Patienten an den Rand des Todes bringen, und es hängt nur von einer Morphium-Einspritzung ab, dass dieser Mann morgen wieder gesund ist. Jedes Jahr nehme ich mir vor, Morphium nicht zu geben, und doch gebe ich unter Umständen eine Einspritzung, aber mit der Vorsichtsmassregel, weder ein Morphium-Rezept zu verschreiben, noch es dem Patienten oder der Familie mitzutheilen, und in letzter Zeit weiss es nicht einmal der behandelnde Arzt, denn der ist am allermeisten versucht, es zu geben. Sie müssen Mittel und Wege finden, sich mit dem Arzt ins Vernehmen zu setzen.

Meine Herren! Es liesse sich noch sehr viel darüber sagen, aber wenn Sie die ganze allgemeine Prognose der Tabes ansehen im Verhältnis zu früher, so hat sie sich wesentlich verbessert, und zwar hauptsächlich durch Einführung der Uebungen. Wir wissen, dass die Tabes nicht notwendiger Weise ein progressiver anatomischer Prozess ist. Man hat das früher geglaubt, weil die Ataxie ein progressiver Prozess ist. Wenn ein Mensch Ataxie hat und tut dagegen nichts, so wird er immer ataktischer. Die Folgen sind Erschlaffung der Funktion der Muskulatur, die gerade bei Tabes eine besondere Neigung hat, ihre Funktion einzubüssen. Sie können sehen, das einer eine Cystitis hat, weil die Bauchmuskulatur nicht mitarbeitet, da der Mann nicht geht. Unter Umständen werden diese Formen vollständig beseitigt oder gebessert unter Einfluss der Uebungs-Therapie. Ich habe in den letzten Jahren schwere Cystitiden selten gesehen, und das Katheterisieren ist für mich eine seltene Prozedur geworden.

Ein Fall von Empyem der Nebenhöhle der Nase kombiniert mit Durchbruch in die Orbita.

Von Dr. JOHN GUTTMAN.

Wiewohl Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase nicht zu den seltenen Vorkommnissen gehören, so ist die Diagnostizierung derselben, besonders der latenten chronischen Formen, doch relativ selten, da die subjektiven Symptome wie Kopfwahl, Schwindelanfälle etc. so allgemeiner Natur sind, dass deren Ursache in einer Erkrankung des Magens, der Nieren oder des Nervensystems gesucht werden kann, und da andererseits die objektiven Symptome nur den Spezialisten nach gründlicher Untersuchung zur richtigen Diagnose führen. Diesem wird aber der Patient nur dann überwiesen, wenn der behandelnde Arzt eine jede Erkrankung irgend eines anderen Organes, welche möglicherweise die Ursache der vorhandenen Symptome sein könnte, ausgeschlossen hat.

Bei einer akuten Erkrankung der Nebenhöhlen der Nase, oder wenn diese Erkrankung kompliziert ist mit der Erkrankung eines anderen Organes, wie in nachstehendem Falle mit einem Abszess in der Orbitalhöhle, ist die richtige Feststellung der richtigen Diagnose bedeutend erleichtert.

Die Krankengeschichte des Falles ist in kurzem folgende: Ein 15 Jahre altes Mädchen, ohne hereditäre Belastung, das früher immer gesund gewesen war, klagte am 21. September 1906 über Zahnschmerzen. Irgend ein aus der Apotheke geholtes Medikament stillte den Zahnschmerz, sodass Patientin die Nacht hindurch schlafen konnte.

22. September. Der Zahnschmerz kam am Morgen wieder, zugleich stellte sich Fieber mit starkem Schüttelfrost ein. Ein Arzt, der gerufen wurde, glaubte, die Schwellung der

Wange einem Zahngeschwür zuschreiben zu können und schnitt das Zahnfleisch über dem schmerzenden Zahn ein.

23. September. Ein anderer Arzt wurde zugezogen, der den kranken Zahn extrahieren liess. Da aber danach die Schwellung sich bis auf die Augenlider ausbreitete, wurde ich konsultiert und fand folgenden Zustand:

Temperatur 103° F., Puls 110. Die rechte Wange, wie auch das obere und untere Lid derselben Seite stark geschwollen. Die Konjunktiva bulbi zeigte einen chemotischen Wulst. Der Bulbus stark vorstehend und seine Beweglichkeit sehr vermindert. Die Haut in der Gegend des inneren Augwinkels war rot, geschwollen und sehr empfindlich auf Druck. Die Sehschärfe auf dem rechten Auge betrug 15/200. Die ophthalmoskopische Untersuchung zeigte eine Hyperämie des Augennerven. Die Untersuchung der Nase ergab fauligstinkenden Eiter im mittleren Nasengang.

Ich liess die Patientin am darauffolgenden Morgen zu mir kommen, bei welcher Gelegenheit ich eine Probenpunktion der Kieferhöhle vornahm, welche die Anwesenheit von Eiter dasselbst ergab. Ich machte darauf eine „radikale“ Antrum-Operation, indem ich den grössten Teil der vorderen Antrumwand mit dem Meissel entfernte, dann den Teil der innern Wand, der in den mittleren Nasengang führte, durchbrach und so eine breite Kommunikation zwischen Nase und Antrum herstellte.

Am folgenden Tage entfernte ich das vordere Ende der mittleren Muschel, eröffnete die Siebbeinhöhle und entfernte eine recht grosse Menge ne-

krotischer Knochen und stinkenden Eiters. Darnach eröffnete ich von aussen in der Gegend des innern Augwinkels den Orbitalabszess. Die Oeffnung in der Lamina papyracea, die schon vorher durch den Eiterungsprozess entstanden war, wurde noch mehr erweitert und so eine weite Kommunikation zwischen dem Orbitalabszess und der Siebbeinhöhle hergestellt. Drei Tage später heilte die äussere Wunde mit Hinterlassung einer kaum sichtbaren Narbe zu. Nach fünf Tagen sistierte der stinkende eitrige Ausfluss aus der Nase. Die Hyperämie des Sehnerven verschwand und die Sehschärfe ist jetzt wieder normal.

Der beschriebene Fall ist von Interesse wegen des sehr akuten und raschen Verlaufes der Erkrankung, welche nicht nur die Vernichtung eines sehr wichtigen Organes, des Auges, bedrohte, sondern auch das Leben der Patientin, wenn nicht rechtzeitig ein operativer Eingriff erfolgt wäre. Der sehr virulente Eiter hätte nicht allein den Augapfel durchdringen und zerstören können, sondern konnte auch durch den optischen Kanal oder durch die Lamina cribiformis des Siebbeins in das Gehirn dringen und hier einen

Gehirnabszess erzeugen. Der ganze Prozess machte einen sehr rapiden Fortschritt. Von dem Beginne des Zahnschmerzes bis zur Schwellung der Augen waren kaum 48 Stunden verflossen.

Ich halte es nicht für wahrscheinlich, dass die primäre Ursache der Erkrankung in einer Entzündung der Zahnwurzel zu suchen ist, wie ich es in einem nahezu identischen Falle, den ich in den „Annals of Ophthalmology“ im Januar 1900 veröffentlicht habe, annahm, und dass diese Entzündung die Kiefer- und später die Siebbeinhöhle affizierte, um dann endlich in die Augenhöhle durchzubrechen. Ich halte es vielmehr für wahrscheinlicher, dass diese Patienten an einem chronischen latenten Empyem der Siebbeinhöhle litten, ohne merkbare subjektive Symptome, und dass dieses Empyem sich dann auf die Kieferhöhle ausbreitete. Die Eiterung in der Kieferhöhle verursachte eine Nekrose der Zahnwurzel. Zugleich wurde durch ein unbekanntes, sehr giftiges Agens diese latente Form der Entzündung in eine foudroyante Form umgewandelt, welche sich dann bis auf die Orbita erstreckte und da selbst einen Abszess bildete.

Barbarismus in der Aertzlichen Sprache.

Von A. ROSE.

In La Semaine Médicale, No. 52, 1906, erschien ein Artikel von M. Sakorhaphos, Professor der Medizin an der Universität von Athen, „Comment on doit former les néologismes médicaux du Grec“, in welchem nicht nur alles, was ich während der letzten dreizehn Jahre über diesen Gegenstand gesagt, festgestellt wird, sondern in welchem auch viele treffende Beispiele von unrichtigen medizinischen Benennungen

angeführt werden, die ich selbst in zahlreichen Schriften blossgestellt habe.

Littré schrieb vor länger als einem Jahrhundert: Die medizinische Sprache, welche in ihrer ersten Zusammensetzung fast ganz griechisch war, hat nicht aufgehört zu dieser Quelle zurückzukehren, wenn die unvermeidliche Notwendigkeit entsteht, neue Benennungen zu finden; in vielen Fällen jedoch sind die Nomenklaturen der neueren Zeit irre gegangen,

indem sie überflüssige Worte schufen und die Gesetze der Analogie und der Orthographie missachteten.

Bekämpfung dieses Uebelstandes durch Richtigestellung ist unter allen Umständen nützlich, für Lehrer sowohl als für wissenschaftliches Denken.

Sakorrhaphos hat augenscheinlich meine eigenen Bemerkungen nicht gelesen, in welchen ich die schönen Worte Lavoisiers über die Notwendigkeit einer richtigen wissenschaftlichen Sprache anführe.

Die landläufige Entschuldigung für Beibehaltung von Barbarismen in unserer Nomenklatur „Usus est tyrannus“ könnte man übersetzen „Darwin hat Recht“.

G. H. Roger, den Sakorrhaphos anführt, sagt: „Zahlreiche technische Bezeichnungen in der medizinischen Onomatologie sind so unrichtig geformt, dass die Griechen es schwierig finden müssen, den Ursprung und die Bedeutung solcher griechisch sein sollender Bezeichnungen zu erkennen.“

Der ununterbrochene Fortschritt in der Medizin, besonders seit Einführung der Bakteriologie, machte die Schaffung neuer Namen für neue Begriffe zur Notwendigkeit; Forscher und Entdecker, indem sie neue Namen schufen, nahmen keine Rücksicht auf Grammatik, sie verfielen in die Gewohnheit, ein Lexikon zu konsultieren, zwei oder drei Worte zusammenzufügen, gleichviel ob die Neubildungen mit grammatischen Regeln übereinstimmten oder den richtigen Sinn ausdrückten.

Den Unregelmässigkeiten in der Bildung neuer medizinischer Benennungen war ein weites Feld gegeben, weil die Aerzte der neueren Zeit grammatische Studien mehr und mehr vernachlässigten. Während die Grammatiker bisher sehr wenig getan — bei der bestehenden Animosität gegen wissenschaftliche medizinische Sprache — konnten die Nomenklatoren ihre Kühnheit auf die äusserste Spitze treiben, so weit, dass die Gefahr

besteht, dass in nicht langer Zeit die medizinische Onomatologie gänzlich unverständlich werden wird. Ich stimme vollständig mit Sakorrhaphos überein, wenn er von der Feindschaft der Aerzte spricht, sobald man den medizinischen Jargon angreift; jeder Mann aber, der treu den wissenschaftlichen Grundsätzen ist, wird dem beistimmen, wenn er sagt, dass es gut sein würde, dem bestehenden Missbrauch der Sprache Halt zu gebieten. Während die Medizin beständig fortschreitet, sind wir bedroht, dass dieser Sprachenmissbrauch zu einem Chaos führt, welches das Studium der Medizin erschwert und zu einem undankbaren macht.

Der Verfasser illustriert den Zustand unserer Onomatologie durch einige Beispiele.

Amyotrophia, Amyatrophia, diese zwei Synonyme, von denen das erstere gebräuchlicher ist als das letztere, sind nicht nach grammatischen Regeln komponiert worden. Sie kommen nicht von mys, Muskel, und trophe, Ernährung, wie medizinische Wörterbücher angeben, sondern von mys und atrophia; letzteres kommt von atrophos, ohne Ernährung, welches aus einem Privativ und von trophomai, sich ernähren, gebildet ist. Bei der Benennung Amyatrophie sowohl als bei der Benennung Amyotrophie, in denen das Privativ aus seinem rechtmässigen Platz genommen und vor das Präfix myo gesetzt worden, figurirt es, wie die Grammatiker es nennen, als Hyperlatum, *i. e.* Inversion; die griechische Sprache aber gestattet nicht Zusammensetzungen, welche gegen die Regeln der Sprache verstossen und unrichtig gebildet sind wie zwei Privative in einem Wort, was eine Perissologie oder Kontradiktion bedeuten würde — zwei Negative sind gleich einer Bejahung — und aus diesem Grunde schlägt Sakorrhaphos vor, anstatt der zwei unrichtigen Benennungen Amyataxie und Amyasthenie die Wörter Myataxie und Myasthenie. Dies würde ausserdem mit dem Wort Neurasthenie, welches

grammatisch richtig gebildet ist, übereinstimmen.

Anophthalmie. Diese Benennung wird gewöhnlich gebraucht, um kongenitales Fehlen eines Auges zu bezeichnen. Im Griechischen jedoch würde dieses Wort vollständiges Fehlen der Augen bedeuten. Kongenitales Fehlen eines Auges heisst griechisch Monophthalmie, von monos, allein, ophthalmos, Auge. Die alten Griechen nannten die Kyklopen Monophthalmes und nicht Anophthalmes.

Abrachia. Dieses Wort ist schon von mir selbst kritisiert worden. Die Uebersetzung ist nicht Fehlen der Arme, sondern Fehlen von Felsen (a — Privativ, brachos — Felsen). Ich fand die Benennung Abrachionia (a — Privativ, und brachion — onos, Arm). S a k o r r h a p h o s gibt Lipobrachionia (von leipo, abwesend) in Analogie mit Lipoblepharie, Lipoglossie, Lipotrichie, aber er gebraucht auch Abrachionia und sagt, wir sollten kongenitales Fehlen von Arm und Kopf nicht Abrachiokephalie sondern Abrachionokephalie nennen; wenn man einwenden sollte, dass das letztere Wort wegen seiner Länge unbequem sein würde, so müsse vom etymologischen Standpunkt geltend gemacht werden, dass man nicht, um eine oder zwei Sylben zu ersparen, ein Wort verstümmeln dürfe; mit demselben Grunde sollten wir nicht sagen Brachiotomie (Felsenschneiden) sondern Brachionotomie. Das hier zur Geltung kommende Prinzip ist: zusammengesetzte Wörter werden aus dem Genitiv gebildet, der den Wortstamm oder, nach grammatischer Sprache, das Thema des Wortes gibt. Der Genitiv von Tenon ist Tenontos, deshalb darf es nicht Tenotomie, sondern es muss Tenontomie heissen.

Akromegalie, Chiromegalie, Splenomegalie. Diese Benennungen sind gegen alle Regeln, welche Wortbildung im Griechischen beherrschen, gebildet worden; ich selbst habe diese Beispiele schon seit Jahren in meinen Schriften angeführt und die richtigen Namen Megala-

kria, Megalochiria etc. genannt. S a k o r r h a p h o s sagt: Wenn die Griechen eine Komposition mit Hilfe eines Substantivs und einem der Adjektive makros, megas, mikros, polys etc. bilden, wird das Adjektiv immer der erste Komponent. In Uebereinstimmung mit dieser Regel bestehen schon eine Anzahl von medizinischen Namen wie Makrokephalie, Makroglossie, Mikrokephalie, Polydaktylie etc.

Akinesie. Ich hatte dieses Wort, weil es grammatisch richtig gebildet ist, nicht kritisiert; S a k o r r h a p h o s zeigt aber, dass es zu unbestimmt ist. Er sagt, R o m b e r g hat diese Bezeichnung als Synonymi mit Paralyse eingeführt. Das Wort besteht allerdings im Griechischen, aber die Bedeutung desselben ist so allgemein und so verschieden, dass es nicht mit Nutzen in der medizinischen Onomatologie verwendet werden kann. Man hat darunter verstanden die Schwierigkeit bei Atrophie bestimmter Muskeln gewisse Bewegungen auszuführen, aber auch die Pause zwischen den Herzpulsationen, welche die Systole von der Diastole trennt. Von diesen Interpretationen ist die erstere unrichtig, denn Schwierigkeit der Bewegung sollte nicht Akinesie, sondern Dyskinesie genannt werden, entsprechend dem Wort Dysarthria (Partikel dys und Arthron). Dyspnoë, Schwierigkeit der Atmung, Dyspepsie, Schwierigkeit der Verdauung. Der Name Akinesie, wenn überhaupt gebraucht, sollte nur für vollständige Bewegungslosigkeit stehen bleiben, und dabei wäre der Name des Organs das in Frage kommt zu nennen, z. B. Akinesie des Herzens.

Nun kommt S a k o r r h a p h o s auf eine Unrichtigkeit zu sprechen, welche mir selbst während der letzten sieben Jahre viel zu schaffen gemacht hat. In einer Vorlesung, welche ich vor sieben Jahren in Washington vor der American Gastro-Enterological Society hielt, legte ich Gewicht darauf, dass das Wort Gastropstosis ungrammatisch sei und gab dabei die Etymologie, nach welcher es Gas-

troptosis heissen müsse. Trotzdem dass ich den unumstösslichen Beweis für die Richtigkeit meiner Behauptung gegeben, änderten die Redakteure von Journalen die Schreibweise Gastroptosis in Gastroptosis nicht nur in meinen Manuskripten, sondern auch in den Titeln meiner Schriften, wenn letztere zur Besprechung kamen. Die Etymologie, die ich gegeben, stimmt ganz genau, ja fast wörtlich mit der von Sakorrhaphos gegebenen überein. Sakorrhaphos schreibt: Es ist in der Tat bekannt, dass abstrakte Namen im Griechischen, welche in sis endigen, unverändert bleiben, wenn sie in eine Zusammensetzung mit einer Präposition kommen, wie z. B. Stasis, Anastasis, Katastasis, aber wenn diese abstrakten Namen mit sis in eine Zusammensetzung mit einem Wort kommen, das nicht eine Präposition ist, ändern sie ihre Endung in sia, wie Stasis, Astasia; Pepsis, Dyspepsia. Ich erwähnte, um den Unterschied besonders anschaulich zu machen Sepsis, Asepsia, und Sepsis, Antisepsis. Sakorrhaphos gibt folgende Beispiele:

- Arthrolisia, nicht Arthrolisis.
- Gastroptosis, nicht Gastroptosis.
- Nephroptosis, nicht Nephroptosis.
- Thyreoptosis, nicht Thyreoptosis.
- Hämostasia, nicht Hämostasis.
- Hystolisia, nicht Hystolysis.

Wir haben übrigens in unserer Nomenklatur eine grosse Anzahl von Wörtern dieser Art, die ganz richtig gebildet sind, z. B. Paralysis, nicht Paralyasia, Diagnosis, nicht Diagnostia, Antisepsis, nicht Antiseptia.

Sakorrhaphos sagt: Wir haben sehr ausführlich über zusammengesetzte Wörter mit den Endungen is und ia gesprochen, um darzuthun, dass eine grosse Anzahl dieser Art bestehen, welche unrichtig sind und welche leicht korrigiert werden könnten.

Dann kommt er zu Wörtern, welche nicht den Sinn geben, den sie geben sollten.

Anämia. Um Armut oder zu geringe Quantität des Blutes zu bezeichnen, sollte man den Namen Olighämia (oligos, wenig, und Häma, Blut) wählen. Es scheint viel verlangt zu sein, in diesem besondern Falle eine Aenderung vorzuschlagen, aber es ist am besten nicht zurückzuhalten, wenn die Frage vorliegt, ob richtige Ausdrücke, die den richtigen Sinn geben, eingeführt werden sollen, oder ob die Basis des medizinischen Studiums eine falsche bleiben soll.

Wir hören so oft, dass man möglichst kurze Wörter liebt, und doch sagen wir Diplokephalie, Diplosomie, anstatt die kürzeren und einzig richtigen griechischen Namen beizubehalten. Die Griechen nennen ein Monstrum mit zwei Köpfen dikephal und nicht diplokephal, ein solches mit zwei Körpern disom, und nicht diplosom; die entsprechenden Substantive sind Dicephalie, Disomie. Diese Perichtigung ist um so mehr geboten, als die medizinische Onomatologie schon richtig gebildete analoge Wörter hat, z. B. didelph, dikrot, didym.

Athetosis. Dieses Wort kommt von der schwachen Wurzel des Verbums tithemi, aber in Verbindung mit einem Privativ ist es in Athesia umgewandelt worden. Das Wort Athesia, das schon in der klassischen Literatur vorkommt, sollte jedenfalls das barbarische Athetosis verdrängen.

Allochiria, Allokinesia. Um Dualität, ein Paar, zu bezeichnen, bedienen sich die Griechen nicht des Adjektivs allos, sondern wählen heteros. Wir sollten deshalb in diesem Falle sagen Heterochiria, Heterokinesia, Heterogenia, Heteromorphia etc.

Aktinomykosis. Diese unrichtige Benennung ist von mir schon vor Jahren kritisiert worden. Der Genitiv von Mykes ist Myketos, deshalb müssen wir sagen Myketosis anstatt Mykosis, und die betreffende Krankheit Aktinomyketosis nennen; aus demselben Grunde Saccharomyketosis, Trichomyketosis etc. anstatt Saccharomykosis, Trichomykosis.

Anorchidia. Ohne Hoden sein heisst

auf Griechisch anorechos, und der pathologische Zustand Anorchia und nicht Anorchidia.

Was Sakarrhaphos über Phobia schreibt, ist mir unverständlich, weil es nicht mit dem übereinstimmt, was ich aus der griechischen Onomatologie gelernt. Immerhin im Fall Phobie nicht bestimmt genug ist, kann man krankhafte Furcht Phobopallia nennen.

Hyperakouria, Hypakouria. Die Griechen bezeichnen feinhörig mit euekoos von eu, gut, leicht, und akoe, hören; hieraus wird Euekoia gebildet. Harthörig oder schwerhörig heisst dysekoos, daher sollten wir anstatt Hyperkouria und Hypakouria Euekoia und Dysekoia sagen. Es gibt viele Analoge in der medizinischen Sprache wie Eupepsia, Dyspepsia, Eutokia, Dystokia.

Pollakiuria. Die u l a f o y hat dieses Wort eingeführt, um häufiges Urinlassen zu benennen, nicht wissend, dass die Griechen niemals das Adverb pollakis als ersten Komponenten in einem Worte anwenden. L a b o u l b e n e hat Sychnuria (von sychnos, häufig) vorgeschlagen.

Ueber die unglückliche Gewohnheit mancher Autoren, neue technische Namen zu konstruieren, indem sie einen griechischen und einen lateinischen

Komponenten verbinden, sagt Sakorrhaphos, dass durch dieselbe eine bizarre Mosaik entstanden ist, welche schliesslich die medizinische Sprache unmöglich machen wird, und dass dieser bedauerliche Zustand nur gehoben werden kann, wenn man zur griechischen Sprache zurückkehrt. Er gibt einige Beispiele, welche im Vergleich zu denen, die ich in vielen meiner Schriften angeführt, sehr zahm sind.

Was er vorschlägt, um eine Reform der Onomatologie zu erzielen, die Errichtung einer Akademie ad hoc, ist unpraktisch. Ich selbst habe den Weg bezeichnet wie man ohne Schwierigkeit zum Ziel gelangen kann; wir haben einfach die richtigen wissenschaftlichen Namen, die uns die Professoren der Universität von Athen geben können, anzunehmen. Sobald diese Namen ersten Männern der Wissenschaft bekannt sind, wird es keiner Frage unterliegen, dass gute Autoren sie auch einführen werden.

Der Artikel von Sakorrhaphos, von dem ich hier einen Auszug gegeben, zeigt, was wir erreichen können, wenn wir uns bezüglich der Onomatologiefrage mit unseren griechischen Kollegen in Verbindung setzen.

Auszüge aus der neuesten Journalliteratur.

G. Riebold (Dresden): **Ueber die Behandlung akuter Arthritiden mit intravenösen Kollargolinjektionen.**

R. berichtet über 15 Fälle verschiedener Gelenkaffektionen, in denen im Stadtkrankenhaus Johannstadt zu Dresden durch Kollargolinjektionen 11 mal eine völlige Heilung und 4 mal eine ganz wesentliche Besserung erzielt wurde. Es handelte sich um 7 Fälle von gonorrhoeischen Arthritiden, 2 Fälle von Polyarthritidis rheumatica acuta, 4 Fälle von mehr subakutem Gelenkrheumatismus mit hartnäckigen

Gelenkschwellungen und 2 Fälle von septischen Gelenkaffektionen. Diesen 15 Fällen stehen 20 Fälle gonorrhoeischer, subakuter rheumatischer oder septischer Gelenkaffektionen gegenüber, bei denen durch intravenöse Kollargolinjektionen kein wesentlicher Erfolg, höchstens nur eine vorübergehende Besserung einzelner Symptome erzielt wurde. Jedoch können die meisten dieser Fälle deshalb nicht als Misserfolge gezählt werden, weil bei ihnen die Kollargolbehandlung aufgegeben wurde, wenn nicht sofort nach

der ersten Injektion ein in die Augen springender Erfolg eintrat, oder weil aus äusseren Gründen nur eine Injektion gemacht werden konnte.

Am regelmässigsten wurde eine Herabminderung der Schmerzen nach der Kollargolinjektion beobachtet. Sehr häufig trat auch sehr bald eine Besserung des Allgemeinbefindens ein. Die Gelenkschwellungen wurden oft in geradezu eklatanter Weise beeinflusst, woran sich meistens eine Besserung hinsichtlich der Beweglichkeit der affizierten Gelenke anschloss. Sehr oft konnte auch eine ausgesprochen antipyretische Wirkung des Kollargols beobachtet werden.

Was die Menge und Konzentration des einzuspritzenden Kollargols anbelangt, so kamen regelmässige 2 Prozent. Lösungen zur Verwendung, von welchen das erstemal nur 4—8 ccm, die folgende Male aber 8—10 ccm eingespritzt wurden. Die Grösse der Dosis ist von verschiedenem Einfluss auf die Wirksamkeit. Die Häufigkeit der Injektionen richtet sich nach dem gegebenen Fall. Sowie ein erkranktes Gelenk wieder anschwillt, die Temperatur wieder ansteigt, die Schmerzen

wieder stärker werden, ist eine Wiederholung der Injektion angezeigt.

R. gibt zum Schlusse der interessanten Arbeit folgendes zusammenfassendes Urteil ab: Bei der Behandlung der gonorrhöischen Gelenkentzündungen stellt das Kollargol ein äusserst wertvolles, nur selten versagendes, fast spezifisch wirkendes Heilmittel dar, das selbst in den hartnäckigsten Fällen oft noch prompt wirksam ist. In frischen Fällen von Polyarthrits rheumatica liegt wohl kein Grund vor, die wesentlich einfachere und meist erfolgreiche Behandlungsmethode mit Salizyl- oder Antipyrinpräparaten aufzugeben. Hingegen empfiehlt sich in allen Fällen, in denen die Antirheumatika oder sonstige therapeutische Massnahmen versagen, namentlich in älteren, subakuten Fällen, einen Versuch mit Kollargolinjektionen zu machen. Man erzielt dabei nicht selten recht günstige Resultate und selbst völlige Heilungen. Auch für die Behandlung der septischen Arthritiden sind die Kollargolinjektionen sehr zu empfehlen. (Münchener med. Wochenschr., 1906, No. 32.)

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York.

Montag, den 7. Januar 1907.

Dr. J. A. Schmitt eröffnet die Sitzung um 8.30.

Sekretär Dr. John A. Beermann verliest das Protokoll der vorhergehenden Sitzung, welches genehmigt wird.

Hierauf tritt die Versammlung in die Tagesordnung ein:

Dr. John A. Schmitt: Der Bericht über die Tätigkeit der Gesellschaft in den letzten zwei Jahren braucht nur sehr kurz auszufallen, da Sie ja die Begebenheiten, die sich während dieser Zeit in unserem Verein zu-

getragen, selbst mit erlebt haben. Ich würde Sie daher nur mit einer ermüdenden Statistik unterhalten. Trotzdem erlaube ich mir einige Punkte hervorzuheben.

Unser Verein hat in den letzten Jahren, auch in den Jahren vor meiner Präsidentschaft, stetig zugenommen. Wir haben bald die Marke 400 erreicht. Es ist das ein sichtbarer Beweis dafür, dass doch noch das Bedürfnis vorhanden ist, medizinische Wissenschaft in deutscher Sprache zu pflegen. Damit soll aber nicht gesagt sein, dass unser Verein eine Sonderstellung einnimmt.

Im Gegenteil, in manchen wichtigen Fragen gehen wir Hand in Hand mit den amerikanischen Gesellschaften. Und es ist das auch sehr natürlich hierzulande, wo aller möglicher Hokusfokus in gesetzlichem und ungesetzlichem Wege gestattet ist und wo von den Politikern und ihren Hintermännern ab und zu der Versuch gemacht wird, die geistige und moralische Höhe des ärztlichen Standes herunterzudrücken. Wir haben auch jederzeit mit grösster Bereitwilligkeit amerikanische Kollegen in unsere Gesellschaft eingeladen und ihnen in zuvorkommender Weise die Erlaubnis erteilt, an der Diskussion in englischer Sprache teilzunehmen.

Die Vorträge, die in unserem Verein gehalten wurden, berühren alle Zweige unserer Wissenschaft — der Natur der Sache gemäss der angewandten Medizin. Die Themata aus den Grenzgebieten der Medizin waren immer eine Anziehung für unsere Gesellschaft, und da habe ich die Erfahrung gemacht, dass es durchaus nicht rätlich ist, diese Symposien auseinanderzureissen, dergestalt, dass man den Vortrag an einem Abend hält und die Diskussion oder einen Teil derselben auf den nächstfolgenden Abend verlegt. Es schädigt das den Reiz und die Einheit des Plans ausserordentlich. Man sollte unter allen Umständen einen vollen Abend einem Thema widmen.

Wir haben auch öfters die Ehre gehabt, deutsche Gelehrte in unserer Mitte zu unterhalten und ihren Vorträgen zu lauschen. Es war die Meinung in unserem Verein immer geteilt, auf welche Weise wir unsere deutschen Gäste ehren sollten, und auch da habe ich die Erfahrung gemacht, dass es immer besser ist, sich behufs eines Liebesmahls für unsere Gäste an eine beschränkte Gruppe von Aerzten zu wenden, als an die ganze Gesellschaft zu appellieren. Es hat das auch den grossen Vorteil, dass die Kasse unseres Vereins in keiner Weise in Anspruch genommen wird, da die Kosten für die Unterhaltung unserer deutschen Gäste ausschliesslich von den

einzelnen Teilnehmern getragen werden.

Ich hatte erwartet, dass mit der Einladung zur heutigen Sitzung auch ein Zirkular versandt würde, das die Mitglieder auffordert, ihr Scherflein zu dem Unterstützungsfond beizutragen. Ich weiss nicht, warum es unterlassen wurde. Ich nehme daher hier nochmals Gelegenheit, Sie dringend zu bitten, des Unterstützungsfonds für notdürftige Aerzte zu gedenken. Wenn Sie wüssten, wie wohlthätig dieser Unterstützungsfond wirkt, würden Sie freudigen Herzens Ihre Taschen öffnen und Ihren Teil dazu steuern. Wenn jedes Mitglied auch nur einen Dollar dazu beiträgt, ist dem Fond auf lange geholfen. Ich nehme gern Veranlassung, hier dem Vorsitzenden dieses Unterstützungsfonds, Herrn Dr. Gleitsmann, ganz besonders für das Interesse und die Opferwilligkeit zu danken, die er jederzeit in dieser Sache an den Tag gelegt hat.

Es erübrigt noch, den Beamten den Dank auszusprechen, die mir während meiner Amtsjahre treu zur Seite gestanden haben. Sie haben mir mein Amt leicht gemacht. Ueber den Vorstandssitzungen waltete immer der Geist des Friedens, der es auch immer ermöglichte, widerstreitende Ansichten gütlich beizulegen. Die Verwaltungsbeamten waren immer von dem einzigen Gedanken beseelt, nur im Interesse des Vereins zu arbeiten. Es gereicht mir zu ganz besonderem Vergnügen, insbesondere dem Schatzmeister und dem korrespondierenden Sekretär für ihre Mühewaltung meinen und der Gesellschaft Dank auszusprechen.

Zum Schluss komme ich meiner vornehmsten Pflicht nach, unsern neuen Präsidenten, Herrn Dr. Beck, in meinem und der Gesellschaft Namen zu begrüssen und willkommen zu heissen.

Einleitende Worte bei der Inaugurationsrede des Präsidenten der D. Med. Gesellschaft am 7. Januar 1907. (Der Vortrag über Lungengangraen wird im demnächst erscheinenden Buch des Verfassers über chirurgische Krankheiten der Brust erscheinen.)

Altherkömmlicher Tradition zufolge liegt es mir ob, bei der heutigen festlichen Gelegenheit einige Worte an Sie, meine geehrten Herren Kollegen, zu richten. Dieselben sollen zunächst solche des Dankes sein, dass Sie mir das grosse Vertrauen schenken, mich zu Ihrem Präsidenten zu erwählen. Ob ich den Erfordernissen dieser ehrenvollen Stellung in vollem Masse gerecht werden kann, ist mir vorläufig noch zweifelhaft; jedenfalls beseelt mich der beste Wille dazu. Was jedoch das Können betrifft, so bedarf ich dazu Ihrer freundlichen Beihilfe und Ihrer Nachsicht.

Mein geehrter Herr Vorgänger wird mir dies einigermassen erschweren, denn, was Pflichttreue und Aufopferung betrifft, wird die Deutsche Medizinische Gesellschaft nie einen besseren Präsidenten ihr eigen nennen können.

Bezüglich des Themas meiner Ansprache schwankte ich zuerst, ob ich Ihnen eine Revue über die Vergangenheit unserer Gesellschaft vorführen sollte nach dem Rezept unseres Kollegen Dr. Faustus, „zu sehen wie vor uns ein weiser Mann gedacht, und wie wir's dann so herrlich weit gebracht.“ Es liesse sich ja tatsächlich die eine Reihe glorreicher Momente anführen. Dieselben sind Ihnen jedoch allen so wohl bekannt, dass ich fürchten müsste, mit deren Rekapitulation Eulen nach Athen zu tragen.

Ich entschloss mich deshalb, ein wissenschaftliches Thema auszuwählen, einmal weil Sie von der Mitbetrachtung eines gelehrten Stoffes mehr Nutzen haben, als von der Anhörung einiger noch so schön aufpolierten Phrasen. Und dann dünkt es mir, dass man überhaupt den Interessen unserer Gesellschaft am besten dient, wenn man der Wissenschaft am meisten zu dienen strebt.

Zugleich wünschte ich, dass Sie in meiner Anrede das Paradigma erkennen, nach welchem ich den Charakter unserer Vorträge gestaltet zu sehen wünschte, in anderen Worten, ich möchte, dass das Leitmotiv derselben ein grenzgebietliches sei.

Es liegt in der Natur unserer Gesellschaft, dass nur eine kleine Mitgliederzahl ein grosses Interesse an solchen wissenschaftlichen Fragen nimmt, welche ein hervorragend spezialistisches Gepräge tragen. Derlei Themata gehören vor ein ausschliesslich spezialistisches Forum. Ein gedeihliches Interesse an unseren Sitzungen dürfen wir deshalb am ehesten dadurch erwarten, dass wir bestimmte Vertreter ihres Faches — und in New York giebt es ja zahlreiche Meister — ersuchen, ihrem spezialistischen Gedankengang einen universellen Anstrich zu geben, so dass der allgemeine Arzt ihren Ausführungen sonder Mühe folgen kann. Der Spezialist soll sich sozusagen, wie es zuweilen berühmte Solisten thun, im Orchester zum allgemeinen Besten unterordnen und in den Dienst der grossen Symphonie stellen, zu deren machtvoller Polyphonie er zwar seinen vollendeten Teil beiträgt, worin er aber keine dominierende Rolle spielt. Und unsere unendliche Symphonie heisst die grosse medizinische Wissenschaft, innerhalb deren Einfriedigung wir uns alle als ebenbürtige Kollegen zusammenfinden. Ob klein oder gross, das gleiche ehrliche Streben nach wissenschaftlicher Vollkommenheit adelt jeden.

Das Thema nun, welches ich heute streife, ist der Brusthöhle entnommen, einem Gebiet, auf welchem sich der Interne ebenso heimisch fühlt als der Chirurg, für welches sich der allgemeine Praktiker ebenso interessiert, als der Pathologe oder auch sogar der Bakteriologe, denn wie könnte man sich heute noch eine Lungendiagnose ohne Untersuchung des Sputums vorstellen?

Präsident Dr. Carl Beck: Ich habe das Vergnügen, Ihnen Herrn Dr. Hoffner vom Sanatorium Glotterbad bei Freiburg vorzustellen und heisse denselben herzlich in unserer Mitte willkommen.

Dr. Rudolf Denig verliest einen Vortrag:

Die Berücksichtigung des Allgemeinzustandes bei der Ausführung der Staroperation.

Diskussion.

Dr. Leonard Weber: Ich möchte die Frage berühren, die der Vortragende anregte, die Ursachen des Todes eines Kindes betreffend, das im Alter von fünf Monaten wegen Katarakt operiert wurde. Eine Autopsie lag in dem Fall nicht vor. Ich denke an zwei Möglichkeiten: die einer Embolie der Pulmonararterie, die allerdings selten die Ursache des tödlichen Ausganges ist nach operativen Eingriffen, oder wahrscheinlicher des sogenannten status lymphaticus, d. h. die plötzlich eintretende Ueberschwemmung des Blutes mit Lymphzellen. Eines oder das andere mag in dem Fall vorgelegen haben, da in der Voruntersuchung sonst nichts gefunden wurde, was eine Kontraindikation in Bezug auf die Operation abgegeben hätte.

Unter den Fällen, die ich im Laufe der Jahre in meiner eigenen Praxis habe operieren sehen, kenne ich nur zwei mit ungünstigem Ausgang in Bezug auf das Auge bei konstitutionellen Veränderungen. Der eine Fall betrifft einen Diabetiker, der im 65. Jahre auf einem Auge operiert wurde und dasselbe verlor. Der zweite Fall betrifft eine noch lebende Patientin von 38 Jahren. Sie hat bilateralen Katarakt und wurde mehrere Jahre von mir und einem Ophthalmologen beobachtet, sie drang zuletzt auf Operation. Keiner von uns beiden riet zu Operation, trotzdem der Ophthalmologe und ich zuletzt unsere Einwilligung gaben. In dem Fall handelte es sich um chronischen Gelenkrheumatismus, mit Klappenfehler, chronisch insofern als die Anfälle häufig vorgekommen sind. Als sie vor circa acht Jahren anfang, den Urin untersuchen zu lassen, war er niemals eiweissfrei. Also haben wir in dem Fall chronische Endokarditis, Klappenfehler mit chronischer Nephritis. Das spezifische Gewicht des Urins ist selten über 10 geblieben, der Eiweissgehalt mässig, aber immer Cylinder darin zu finden. Insofern als Iritis, die nach der Staroperation eintrat, wieder rückgängig wurde, ist gar kein so schlechtes Resultat zuletzt übrig geblieben. Die Patientin ist instande, auf der Strasse und im

Hause ihren Weg zu finden. Sie kann nicht lesen und dergleichen, aber immerhin ist das Resultat nicht absolut ungünstig gewesen, soweit das Auge in Betracht kommt.

Dr. Ernst Danziger: Ich möchte fragen, ob Eiterung in der Nase als Kontraindikation anzusehen ist, da dann eine mögliche Infektion durch den Tränenkanal vorliegt.

Dr. R. Denig: In den Fällen, wo Dakryocystoblennorrhoe vorhanden ist, ist unbedingt anzuraten, den Tränensack zu entfernen. Ich erinnere mich eines Falles, wo der Patient sich nicht darauf einliess. Das Auge wurde anderweitig operiert und ging an Infektion zu Grunde.

Dr. Carl Pfister: Zu dem Tode des Kindes möchte ich bemerken, dass kaum anzunehmen ist, dass das Kind infolge der Narkose zu Grunde ging. Es wurde jedenfalls anfangs der 80er Jahre operiert und hatte Chloroform bekommen, keinen Aether. Chloroform wird aber von ganz kleinen Kindern vertragen, die wenige Tage alt sind, sehr oft viel besser als von Erwachsenen. Also an Tod infolge von Chloroform am Tage nach der Operation ist wohl kaum zu denken, zumal in so kurzer Zeit nicht Nephritis eintreten kann, infolge von Chloroform, und so akut, wie es notwendig gewesen wäre, um den Tod herbeizuführen. Aber dass das Kind vielleicht an Hämphilie zu Grunde ging, ist absolut nicht ausgeschlossen. Mir ist es bei einer ganz unbedeutenden Operation passiert, dass ich eine Blutung bekommen habe, die ganz kolossal war und schwer zu stillen. Es gibt Fälle, in denen eine so profuse Nachblutung stattfindet, dass sie zum Tode führt.

Dr. H. Riedel: Hatte das erwähnte Kind von 5 Monaten eine Atropineinträufung bekommen? (Dr. R. Denig: Es bekam 2—3 Tropfen einer Atropinlösung; das war alles.) Dann möchte ich fragen, warum nicht an die Möglichkeit gedacht werden darf, dass die Atropineinträufung etwas mit dem plötzlichen Tode zu tun hatte. Ich habe in meinem Hospitaldienst mehrere Fälle bei erwachsenen und kräftigen Patienten zu sehen bekommen, wo

infolge einfacher Atropineinträufung plötzlich akutes Delirium mit Tobsuchtsanfällen ausbrach, das nur durch zufällige Ansaugung eines Teils der Atropineinträufung in den Tränenweg zu erklären war. Es wird allerdings schwierig sein, bei einem Kind von 5 Monaten mit Sicherheit eine Atropinvergiftung klinisch zu erweisen oder auszuschliessen.

Dr. R. Denig: An die Möglichkeit einer Atropinvergiftung ist nicht zu denken, weil sonst absolut kein Symptom der Atropinvergiftung in diesem Fall ausgesprochen war. Es wird ausdrücklich erwähnt, dass das Kind vollständig munter nach der Operation war und die Mutterbrust nahm. Das spricht doch gegen die Annahme einer Atropinvergiftung.

Dr. D. Cook: Wir wissen ja alle, welche homöopathische Dosen bei Kindern manchmal Vergiftung hervorrufen; aber die Symptome sind ja so leicht zu erkennen, die Intoxikation, die roten Backen, Dilatation nach der anderen Seite. Ich habe nie den geringsten Grad von Atropin und Belladonna-Vergiftung gesehen ohne rote Backen und alle Symptome einer Intoxikation.

Dr. H. Fischer: Ich muss auch sagen, wie ich mit Dr. Moschcowitz über diesen Todesfall sprach, dass wir zuerst an Atropinvergiftung dachten. Nehmen wir ganz kleine Dosen Gift wie Kokain, wie wir sie täglich gebrauchen, so lösen sie oft so schwere Vergiftungen aus, dass man es gar nicht für möglich halten sollte. Ich habe einen Fall gehabt, in dem ich zwecks Cystoskopie eine 10prozentige Kokainlösung in die Harnröhre einspritzte und der Mann plötzlich sehr blass wurde und kollabierte. Es war eine ganz geringfügige Dosis auf die Schleimhaut gebracht, die in verhältnismässig kurzer Zeit genügt hatte, so schwere Erscheinungen auszulösen. Der Mann hatte auch nicht die regulären Kokainvergiftungserscheinungen. Cyanose, rapide Herzaktion — er wurde plötzlich ohnmächtig und lag 1½ Stunden da, nachdem das Cystoskop längst entfernt war. Dass der Zustand von der Untersuchungsme-

thode kam, war ausgeschlossen. Kinder werden so ausserordentlich leicht durch derartige Gifte selbst in kleinen Dosen alteriert, sodass es mir scheint, dass es sich in dem vorliegenden Fall auch ohne typische Erscheinungen um Atropinvergiftung gehandelt hat.

Dr. H. Riedel: Ich erinnere mich eines Vortrags von Liebreich in Paris, in dem er einen von ihm angegebenen und vorgezeigten Klemm-Apparat empfahl, zum Zwecke, bei Atropineinträufungen ein Aufsaugen durch den Tränenweg unmöglich zu machen.

Dr. A. V. Moschcowitz: Ich möchte nur sagen, dass ich ebenso wie Dr. Fischer bei dem Vortrag des Falls auf die Idee gekommen bin, dass es sich um Atropinvergiftung handelt. Dr. Denig erwähnte ja auch, dass das Kind 3 Tropfen einer Atropinlösung bekommen hat. Es kommt aber darauf an, wie stark die Lösung war. Denn Dr. Denig hat den Fall nicht beobachtet, er erzählt nur das, was er in der Literatur darüber gefunden hat. In der Beschreibung des Falles war vielleicht von Rötung der Wangen nicht die Rede, aber man kann einen Fall nicht nach einem kurzen Referat beurteilen, das veröffentlicht wird. Ich habe selber auch den Eindruck gewonnen, dass es sich in dem Fall um Atropinvergiftung handelt.

Dr. Ludwig Ewald: Ich glaube nicht, dass es sich in diesem Fall um Atropinvergiftung handeln kann. Ich hatte früher Gelegenheit, bei Geburten Versuche mit Atropin zu machen, und ich muss sagen, dass die Erscheinungen derart frappant sind, dass sie auch dem oberflächlichen Beobachter bei leichter Atropinvergiftung nicht entgehen können. Die Symptome von seiten der Atmung und des Herzens sind sofort wahrnehmbar.

Wenn die Ophthalmologen, wie Dr. Denig bemerkt hat, die vorgeschrittene Schwangerschaft als Kontraindikation betrachten, so muss ich bemerken, dass die Herren in der Vorsicht etwas zu weit gehen. Wir wissen durch Erfahrung, dass selbst die grössten Eingriffe wie Appendizitis, selbst Operationen am Uterus, bei weit vor-

geschrittener Schwangerschaft vorgenommen werden ohne Nachteil; ich habe viele Fälle gesehen, wo Eingriffe an Ohr und Nase, auch die Staroperation ohne den leisesten Nachteil gemacht wurden. Die Verabreichung von Kokain ist ja hier gering: ich habe die Statistik danach durchgesehen und nichts Gegenteiliges gefunden. Ich denke, dass die Herren Ophthalmologen ohne irgend welches Bedenken verhältnismässig kleine Eingriffe vornehmen können.

Dr. R. Denig: Ich möchte Ihnen den ersten Fall ausführlich mitteilen. Das erste Kind war von Warlomont in Brüssel beobachtet worden, und der Fall wurde in der Heidelberger Gesellschaft i. J. 1863 diskutiert, und Graefe selbst beteiligte sich an der Diskussion. Hören Sie, was in dem Bericht der Heidelberger Gesellschaft steht:

Der Patient Warlomont's war ein 11 Monate alter, gesunder, kräftiger Junge. Je 2 Diszissionen waren auf beiden Augen schon ausgeführt. Es handelte sich auf dem linken Auge um die Entfernung eines flottierenden Kapselstückchens, was mit Leichtigkeit gelingt. Rechts dagegen, wo das Kapselrestchen fest anhaftet, empfand der Operateur einigen Widerstand und die Befreiung der Pupille gelingt nicht ohne einige, wenn auch nur unbedeutende Zerrung der Iris. Während des Tages trat mehrmaliges Erbrechen ein, das die ganze Nacht über anhielt. Es ist eine Iritis mit reichlichen plastischen Ausschwitzungen vorhanden. Am Abend war das Kind tot.

Albrecht v. Graefe sprach sich bei der Diskussion für die Ansicht aus, dass hier ein unglückliches Zusammentreffen verschiedener und von einander unabhängiger Affektionen anzunehmen sei.

Von Atropin wird nichts erwähnt, in der Diskussion auch nicht.

Dr. Max Töplitz: Ich möchte ein Wort über die Narkose hinzufügen. Dr. Pfister hat gesagt, dass die Narkose durch Chloroform bei kleinen Kindern vollständig ungefährlich sei. (Dr. Pfister: Das habe ich nicht gesagt. Vollständig ungefährlich ist keine Narkose. Ich habe nur gesagt,

dass die Chloroformnarkose von kleinen Kindern merkwürdig gut vertragen wird, sehr oft besser als von Erwachsenen.) Ich war unter dem Eindrucke, dass bei Kindern reine Chloroformnarkose gefährlicher sei als Aether. Packard stellt 25 Todesfälle nach Halsoperationen bei Kindern zusammen, die durch Narkose erfolgt sind, und er gibt an, dass von den 25 Fällen 24 durch Chloroform narkotisiert worden sind und ein einziger durch Aether. Ich habe immer geglaubt, dass es besser sei, keine reine Chloroformnarkose bei Kindern zu geben.

Dr. Ewald meinte, wenn ich ihn richtig verstanden habe, dass bei Kokain, in kleinen Dosen gegeben, keine Vergiftungserscheinungen eintreten. Ich gebe Kokain in der Nase in grossen Dosen, und zwar trage ich das Kokain direkt in Substanz, in der Pulverform auf. Solange das Kokain nicht in den Hals läuft und nicht absorbiert wird, macht es keine Vergiftungserscheinungen. Aber ich habe einmal eine 1/2-prozentige Kokainlösung in das Ohr eingespritzt und eine gehörige Reaktion bekommen, sodass der Patient Demenzercheinungen hatte; seitdem habe ich es aufgegeben, subkutane Injektionen in die Nase oder andere Teile des Körpers selbst mit einer 1/2-prozentigen Lösung zu machen.

Dr. C. Pfister: Ich schweife vielleicht vom Thema ab, aber ich möchte zu den Bemerkungen von Dr. Töplitz über Narkose doch sagen, ich halte die Narkose von reinem Chloroform für die verhältnismässig ungefährlichste von allen Narkosen, vor allem bei Kindern. Kinder vertragen Chloroform gut, und die Gefahr ist mit der beendeten Narkose vorbei, während man bei Aethernarkose fortwährend an Pneumonie denken muss. Gerade diese Aethernarkose ist ungemein gefährlich. Ich habe Kindern Chloroform gegeben, die 2 Tage alt waren, und es ist nichts passiert, während ich bei Aether oft schwere Erscheinungen und Todesfälle gesehen habe.

Dr. Barkau: Das Vertragenwerden von Chloroform richtet sich nach dem Blutreichthum des Gehirns, und da

der Blutreichtum des Gehirns bei Kindern und schwangeren und niederkommenden Frauen der grösste ist, so wird auch von diesen Chloroform ausgezeichnet vertragen. Sie finden einige Analoga, z. B. die Rettung eines durch Chloroform asphyktisch Gewordenen dadurch, dass man den Körper nach unten stürzt, wodurch das Blut zum Gehirn kommt und das betr. Individuum gerettet wird. Das wäre die sekundäre Erscheinung. Die primäre Erscheinung war die berühmte Ratte von Haledon, welcher eine von Chloroform scheinbar tote Ratte nach unten hielt, und die Ratte erhielt ihr Leben wieder. Ihm fiel die Sache auf, er machte weitere Experimente, und darauf stellte sich das Ergebnis heraus, dass man einen Chloroform-Asphyktischen in den meisten Fällen retten kann, wenn man den Körper nach unten hält. Er ging noch einen Schritt weiter und hat vor Jahren angeraten, Chloroform bei Sonnenstich zu verwenden, weil bei Sonnenstich auch eine

Hyperämie des Gehirns vorhanden ist. Er hat das in einigen Fällen angewandt und ausgezeichnete Erfolge erzielt, aber das ist im Sande verlaufen.

Dr. E. Danziger: Ich möchte auf eine Bemerkung von Dr. Ewald zurückkommen. Er erwähnte, dass man an schwangeren Frauen sehr häufig ungestraft Operationen vornehmen könnte, und erwähnte u. a. die Nase. Es ist allbekannt, dass zwischen Uterus und Nase reflektorische Beziehungen bestehen. Während der Menstruation sind die Schleimhäute in der Nase geschwollen. Wie dem auch sei, ich habe die persönliche Erfahrung, dass ich schon verschiedene Male, nachdem ich einen Naseneingriff gemacht, eine verfrühte Menstruation hervorgebracht habe, und hüte mich selbst so viel als möglich, bei schwangeren Frauen an der Nase zu operieren.

Hierauf erfolgt Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann,
Prot. Sek.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Hefetherapie der Gastroenteritis im Kindesalter.* Sittler hat auf der Kinderpoliklinik Versuche mit Hefepreparaten bei der Gastroenteritis der Kinder gemacht. Angewandt wurden Levuriose, Levure Adrian (beide in Pulver zu je 1 g) und Levuretin (in Tabletten zu 0,5 g). Letzteres Präparat schien sich auch am besten zu bewähren. Die Dosis betrug bei den beiden erstgenannten Präparaten 1—2—3 g täglich, beim Levuretin 3—4—5 g Tabletten, je nach dem Alter des Kindes. Die Präparate wurden fast immer anstandslos genommen und gut ertragen. Die meisten der behandelten Patienten befanden sich im ersten Lebensjahr; das jüngst behandelte Kind war zwei Wochen alt.

Das Hefepreparat wurde fein verrührt in abgekühltem gesüßtem Tee oder Zuckerwasser gegeben; daneben wurde die Diät entsprechend geregelt: Aussetzen der Milch und an deren Stelle Tee, Eiweisszuckerwasser, eventuell Kindermehlabkochungen; später Milchmehlmischungen; bei älteren Kindern: Schleimdät. Auf-

fallend war der Erfolg der Hefetherapie bei den mit starker Fäulnis des Darminhaltes einhergehenden Enteritiden. Auch die anderen Enteritiden reagierten meist gut auf Hefe. Bei Gastroenteritis hörte das Brechen prompt auf. In den meisten Fällen wurde Hefe allein gegeben; in einigen Fällen wurde vor der Hefe Kalomel oder Purgin verabreicht, in anderen gleichzeitig mit der Hefe Wismut, Bismutose oder Tannalin.

— Dr. H. v. Schrötter berichtete in der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien über eine im Wege der *direkten Bronchoskopie* an der Klinik Hofr. Escherichs ausgeführte Extraktion eines Fremdkörpers. Er fasst seine Ausführungen, wie folgt, zusammen: Auf dem genannten Wege gelang es in diesem Falle, durch äussere Umstände um einen Tag verzögert, ein Knochenstück, das sich schliesslich an der Teilungsstelle des rechten Unterlappenbronchus verankert hatte, im Wege der oberen Methode, ohne Narkose und ohne Lokalanästhesie mit

Sicherheit zu entfernen. Der Fall erscheint noch durch das Alter, zehmonatliches Kind, sowie durch den Umstand bemerkenswert, dass der eingedrungene Fremdkörper eine auffallende Grösse besass. (Wiener med. Wochenschr., 1906, No. 46.)

— *Behandlung der lanzinierenden Schmerzen bei Tabes.* Wenn die Quecksilberbehandlung ohne Wirkung geblieben ist, verordnet Prof. Raymond (Paris) Natrium nitrosum 0,1, Aq. dest. 10,0. Man injiziert täglich 1 cem dieser Lösung während zehn Tagen. Darauf folgt eine zehntägige Pause und dann eine zweite Injektionskur von zehn Tagen. Das zweite Mal wird aber eine doppelt so starke Lösung (Natr. nitros. 0,2, Aq. 10,0) injiziert. Zweite Ruheperiode mit darauffolgender dritter Injektionsperiode mit 0,03 Natr. nitros. pro dosi. Man fährt mit letzterer Dosis weiter fort mit alternierenden Ruhe- und Injektionsperioden. Nach 40—50 Injektionen (früher nicht) tritt beinahe regelmässig eine Besserung ein. Diese gefässerweiternde Behandlung wird als die wirksamste von Raymond warm empfohlen. (Nouveaux remèdes, No. 6, Korrespondenzbl. für Schweizer Aerzte.)

— *Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen ihre Kinder zu stillen.* Der epochemachende Vortrag Bunge's ist vor Kurzem in fünfter Auflage erschienen. Als Bunge ihn im Jahre 1899 hielt, waren es nicht mehr als 300 Fälle, auf die sich seine Schlussfolgerungen stützten; das Material hat sich seitdem verzehnfacht; es sind jetzt 2051 Familien, auf die sich die Untersuchungen Bunge's beziehen. In der Vorrede zur neuesten Auflage wendet sich Bunge gegen die Angriffe, die seine

Arbeit von Seiten einiger Frauen- und Kinderärzte erfahren hat. Bekanntlich richten sich diese Angriffe weit weniger gegen die von Bunge auf Grund seiner statistischen Erhebungen festgestellte Tatsache, dass die Töchter trunksüchtiger Väter die Fähigkeit, ihr Kind zu stillen, verlieren und dass diese Fähigkeit dann fast immer auch für die kommenden Generationen verloren bleibt, sondern gegen die von ihm vertretene Anschauung, dass die Unfähigkeit der Frauen, zu stillen, in rascher Zunahme begriffen sei und dadurch die Gefahr der Entartung sich von Generation zu Generation steigert. In zahlreichen Arbeiten wird der Beweis zu erbringen versucht, dass der Prozentsatz der zum Stillen unfähigen Frauen keineswegs beunruhigend gross sei. Bunge macht seinen Gegnern den Vorwurf, ihn nicht genau gelesen zu haben. Unter Befähigung zum Stillen versteht er die Fähigkeit, wenigstens neun Monate u. zw. ausreichend, d. h. so zu stillen, dass neben der Muttermilch keine andere Nahrung notwendig ist, die Gegner verstehen aber absolute Unfähigkeit darunter, woraus sich das Missverständnis erklärt.

Die neu zu der Statistik hinzugekommenen Fällen stimmen in ihren Ergebnissen genau mit den bereits früher veröffentlichten überein. Bunge gibt selbst zu, dass seine Statistik noch viel umfassender und grösser sein sollte und fordert deshalb alle Aerzte, besonders jene, die an seinen Schlussfolgerungen zweifeln, auf, daran mitzuarbeiten, damit die Wahrheit über diese so ausserordentlich wichtige Frage an den Tag komme. Die Fragebogen schickt er allen Kollegen auf Wunsch gerne zu.

Kleine Mitteilungen

— Die Deutsche Medizinische Gesellschaft in Chicago erwählte für das laufende Geschäftsjahr die folgenden Beamten: Präsident, Dr. Maximilian Herzog; Vizepräsident, Dr. Adolf Decker; Schriftführer, Dr. August Strauch; 1. Beisitzer und Schatzmeister, Dr. Ernst Saurenhaus; 2. Beisitzer, Dr. Gustav Schirmer.

— Dr. A. Rose's Heftpflasterverband. Dr. Groddeck, Baden-Baden, schreibt am 16.

Januar 1907 über den Artikel Physiologie und Pathologie der Bauchmuskeln in der N. Y. Med. Monatsschrift, Nov. 1906: „Ihre Sendung hat mich freudig überrascht und noch mehr durch den lehrreichen Inhalt, den Sie an die Erwähnung meines Namens knüpfen. Ich begrüsse den Gebrauch des Heftpflasterverbandes mit besonderer Freude, da mir sein Nutzen ohne weiteres einleuchtet, und hoffe auf eine grosse Verbreitung dieser Idee. Speziell erscheint es mir wichtig, dass die vielfach so verderblich wirkenden Leib-

binden dadurch aus der Welt geschafft werden. Der stetige Druck des Verbandes hat ausserordentliche Vorteile vor den wechselnden des Gürtels, abgesehen von der grossen Schädigung der Rückenmuskulatur und der Lendennerven durch die Bauchbinden. Und dass es auf diese Weise gelingen muss, das Volumen des Bauches dauernd zu verkleinern, unterliegt für mich gar keiner Frage. Ich glaube übrigens, dass Sie mit grossem Nutzen diese Technik auch auf andere Gebiete ausdehnen können, speziell den Hals, Morbus Basedowi, Kropf, Migraine etc. Die Volumenverringerung hat nach meinen Erfahrungen rasch eine Verminderung der Stauungen zur Folge.“

Dr. B. S c h m i t z, Bad Wildungen, schreibt am 15. Januar 1907: „Es ist ein neuer Stoff und eine neue Bearbeitung dieses Feldes. Diese neuen Gesichtspunkte müssen Beachtung und Anerkennung finden, wenn auch alles Neue vorerst mit Reserve aufgenommen wird, und was sehr schätzenswert ist, es wird die Praxis dadurch gewinnen, d. h. die mannigfachen Unterleibsleiden werden eine andere Auffassung und eine andere Behandlung erfahren. Ich kann allen Ausführungen nur zustimmen.“

— *Bakterien im Bier.* Von zwei Seiten wurden in jüngster Zeit Untersuchungen über den Bakteriengehalt des Flaschenbieres veröffentlicht. Dr. F u h r m a n n in Prag hat die aus verschiedenen Brauereien und Bierfüllereien in Graz stammenden Biere auf ihren Bakteriengehalt untersucht; keine einzige keimfreie Probe konnte darunter gefunden werden. Die meisten enthielten vielmehr sehr zahlreiche Bakterien, meist Kugel- und Stäbchenbakterien. So fanden sich z. B. in einer Probe Märzenbier 1,380,00 Mikroben im Liter, die 14 verschiedene Arten von Bakterien enthielten; trotz dieser gewaltigen Menge von Keimen sah das Bier keineswegs ungeniessbar aus, da es nur ganz geringfügige Trübung zeigte. Die Flasche hatte Patentverschluss. Ein anderes, aus einer Flasche mit Korkverschluss stammendes spiegelhelles Bier wies immer noch 605,000 Keime im Liter auf. Ein

von der Brauerei selbst auf Flaschen gefülltes Bockbier enthielt 560,000 Bakterien, 520,000 Schimmelpilze und über 1 Million Hefezellen im Liter. Der niedrigste Bakteriengehalt, der festgestellt werden konnte, war 24,000 im Liter. Viele Biere stehen dem Murwasser im Bakteriengehalt nicht nach.

Der geringe Alkoholgehalt von ca. 4 Prozent reicht durchaus nicht hin, um das Bier steril zu machen, ja nicht einmal alle krankheitserregenden Mikroorganismen werden dadurch getötet. Sie werden wohl im Wachstum behindert, sobald sie aber auf günstigen Nährboden gelangen, entwickeln sie sich üppig. Vermag doch selbst ein Alkoholgehalt von 8½ Prozent in Fleischbrühe das Wachstum des Erregers des Unterleibstypus selbst nach 29 Tagen nicht zu unterdrücken; *Micrococcus pyogenes* blieb 51 Tage darin lebensfähig. In sterilisiertem Biere bleiben alle diese Krankheitserreger wochen-, selbst monatelang entwicklungs- und lebensfähig; daraus geht hervor, dass der Genuss infizierten Bieres nicht als ungefährlich bezeichnet werden kann.

Besonders bedenklich ist das Flaschenbier, wenn die Flaschen und die beim Abfüllen verwendeten Geräte nicht peinlich gereinigt und in strömendem Wasserdampf und kochendem Wasser sterilisiert werden. Durch unreine Bierflaschen, die ja durch so viele Hände und in so viele Familien wandern, ist die Uebertragung von Infektionskrankheiten sehr leicht denkbar. Beinahe unmöglich ist die Sterilisierung der Kautschuckdichtung bei Patentverschlüssen, die deshalb absolut verwerflich sind.

Der andere Forscher ist der japanische Arzt Dr. M a t s u h u i t a, der im getrübbten Biere krankmachende Bakterien nachwies. Es waren grosse, den Heu- und Milzbrandbazillen ähnelnde Bazillen. Ihre Giftigkeit erwies sich, als sie Tieren eingespritzt wurden. Mäuse und Meerschweinchen starben bei Einspritzung unter die Haut nach 18—36 Stunden unter den Erscheinungen der Bauchfellentzündung, des Magendarmkatarrhs, sowie der Milz- und Leberschwellung. Das Vorkommen dieser Keime dürfte nach Dr. M a t s u h u i t a auf ungenügende Reinigung der Flaschen zurückzuführen sein.

New Yorker
Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der
**Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York,
Chicago, Cleveland und San Francisco.**

Redigiert von DR. A. RIPPERGER.

Bd. XIX.

NEW YORK, 1907.

No. 2.

Originalarbeiten.

Dermatologische Winke für den praktischen Arzt.*

Von Dr. EDWARD PISKO, New York.

In der Januar-Nummer des „Post-Graduate“ las ich über die verschiedenen Methoden der physikalischen Untersuchung des Kindes, vom Standpunkte eines jeden einzelnen Spezialisten aus betrachtet und erläuterte und da dachte ich, dass es für den praktischen Arzt, der sich doch zumeist mit Kindern befasst, nicht nur von Interesse wäre, zu wissen, wie man die einzelnen Organe des Kindes zu untersuchen hat, um durch klinische und pathologische Bilder eine Diagnose machen zu können, sondern dass dem Praktiker vielmehr daran gelegen sein wird, einige Winke zu bekommen in Bezug auf die mehr alltäglichen Erkrankungen der Haut des Kindes, und dies sei der Gegenstand meiner heutigen Vorlesung.

Mehr als irgend ein anderes Organ des menschlichen Körpers ist gerade die Haut im Kindesalter wesentlich verschiedener, viel zarter und geschmeidiger und elastischer und Erkrankungen gegenüber viel gutartiger, als im zunehmenden Alter, in welchem wir einer steigenden Malignität der Hautleiden begegnen. Da es wohl kaum ein Organ gibt, welches allen

möglichen Schädlichkeiten von aussen her so ausgesetzt ist als gerade die Haut, so wird es leicht begreiflich erscheinen, dass es eine Unmenge von äusseren Ursachen gibt, die Hautleiden erzeugen, ja selbst bei neugeborenen Kindern sehen wir solche auftreten. Bei der physiologisch vorhandenen Hyperämie, dem regen Leben, das in Talg und Schweissdrüsen vor sich geht, bei der starken Sekretion und Exkretion kann es ja doch kaum befremden, wenn besonders um den Mund herum durch den Speichel und die Nahrung, um das Genitale herum durch den Urin und um den After herum durch die Faeces und in den Hautfalten durch das reichliche Sebum gleich in den ersten Lebensstunden Schaden angerichtet wird, und dazu kommt noch, dass das so zarte Epithel durch das Plus und Minus in puncto Pflege und Reinhaltung des Kindes verletzt wird; ich spreche absichtlich von einem Plus und Minus, denn sehr oft begegnen wir Hautleiden bei Kindern, die von einer allzu peinlichen Reinhaltung herrühren. Die Kinder werden zu oft gebadet und gewaschen, das Wasser ist oft viel zu heiss, stark parfümierte Seifen und Toilettewässer werden benützt, mit Alkohol wird frot-

*) Vortrag, gehalten im Physicians' Club.

tiert u. s. w., ja dabei geht das zarte Epithel verloren, die noch dünne Hornschichte löst sich ab und so haben wir den Anfang eines keratolytischen Prozesses, der oft zum Schrecken und Gespenst aller Hautkrankheiten im Kindesalter wird — das Ekzem. In derselben Weise entwickelt sich aber auch bei dem Minus an Reinlichkeit dieser Vorgang, wenn Exkrete und Sekrete, selbst wenn physiologisch ganz normal, genügend Raum und Zeit finden — ich meine besonders Harn und Faeces — sich zu zersetzen, sie bilden ja den günstigsten Nährboden für die in der umgebenden Luft vorhandenen Bakterien und Kokken, und warum so etwas zu jucken und das Kind instinktiv zu kratzen anfängt, und nicht aufhört, bis es sich blutig gekratzt hat, das wissen wir nicht, aber den angeordneten Schaden sehen wir leider gar zu oft: Kratzeffekte, die zuerst ohne und dann mit Hinzutreten des *Staphylococcus aureus* und *albus* zu infizierten Wundherden führen, besonders auf der Kopfhaut und im Gesichtchen, und da gibt es im 20. Jahrhundert noch Mütter, die abergläubisch genug sind, zu verbieten, dass die Nägelchen abgeschnitten werden. Und erst das inzwischen sekundär entstandene Ekzem ist recht ein *noli me tangere*, es könnte sich, wenn man es vertreibt, „nach innen schlagen“ und dann Krankheiten erzeugen; die Ursache ist hier offenbar mit der Wirkung verwechselt und dies bringt uns auf die sogenannten inneren Ursachen der Hautkrankheiten, der grösseren Mehrzahl nach dem Verdauungsapparat entspringend, ferner Diathese als Skrophulose, Tuberkulose, Hämophilie — gestörter Stoffwechsel ins Gebiet der Biochemie und des Metabolismus gehörend, wonach sich hauptsächlich und in erster Linie, wie ich dies vor zwei Jahren Ihnen hier zu erörtern die Ehre hatte, die Behandlung zu richten hat, mit anderen Worten ausser lokalen Applikationen ist eine methodische

und systematische diätetisch-hygienische Allgemeinbehandlung unerlässlich.

Beginnen wir nun mit dem eben neugeborenen gesunden Kinde und betrachten uns die für den praktischen Arzt wichtigen Hautleiden, denen er fast alltäglich begegnet. — Ich muss vorweg bemerken, dass ich die kongenitale Syphilis nicht im Rahmen dieser Vorlesung beleuchte, ebenso nicht die akuten Infektions-Krankheiten.

Zunächst und obenan steht die *Intertrigo*. Die Kinder werden wund und zwar meist an Berührungsflächen, insbesondere bei fetten Kindern in den Cervikal-, Axillar-, Inguinal-, Genital-, Krural- und Analfalten, was man aber leicht verhüten kann, wenn man prophylaktisch vorgeht, solange noch nur ein blosses Erythem besteht. Die erste Frage, die ausnahmslos an uns gerichtet wird, und dies lehrt mich eine 19jährige Dispensary-Erfahrung, selbst bei Leuten, die nur ein einziges Mal im Jahre ein Bad nehmen, ob sie es brauchen oder nicht, ist die: „Darf ich das Kind baden?“ Was ich hierauf zu erwidern habe, bezieht sich *mutatis mutandis* auch auf das ebenso oft auftretende Ekzem, die *Impetigo contagiosa*, die Skabies und die anderen Dermatomykosen, und ich werde nach Besprechung dieser Affektionen mich über das Baden äussern. Prophylaxe ist nach meiner Ueberzeugung nirgends so angebracht und deren Ausübung bringt nirgends so viel Segen als gerade bei den Hautleiden kleiner Kinder.

Bleiben wir bei dem *Erythem*, der Vorstufe der *Intertrigo*: Von den meisten Müttern wird dies kaum beachtet, die Rötung wird dafür genommen, dass das Kind gesund ist und die Nahrung gut verträgt, es wird nur höchstens bei dem öfteren Trockenlegen reichlicher Pulver gestreut. Und nun erst bei einem kranken Kinde mit pathologischem Harn und alkalischen Faeces, bei oft 10—20maliger Entleerung per Tag, bei Enteritiden,

Cholera infantum u. s. w. — erlaubt die Mutter dem Kinde in diesen Sekreten und Exkreten zu liegen, so wird bald ein Mazerationsprozess eintreten, der oft zu ulzerativen und gangränösen Ekzemen führen wird, ebenso bei einem Plus in puncto zu heissen Wasser und zu starkes Abreiben mit Seife und zu starkes Frottieren beim Abtrocknen prädisponiert die ja ohnehin schon stark lädierte Haut zur Intertrigo mit nachfolgendem Ekzem. Also Prophylaxe Reinigen mit einem milden Adstringens und, wenn die Krusten und das zu reichlich benützte Streupulver angebacken sind, zuerst ein in Olivenöl getauchtes Läppchen benützen, eventuell mit Zusatz von ein bis zwei Prozent Salicyl- oder Borsäure, um so den selbst physiologisch-normalen Urin, die Faeces, die aus dem Munde kommende Milch und den Speichel zu verhindern, durch Zersetzung die Haut zu zerstören. Vor Angst, dass ein kalter Luftzug den Ausschlag nach innen treiben könnte, bleiben die Kinder vier- und fünffach in Linnen und Wolle eingepackt, Ventilation ist erst recht verpönt, und so kommen die traurigen Folgen und wir sehen ein intertriginöses Ekzem etabliert.

Ich erwähnte Eingangs, dass wir es im Säuglingsalter mit einer mehr oder weniger physiologisch-normalen Hyperämie und Hypersekretion der Drüsen zu tun haben; dem Produkte dieser funktionellen Hypersekretion der Talg-Drüsen, einer Ueberproduktion von Sebum begegnen wir fast alltäglich auf dem Kopfe des Kindes; unter allmählich sich steigender Rötung, Entzündung und Exsudation, die zur Abhebung der obersten Epithelschichten führt, bekommen wir das bekannte Bild der Seborrhoe, nach und nach backen die Produkte zusammen mit den Haaren zu einer Kruste, einer Borke, der Prozess geht über die Stirne nach dem Gesicht und über die Ohren nach dem Nacken, und so hat sich auch hier ein sekundäres Ekzem etabliert, *das seborrhoische Ekzem*, und

da kommt wieder die Prophylaxis in ihre Rechte. Hat man es mit einer thörichten Mutter zu tun, die diesen Belag vom Köpfchen zu entfernen aus Aberglauben sich weigert, so lässt sich eben nichts machen und das passiert in der Praxis noch allzuhäufig, andererseits aber erzielt man glänzende Resultate, wenn man zunächst mit grüner Seife den Kopf wäscht, nachher die Krusten und Borken mit Oel entfernt und solange Exsudation stattfindet, milde Adstringentia in Form von Umschlägen anwendet und zur Heilung eine Resorzin-Schwefelsalbe mit oder ohne Zusatz von Salizyl, alle Applikationen in kleinem Prozentsatz, da ja die lädierte Haut schon genug gereizt ist.

Blieben wir beim Kopfe, wo wir noch anderen Erkrankungen sehr häufig begegnen, als Follikulitiden und Furunkeln, die eine chirurgische Behandlung erheischen, und einer anderen Gruppe von Krankheiten parasitären Ursprungs. Zunächst die *Pediculosis capitis*, deren Behandlung einfach ist, mehrmalige Einreibung von Olivenöl und Petroleum zu gleichen Teilen, 3—4 mal per Tag, mit impermeablem Stoff bedeckt lassen, nach drei bis vier Tagen mit Essig und grüner Seife auswaschen und reinigen, und für die nächsten drei bis vier Tage mit Delphinium Tinktur und Aether zu gleichen Teilen einreiben, wozu man noch 5—10 Prozent Perubalsam zusetzen kann; die protrahierte Behandlung ist notwendig, um nicht nur die Läuse, sondern auch die Nüsse zu töten. Ohne Behandlung infolge des anhaltenden Kratzens mit den schmutzigen Fingernägeln etabliert sich das *Ekzema e pediculis*.

Fast ebenso häufig ist die *Timea tonsurans*, ein äusserst hartnäckiger Feind, hervorgerufen durch den Trichophyton-fungus, einen vegetabilischen Parasiten. Hat man es mit einem etablierten Ringwurm zu tun, so ist es geraten, die benachbarten Partien durch Rasieren vor dem Uebergreifen zu schützen und die abgebrochenen, trockenen Haare der er-

krankten Area zu epilieren. Kommt es zur Eiterung innerhalb der Haarfollikel, dann müssen feuchte Dauerverbände mit Antiseptics gemacht werden, eventuell muss man manchmal mit der Knopfsonde in die Eiterherde einstechen, um den Eiter zu entleeren, nachher Sublimat oder Naphtol-Alkohol, 5—10 Prozent einpinseln und später Ichthyolsalbe, 5—20 Prozent, bei zwei oder drei kleinen Herden gebrauche ich reines Ichthylol ganz unverdünnt und Formalin (40prozent. Lösung). — Als ein in Folge der russischen und italienischen Einwanderung häufiges Leiden der Kopfhaut wäre auch noch der *Favus* zu erwähnen, der ebenfalls durch einen vegetabilischen Parasiten, *Achorion Schoenlein*, hervorgerufen wird; hier führt das Skutulum zur Atrophie mit Narbenbildung; therapeutisch starke Antiseptika und Epilation. Hieran reiht sich naturgemäss noch eine Erkrankung, die äusserst häufig ist und leider auch sehr oft verkannt wird: die Skabies, bedingt durch einen animalischen Parasiten, *Acarus skabiei*, im Bilde wenig verschieden von der des Erwachsenen, dieselben polymorphen Eruptionen an den charakteristischen Stellen, anstatt Schwefel und Styrax, die schmutzig und unangenehm riechen, benütze ich Epikarin 1—5 Prozent; Peruol, ein Ersatz für Perubalsam, 1—2 Prozent, Eudermol 1—2prozentig, als Salbengrundlage Lanolin oder Resorbin, zur Nachbehandlung eine 2—5prozentige Bromokollsalbe. Alle eben genannten Erkrankungen sind von höchster Wichtigkeit und verlangen eine genaue Kenntnis und eine rigorose Behandlung und Prophylaxis, insbesondere im schulpflichtigen Alter wegen der hohen Ansteckungsgefahr; die Kinder werden nämlich heimgeschickt, eventuell aus der Schule ausgeschlossen.

Als letzte in der Gruppe der Dermatomykosen reiht sich die *Impetigo contagiosa* an, die gewöhnlich das Gesicht des Kindes befällt; die Erkrankung beginnt mit Bläschen in den obersten Hautschichten, die darunter liegende Haut ist ganz nor-

mal, höchstens am Rande des Bläschens leicht gerötet; das dauert zwei bis drei Tage, nachher füllen sich diese Bläschen, die nie primär Eiter enthalten, und trocknen unter Zurücklassung einer Kruste ab, die sich nachher abstösst. — Heilung mit *restitutio ad integrum*. Die Behandlung ist sehr einfach: Nach Entfernung der Kruste, denn in diesem Zustande bekommen wir fast ausnahmslos die *Impetigo contagiosa* zu sehen, — man bedient sich hierzu am besten eines 2prozentigen Salizylöls — gebraucht man 2—5—10prozentige weisse Praecipitat-salbe, wobei ich Lanolin oder Resorbin als Salbengrundlage benütze; bei heftigem Jucken, beispielsweise bei gleichzeitig bestehender Urtikaria, benütze ich Resinol als Salbengrundlage und setze 1—2 Prozent Menthol zu. Ist die Haut durch Kratzen schon sehr gereizt oder überhaupt sehr empfindlich, dann empfiehlt es sich zunächst, Umschläge zu applizieren, am besten die Lotio Kalamine und Zink:

℞ Ac. carbolic.....	2.00
Calaminae praepar.....	4.00
Zinc oxyd.....	8.00
Glycerin	12.00
Aqu. calcis.....	16.00
Aqu. ad.....	120.00

und Theer in Form von *Ol. Rusci* Vienna-Waldheim.

Urticaria: Ich liess das Wort fallen, bleiben wir gleich dabei, Sie alle kennen die Quaddel, und wenn sie auch nicht ganz so wie nach Berührung der Brennnessel aussieht, sie juckt doch ebenso entsetzlich und quält die Kinder, im 4. oder 5. Lebensmonat beginnend, oft jahrelang; hier haben wir es positiv, wie bei dem primären Ekzem, mit einem toxischen Prozess zu tun. Was wir gewöhnlich zu Gesichte bekommen, ist die *Urticaria papulosa*, die Papeln kommen und gehen, oft über den ganzen Körper verbreitet, und dass man da auf der Höhe der Effloreszenzen — infolge des unausstehlichen Juckens kratzen sich die Kinder Tag und Nacht — keinen einheitlichen Charakter mehr

haben wird, ist ja klar; es kommt oft zur Bildung von Furunkeln, Abszessen, Geschwüren, grossen Eiterblasen (*Urticaria bullosa*) und zu sekundären Ekzemen. Hier kommt das ätiologische Moment par excellence in Betracht, und darnach hat sich die Behandlung in erster Linie zu richten, und da kommt die bis jetzt noch ungelöste Frage der rationellen Ernährung des Kindes in den Vordergrund. Da es keine spezifischen Mittel für die Heilung der *Urticaria* gibt, muss man vor allem Darmantiseptika, z. B. Salol, Kreolin, Tannin u. s. w., gebrauchen, lokal Menthol, Karbol, Epikarin und Bromokoll von 2—10 Prozent, in alkoholischen Lösungen und sonst hygienisch-diätetisch.

Und nun zum Ekzem: Wollte ich alles über Ekzem Wissenswerte auch nur flüchtig erwähnen, brauchte ich

einen separaten Abend; es genügt mir, zu sagen, dass das meiste, was ich heute erwähnte, sich auf das Ekzem bezieht. Vor allem halte ich daran fest, im akuten und subakuten Stadium nur feuchte Umschläge und erst im chronischen Stadium Salben resp. Pasten und ganz besonders Teer in Form von *Ol. Rusci*. Baden ist nie kontraindiziert, es müsste denn sein, dass man für einige Tage eine bestimmte Absicht mit dem betreffenden Medikamente hat, wie beispielsweise die Einwirkung des Schwefels bei Skabies. Das dunkelste Gebiet bei den Hautkrankheiten kleiner Kinder ist jedenfalls die Aetiologie des Ekzems, welche ich in einer späteren Vorlesung Ihnen zu erörtern mir erlauben werde.

616 Madison Ave.

The Sydenham Bldg.

Cysticercus.

VON DR. REINHARD REMBE.

Eddie Behringer, Niles Center, Ill., Waisenknabe, 7 Jahre alt, kräftiger Junge, noch nie krank, hatte nie ein Augenleiden oder eine Verletzung derselben.

Am 1. Oktober vorigen Jahres bemerkten die Pflegeeltern, dass das rechte Auge rot und entzündet war und von Tag zu Tag sich wesentlich verschlimmerte. Der Junge wurde dann von Dr. Sintzel (Niles Center) behandelt; derselbe liess Borsäure-Aufschläge machen und nach einigen Tagen trat Besserung der entzündlichen Erscheinungen ein. Da der behandelnde Arzt nicht sicher bez. der Diagnose war, schickte er mir den Fall zu.

Patient kam am 6. November in meine Behandlung. Die Untersuchung ergab das folgende:

Die Augenlider mässig ödematös, die Lidspalte verengt, die *Conjunctiva bulbi*

oberflächlich infiziert, jedoch im *Limbus conjunctivalis* nach oben und unten mit einem leichten Gefässkranz versehen. Die Hornhaut in ihrem ganzen Umfang weniger glänzend und durchsichtig als im normalen Zustande; die vordere Kammer etwas verengt, der Humor aqueus nicht sichtlich getrübt. Die Iris scheint mehr nach vorn gedrängt, doch lässt sich dieses Verhältnis wegen des grösstenteils ausgefüllten Raumes der Kammer nicht mit Genauigkeit eruieren. In der Vorderkammer nämlich befindet sich unmittelbar vor dem unteren äusseren und inneren Quadranten der Iris ein erbsenförmiger, weissgraulicher, blasenförmiger, durchscheinender Körper, der den Raum zwischen Hornhaut und Regenbogenhaut einnimmt.

Am Boden der Blase erblickt man einen milchweisen, gekrümmten, in einen Strang auslaufenden Körper, dessen An-

fang in der hinteren Wand der Blase zu finden ist, und dessen Ende in der Gegend des inneren Quadranten der Iris sich verliert. In der ganzen Blase, namentlich aber in dem darin befindlichen Körper, sieht man eine eigentümliche Bewegung, die in einem Wechsel zwischen Zusammenschnüren und Aufblähung besteht. In dieser Bewegung nimmt auch der erwähnte weiter nasalwärts gelegene weisse Strang insofern Anteil, als er bald sehr gestreckt oder verkürzt in lateraler Richtung sich bewegt.

Atropinum sulfuricum bewerkstelligte eine mässige Erweiterung der Pupille nach oben, im unteren Teil der Iris war eine deutliche Rigidität bemerkbar. Das Sehen war auf Fingerzählen in 3 Meter Entfernung reduziert.

Die Erkennung des Blasenwurmes war in diesem Falle nichts weniger als kompliziert. Die operative Beseitigung wurde ohne Schwierigkeit vollführt; es schien mir ratsam, mit der Lanze am Kornea-Skleralrand mehr zentral als peripher einzugehen und sofort, sozusagen, die Cyste zu spalten; merkwürdigerweise aber glitt die Spitze der Lanze an der festen vorderen Membran ab, ich schob selbige ohne Hindernis bis zur Iris vor. Kammerwasser floss ab, und nun ging ich mit geschlossener Kapselpinzette ein, ergriff die Cysticercuswand und beförderte Blase und Inhalt leicht heraus. Die Wunde restituierte sich rasch und schloss vollkommen, das Auge wurde stark atropinisiert, bandagiert und die Heilung ging glatt von statten. Das anfangs bestehende weissliche Exsudat hat sich vollkommen resorbiert, eine noch bestehende hintere Synechie zerriss jedoch nicht, weder spontan noch auf Einträufung von Atropin. Jede Spur von Iritis und auch der Hauch an der Descemetischen Membran sind verschwunden. Visus fast normal, 56.

Wie der Cysticercus seinen Weg in die vordere Kammer, resp. in die Regenbogenhaut gefunden hat, konnte man sich wohl in der folgenden Weise den-

ken. Die Pflegeeltern des Knaben sind Gemüse Gärtner mit grossen Treibhäusern und ziehen speziell Radieschen, gelbe Rüben, Gurken und Salate. Es ist eine bekannte Tatsache, dass Gemüsegärtner mit Vorliebe menschliche Faeces als Dünger verwenden. Angenommen, ein Mensch mit Bandwurm würde selbst nur einmal den Abtritt gebrauchen, dann kann derselbe mit einem Stuhlgang 30 bis 60 Millionen Eier daselbst entleeren; werden nun die Faeces auf dem Gartenland oder im Treibhaus verteilt, auf welchem schon nach ein bis zwei Monaten junge Radieschen, Rüben etc. wachsen, so können leicht Taenien-Eier an den Radieschen oder Rüben hängen bleiben. Der Junge gibt auch zu, dass er mit Vorliebe fast täglich Rüben aus der Erde gezogen und gegessen habe, ohne dieselben abzuwaschen, und auf diese Weise dürften wohl die Taenien-Eier in den Magen gekommen sein. Einmal da, löst sich die Membran um den Embryo auf und der Parasit bohrt sich mit Hilfe seiner sechs Haken durch den Magen und wandert so lange, bis er einen Widerstand findet. Auf seinem Wege kann er nun ein Gefäss treffen, wird in den Blutstrom gerissen und auf diese Weise nach irgend einem Teil des menschlichen Körpers geführt. In unserem Falle gelangte der Parasit in die Arteria ciliaris und von da in die Iris. Hierauf fing die initiale Invasionsreaktion an, welche sich in der vorher beschriebenen Iritis charakterisierte. Der Parasit zeigt eine Neigung, in der Richtung minoris resistentiae zu wandern, daher wurde die vordere Kammer bevorzugt.

Die Reaktion der Gewebe zeigt sich unter dem Bilde der Entzündung und Proliferenz von Bindegewebe; zu dieser Zeit entsteht die Cyste, und damit hat der Blasenwurm seine Reife gewissermassen erreicht.

Derselbe besteht nun aus einem etwa erbsengrossen Körper mit einem dünnen Halse und Kopf des zukünftigen Bandwurms. Die Finne geht schliesslich in das Stadium der Indolenz oder Verpup-

pung über und richtet so unter gewöhnlichen Umständen im menschlichen Gewebe keinen Schaden an, im Hirn und Auge jedoch tritt früher oder später das Stadium der terminalen Reaktion auf, welche bei entsprechendem Sitze im Auge zur totalen Erblindung desselben führt.

Als der Junge unter meine Beobachtung kam, hatten bereits die Symptome der initialen Reaktion wesentlich nachgelassen. Der Kasus ist insofern von Bedeutung, als er vielleicht der erste authentische Fall ist, der hier in Amerika beobachtet wurde. In Folge der in Deutschland rigiden Schlachthausinspektion gehören Cysten gegenwärtig zur grössten Seltenheit.

Im Jahre 1830 entdeckte Dr. Schott in Frankfurt als erster in der vordern

Kammer eines lebenden Menschen eine lebende Schweinefinne. In Okeris Isis, Band 23, wird ferner bemerkt, dass Dr. Schott über seine Entdeckung so erfreut war, dass er den Blasenwurm als Wappen in seinem Siegelring trug. Im Jahre 1854 entdeckte A. von Graefe den Cysticercus in der dunkeln Tiefe des Auges.

Ich möchte diese Beobachtung nicht schliessen ohne zu erwähnen, dass Herr Kollege Sintzel im vorigen Jahre 20 Fälle von Bandwurm in Behandlung hatte, dass der kleine Patient nirgendwo an der Oberfläche Cystikerken darbot, und dass Klagen, welche auf Taenien zu beziehen waren, weder von demselben noch von der Umgebung angegeben werden.

100 State Street, Chicago, Ill.

Gehartzter Wein.

Von Dr. WALTHER NIC. CLEMM,

Sanatorium für Verdauungs- und Stoffwechselleidende in Bollenstedt a/Harz
(früher Spezialarzt in Darmstadt).

In zahlreichen Variationen immer neu auftauchend bieten Medizinalweine doch im Prinzip alle dasselbe: Es sind alkoholische Auszüge aus Rinden und Wurzeln, deren Alkaloide und Glykoside enthaltend, und hinterher mit Südweinen versetzt zur Erhöhung ihrer Bekömmlichkeit und zur Geschmackverbesserung. Meist handelt es sich dabei um Auszüge der China- oder der Kondurangorinde, häufig auch um solche der Rhabarberwurzel.

Ueber den Wert der Bitterstoffe zur Anregung der Verdauung hat das Licht, welches Pawlow's Prometheusfackel in die verschlungenen Labyrinthwege der Verdauungsarbeit hineingeworfen hat, ein anderes, besseres Urteil gezeitigt, als es vor diesen bahnbrechenden Untersuchungen darüber mehr und mehr Geltung sich zu verschaffen gedroht hatte: Wäh-

rend man den Amaris auf Grund der Beobachtung, dass sie unmittelbar die Verdauung nicht anregen, bereits jedwede Bedeutung absprechen wollte, hat der russische Forscher die Ergebnisse der Empirie bestätigt, in dem er erwies, dass die Bittermittel den Appetit anregen und somit die vornehmste Grundlage zu gebesserter Verdauung schaffen helfen, indem sie den „Zündaft“ hervorlocken.

Ob wir hiefür nun die Alkaloide der Chinarinde, die Glykoside und Harze der Kondurangorinde oder andere in Alkohol lösliche Harze etc. wählen, das bleibt sich für die Wahl des Weines als Stomachikum ziemlich gleichgiltig. Wünschen wir die Chininwirkung, so geben wir das Mittel besser und sicherer in bestimmter Dosierung, ebenso wie wir den Rhabarber als Abführmittel nicht in der teuren wenigen Lösung anwenden würden; und

die Träume, welche Friedreich von der spezifisch - antikarzinomatösen Wirkung der Kondurango geträumt hat, haben sich längst als eitel Schäume erwiesen. Wozu also diese mühsam künstlich hergestellten weinigen Spiritusextrakte als einfache Stomachika wählen, wenn wir ein in rein natürlicher Form sich anbietendes Ersatzmittel derselben uns weit billiger leicht zu beschaffen vermögen!? Der Wein als solcher spielt eine nicht unerhebliche Rolle dabei: Als Magensafttreiber ersten Ranges unterstützt er diese Wirkung der in ihm gelösten Bitterstoffe wesentlich; suchen wir also einen Wein, dem im Gährprozess Bitterharze in Lösung zugeflossen sind und der uns daher — schon aus diesem Grunde — solche Kunstweine zu ersetzen vermag: Und der ist bereits gefunden, uralte ist seine Geschichte, wenn auch er in der Heilkunde nur mit einer bescheidenen Rolle bisher hat Vorlieb nehmen müssen.

Freilich ist dieser Harzwein nicht aus physiologischen Ueberlegungen herausgewachsen, sondern dankt seine Entstehung rein-ökonomischen Gründen in grauer Vorzeit, und die Gewohnheit, die mächtigste Fessel, die den Menschen bindet, hat ihn bis heute eine bescheidene, nur wenigen Eingeweihten bekannte Existenz abseits von der grossen Strasse, auf der heute der Menschheit Kulturleben auf- und abflutet, in von der Klio Griffel geheiligtem Winkel fristen lassen. Seine medizinischen Eigenschaften vollends scheinen mehr vom Weinhändler dort zu Reklamezwecken benutzt als ärztlicherseits einer Prüfung unterzogen worden zu sein. Wenigstens war davon bei uns in Deutschland nichts bekannt, als ich, wie ich später schildern werde, meine vom Zufall angeregten Untersuchungen in den Jahren 1902, 1903 und 1904 darüber anstellte. Erst vor ganz Kurzem erhielt ich durch die Liebenswürdigkeit der Firma H. Chardon in Coblenz eine alte Flaschenetikette in die Hand, welche mir anzeigt, dass man in Italien wenigstens den „Theerwein,“ vino catramato, eines A. S t a m a t i a d i s ärztlich

einzuschätzen begann, und es ist da das Urteil keines geringeren als M a n t e g a z z a's darüber angeführt. Doch auch hievon später. Ehe wir uns zur medizinischen Beurteilung des Harzweins wenden, betrachten wir erst seine Geschichte, die mit der des Weines überhaupt in engem Zusammenhange steht.

Der Grieche bezeichnete mit μέθυ jedes berauschende Getränk, und das beweist ebenso wie der Umstand, dass im Deutschen das gleiche Wort, „Meth“, für das aus vergohrenem Honigwasser hergestellte süsse Dickbier gebräuchlich war, dass die Griechen einst Meth brauten, ehe sie den Weinbau erlernten: Denn Wörterstämme sind älter als Gebräuche und weisen in die graueste Vorzeit der Völker zurück. Der Begriff des Berauscheden bleibt mit dem Namen des Methes verknüpft, denn nach der Edda trinken die Menschen Bier, das den Asen als „Bräu“ in den Wisenhörnern schäumt, den Einhörnern als „Aul“ oder „Oel“ eingeht, den Wanen „Würznass“, den Thorsen „Lautertrank“ ist, den bleichen Schatten aber in Hels Reich „Meth“ heisst. Ich sehe darin die Bezeichnung des Totentranks als des Trunkes der Vergessenheit analog der „Lethe“ der Griechen. Für Trunkenmachen sagt der Grieche μεθύσκω; mit μέθυ berauschte Zeus seinen Vater Chronos, ehe er ihn vom Throne stürzte, und der Stamm im Namen des Göttermundschenks Ganymedes zeigt uns, dass der Nektar der alten Olympier gleich dem in Walhalla's Hörnern schäumenden Bräu ein stark alkoholisches Getränk war, das ursprünglich nicht von der Traube stammte. Der Göttervater Wotan allerdings nährte sich nur von Wein, Meth und Speise den niederen Göttern überlassend. Ein früher Hinweis schon auf die geistesanregenden Eigenschaften des Traubensaftes gegenüber anderen geistabstumpfenden Getränken; denn Odin, der Gott der Raben und der Runen, herrscht über die anderen Götter wie über die plumpen Riesen durch seines Geistes Ueberlegenheit.

Wie nun der im Walde wild wachsende bittere Hopfen dem Biere* zugesetzt ward, um seine Haltbarkeit zu erhöhen, so mag auch dem von der gleichfalls in Asiens Wäldern wild wachsenden Rebe stammenden Wein ein, gleichfalls dem Walde entnommener, Klärungszusatz in dem Fichtenharz von Alters her gemacht worden sein: Der Fichten- (oder Pini-) Zapfen, welcher den Thyrsosstab der Bacchanten krönte, spricht für eine uralte Beziehung des Weingottes zur harzigen Fichte. Aber schon bei Homer finden wir — im geraden Gegensatze zu der Behauptung auf dem erwähnten Teerwein-Etikett — keine Andeutung dieses Brauches mehr, er muss also schon in hohem Altertum auf lange Zeit verloren gegangen sein: Homers Epitheta nennen den Wein, „süss, ἡδύς,“ oder sie preisen ihn als „honiglich-lieulich“, ἡδυεδής, oder auch sie rühmen seine „honigliche Gesinnung“ indem sie ihm das lieblich klingende Lob des „οἶνος ἡδύφρων“ spenden.

Erst bei Dioskorides finden wir V, 10 den „οἶνος ῥητινήν περιλίην ἔχων“, d. h. den Harz von der Kiefer oder Föhre enthaltenden Traubensaft erwähnt, dessen V, 35 auch als „οἶνος ῥητινίτης“, als geharzten Weines gedacht wird. V, 34 wird dann erzählt, dass zu des Dioskorides Zeiten besonders in Galatien solcher Harzwein bereitet ward. Es kann sich

*) Den Namen Bier verdient der vergorene Gerstensaft nach R. K o b e r t „zur Geschichte des Bieres“ (Dorpat 1896) erst in seiner Mischung mit dem bitteren Hopfen. Nach dieses Forschers Mitteilungen in der gedachten Arbeit, der auch in Vorstehendem manche Data entnommen sind, sind die Chewsuren, die Hochgebirgsgeorgier, die Erfinder des gehopften Bieres; diese Schweizer des Kaukasus brauen auch heute noch ein heiliges Bier, das nach R a d d e dem „Erlanger“ sehr ähneln soll und alljährlich in dreitägigem Opferfest den Gläubigen fließt. Auch die Osseten, der am Kaukasus hausende Rest der Alanen und Goten, beanspruchen das Erfinderrecht für sich; ihr gehopftes Bier soll dem englischen Porter ähneln.

da nur um die kleinasiatische Landschaft dieses Namens handeln, denn Gallien, das ebenfalls Γαλατία hiess, kam damals, um 50 n. Chr., als weinbauendes Land noch nicht in Betracht — die Chateau Yquem und die Volnay waren späteren Zeiten vorbehalten. Uebrigens nennt auch jener erwähnte S t a m a t i a d i s seinen Wein ausdrücklich „Nebét (arabisch—Wein) della salute Asiatico“, und führt den Ursprung desselben auf Kleinasien zurück.

Zu des Plinius Zeiten war der Brauch der Weinharzung in Italien allgemein eingebürgert, denn der Altmeister sagt XIV, 24: „resina condire musta vulgare est Italiae provinciisque finitimis“, d. h. in Italien und den umliegenden Provinzen macht man die Traubenpresssäfte, die Moste, durch Harzzusatz haltbar; und XIV, 25, 3 fügt er weiter hinzu, dass neben der Erhöhung der Haltbarkeit durch den Harzzusatz auch auf die Stärke des Weins eingewirkt zu werden pflege.

Und Cato, der allen ausländischen und besonders hellenischen Bräuchen so abholde nüchterne ernste Cato, schreibt vor, auf einen culeus=525 Liter Most 3 Pfund Harz zusetzen; das ergibt im Vergleich mit der durch die auf meine Veranlassung angestellten Versuche ermittelten Ziffer für die in Lösunggehenden Terpene etc. die Hälfte des höchstmöglich löslichen Terpentinzusatzes: Denn 0,75% Kiefernharz vermochte gährender Rosinensaft aufzunehmen; offenbar des Geschmackes halber riet also Cato ein geringeres, aber immer noch auf die Haltbarkeit des Weines einwirkendes, Quantum Harz zu nehmen.

Plinius' Vorschriften für die Resinierung des Weines erwähnen drei verschiedene Arten des Zusatzes: Entweder wird „flos resinae“, als feinstgepulvertes trockenes Harz genommen, oder es fand ein eigens dafür bereitetes, bei Plinius XIV, 22, „crapula“ genanntes Terpentin dafür Verwendung, oder drittens es ward dem acht Tage alten Wein Pech zugesetzt. Und dieses, zu Pichungen dien-

ende, zähklebrige Harz ist es wohl auch, das der mehr erwähnte *Stamatia* in seinem „vino catramato“ (Teerwein) zusetzt, mit dessen „Fabrikation“ er sich brüstet. — Heute noch haben ausser den Küstenstrichen Kleinasiens, wo der „Nanedes“-Teerwein erzeugt wird, einzelne Provinzen Griechenlands, nämlich ein Teil des Peloponnesos und Mittelgriechenlands die Sitte der Weinharzung beibehalten, um den, in der *lingua franca* „vino recinato“, von den heutigen Athenern „Kراسي“ genannten, Harzwein herzustellen.

Ich vermute, dass es in erster Linie die geringe Haltbarkeit war, welche bei den primitiven Kelterungs- und Kellerungsverfahren und —möglichkeiten des Altertums dem Weine bei Lagerung in Amphoren mit Oelverschluss, beim Aufhängen in Bocksläuten etc. die Existenz gefährdete, und welche zum Aufsuchen von Konservierungsmethoden — auch auf Kosten des Geschmacks — geführt hat. In köstlicher Weise hat mit seinem unvergleichlichen Frohsinn bei so viel gründlichem Studium *Scheffel* diese kläglichen Kellereien des Altertums in seinem „*Gaudeamus*“ („das grosse Fass zu Heidelberg“, S. 106, 3) uns geschildert, die freilich keine „Rose“ im Bremer Ratskeller kannten und dgl. Und dies rasche Verderben des Weines hat wohl die stammverwandten Völker der Griechen und Römer veranlasst, auf die längst in Vergessenheit geratene (s. obige Zitate aus *Homer*) Sitte des Harzzusatzes zum Moste zurückzugreifen und so einen haltbaren und bekömmlicheren Tischtrunk zu erzielen. Ganz sicher führt dieser Brauch auf eine weit ältere Wurzel zurück — das beweist wohl schon der Fichtenzapfen am Szepter des Weingottes —, als z. B. die von den *Koern* aufgebraachte Vermischung des süssen Mostes mit Seewasser (!) Auch andere Stämme hatten diese Sitte angenommen nach ihnen, und *Plinius* erwähnt XIV, 10, 2 den *Pharineer* als — *horrible dictu!* — besonders gesalzenen Wein! In Italien hat wiederum beson-

ders der grimme *Cato* sich um die Einführung dieser Kondierungsart bemüht, und er scheint es auch gewesen zu sein, der die, nahe genug liegende, Verwendung von Kochsalz anstelle des Seewassers empfahl.

Sicherlich haben Salz und Meerwasser, besonders nach *Cato's* Vorschrift angewandt — wie sie gleich den meisten aus *Plinius* hier benutzten Quellenangaben bei *K. B. Hofmann*, Prof. d. med. Chemie in Graz, in seiner Monographie „die Getränke der Griechen und Römer vom hygienischen Standpunkte“ nachgelesen werden kann — eine konservierende, ja gewisslich aber und wahrhaftig — auch wenn der Wein nicht versalzen ward, wie dies häufig vorgekommen zu sein scheint, — eine ganz abscheulich schmeckende Eigenschaft auf ihn ausgeübt!

Eine andere Art der Weinkondierung erhöhte seinen Alkoholgehalt in bedenklichem Masse und war daher schon aus diesem Grunde — abgesehen von der Bleivergiftungsgefahr, auf die *Hofmann* hinweist — recht verwerflich: Ich meine das Einkochen des Mostes in Bleipfannen — wodurch nach *Hofmann's* Untersuchungen etwa 0,237 Prozent Blei in Lösung geht — zu *sapæ* (auf die Hälfte) oder zu *defrutum* (auf ein Drittel seines ursprünglichen Volumens), um nachher diese Zusätze zu geringerem Wein beizumischen etc. — wenn diese Weinsirupe nicht gar pur genossen wurden! Ohne Erhöhung des Alkoholgehaltes und ohne Intoxikationsgefahr bei nicht gar so abscheulicher Geschmacksveränderung, wie sie das Seewasser hervorgerufen haben muss, leistete der Harzzusatz den Alten raschere Klärung des Weins von seiner Hefe und längere Haltbarkeit desselben. Alle anderen Verfahren, von denen einige im Vorstehenden skizziert sind und deren noch eine Anzahl anderer bestand, sind längst spurlos verschwunden, lediglich das Versetzen des Weins mit Harz bei der Gärung hat sich bis auf den heutigen Tag, wie bereits erwähnt, in einigen

Provinzen Griechenlands und seiner früheren kleinasiatischen Kolonien erhalten, und zwar sollen es ganz bestimmte Weinsorten sein, die dazu Verwendung finden. Freilich ist die alte Plinius'sche Vorschrift dafür verloren gegangen, es wird heute vielmehr einfach das Harz der Strandkiefer, wie es aus breiten, künstlich gerissenen Rindenwunden fließt, in Bastkörben aufgefangen und mit den Trauben eingemischt.

Diesem resinierten Wein soll die Eigenschaft unbegrenzter Bekömmlichkeit anhaften, es soll ihm der durch unmässigen Genuss verdiente „Jammer“ nicht folgen, wie mir ein solcher Kneipheld versichert hat. Kaum hat den im Weingenuss so mässigen Griechen dieser Lohn des Lasters vorgeschwebt, auch war es zum mindesten kein klares Bewusstsein seines therapeutischen Wertes, was sie an dem Brauch der Weinharzung bis heute festhalten liess, als dieselbe den Nachbarländern allmählich gänzlich verloren gegangen war: Denn der eigenartige Terpentingeschmack verursacht dem Nichtgriechen ein ablehnendes Nasenrumpfen, dem griechischen Weinbauern ist er vertraut und angenehm.

Eine gelegentlich davon erhaltene Probe brachte mich auf den Gedanken, in einem Falle von darniederliegender Esslust, wo ein Medizinalwein mit Stomachikum angezeigt erschien, dieselbe zu erproben. Der günstige Erfolg veranlasste die Fortsetzung der Ordination, und bald spielte der Resinatwein in meiner Rezeptur eine nicht unbedeutende Rolle: Vor allem fiel mir auf, dass die unangenehme Nachgärung, welche den Weingenuss bei Gastrektasien und schwerer motorischer Insuffizienz so qualvoll werden lässt, bei diesem Harzwein nicht oder doch nur in weit geringerer Masse eintrat, dass er sich sozusagen steril dagegen verhielt. Es lag nahe und bedurfte keines besonderen Scharfsinnes, den Grund hiefür in dem Terpentingehalt des Weines, d. h. in den alkohollöslichen Terpenen und anderen flüchtigen, aetherischen Stoffen zu suchen; die

Weinsorte konnte von vorneherein als belanglos angesehen werden.

Ich veranlasste daher, dass eine Reihe von Analysen des Resinatweins angestellt wurden, die jedoch zunächst, der Flüchtigkeit der Stoffe halber, nach denen gefahndet ward, unbefriedigende Resultate lieferten. Erst als Gährproben mit Rosinen, reingezüchteten Weinhefen aus dem berühmten Laboratorium von Dr. Popp und Dr. Becker in Frankfurt a. M. und Kieferharz angestellt wurden, zeigte sich — unseren Erwartungen entsprechend —, dass der geharzte Rosinensaft rascher abklärte und nicht nachtrübte, wie der ohne Resinierung gebliebene es tat. Andere Versuche ermittelten u. a. den Gehalt des Harzweines an löslichen Terpenbestandtheilen: Es wurde das Harz in Stücken gewogen vor dem Zusatz und, nach der Gärung getrocknet, der Gewichtsverlust bestimmt, wobei sich etwa 0,75 Prozent dafür ergaben.

Wegen der abgekürzten Gärzeit bleibt solchermassen bereitetem Wein offenbar ein höherer Gehalt an Traubenzucker; er bildet einen geringeren Prozentsatz an Alkohol und enthält eine weniger grosse Menge, durch die Nachgärung entstehender, organischer Säuren: Vorteile, welche seine Bevorzugung als Tischtrank — ganz abgesehen von seiner medizinischen Bedeutung erklärlich machen. Der appetitanregenden Wirkung ist bereits eingangs gedacht; es bedarf daher nur noch der Betrachtung des therapeutischen Werts der weinlöslichen Terpenbestandteile, d. h. der zu 0,75 Prozent etwa darin enthaltenen aetherischen Oele oder Terpene, und es zeigt sich hiebei eine gar mannigfaltige Bedeutung derselben:

1) Sie üben nämlich eine beträchtliche Hemmung aus auf Gär- und Fäulnisprozesse;

2) sie besitzen eine deletäre Wirkung auf Eingeweideparasiten;

3) sie steigern den Blutdruck durch Reizung des Gefässnervenzentrums;

4) sie regen die Diurese lebhaft an;

5) sie desinfizieren den Harn;

6) sie lösen das Sekret erkrankter Schleimhäute in unvergleichlicher Weise;

7) sie setzen die Darmperistaltik in Tätigkeit und bringen so den Gallenfluss in Gang;

8) sie dienen als Antineuralgika;

9) sie bringen Blutungen rascher zum Stillstand;

10) sie werden endlich auch als Antidot gegen Phosphorvergiftung empfohlen.

Ad. 1) Die Gärungs- und Fäulnishemmenden Eigenschaften des Terpentins bzw. der Terpene sind durch zahlreiche ältere und neuere Untersuchungen erwiesen. Aus der Einleitung erhellt das hohe Alter der Bekanntschaft des Menschengeschlechtes mit dieser Eigenschaft des Terpentins. Neuerdings hat dieselbe Ausdruck verliehen bekommen in der durch *Biond* und *Waddy* erfolgten Anwendung des Terpengemenges „Tereben“ als Antiseptikum und Desinfizien, das nur zu einigen Tropfen intern Verwendung finden soll, mithin leichter durch Resinatwein ersetzt werden kann.

Ad. 2) In solch' kleinen Dosen wie in der weinigen Lösung ist von einem deletären Einfluss auf Darmparasiten allerdings wohl kaum die Rede; aber ihre Ansiedelung im Darne wird vielleicht dadurch erschwert.

Ad. 3) *H. Köhler* und *R. Robert* haben 1877 im *Medizin. Centralbl.* „Untersuchungen über die physiologische Wirkungen des sauerstoffhaltigen Terpentins“ veröffentlicht, worin sie nachwiesen, dass kleine Mengen davon bei jeder Art der Anwendung Reizung des Gefässnervenzentrums bewirken und somit den Blutdruck bei gesteigerter peripherer Zirkulation steigern sowie die Sekretion sämtlicher Drüsen anregen. Diese Resultate wurden vielfach bestätigt.

Ad. 4.) Kleine Gaben, bereits 10—30 Tropfen, bewirken bereits eine Zunahme der Harnabsonderung.

Ad. 5) Bei Tripper, Weissfluss und

Blasenkatarrh wird Terpentintern zur Desinfektion angewandt, und *Nicholson* hat es sogar gegen Syphilis empfohlen.

Ad. 6) Die Einatmung von Terpentindämpfen bei veralteten Erkrankungen der Atmungsorgane, insonderheit bei putriden Bronchitis, Bronchiektasie, Lungengangrän etc., sogar bei Diphtheritis, ist — abgesehen von letzterer Krankheit — wohl das einzige zuverlässige Hilfsmittel, das uns gegen diese scheusslichen Krankheiten zur Verfügung steht. Da aber das Saugen an der „Terpentinpfeife“, der mit Doppellochstopfen versehenen Flasche, aus welcher der Kranke an langem Schlauche à la Wasserpfeife die von der Gegenöffnung aus zur Sättigung mit Terpentindämpfen der Flasche zuströmende Luft ansaugt, recht unbequem und anstrengend ist, und da es ganz gleichgiltig ist, ob das Terpentintern lokal oder vom Magen aus — wo es rasch und ausgiebig resorbiert wird — durch die Blutbahn zur Wirkung gelangt, so ziehe ich entschieden die interne Anwendung vor. So hat auch *Guelpka* das Terpinol, welches nach *Wallach's* Untersuchung aus Terpinol und den drei Terpenen: Terpinen, Terpinolen und Dipenten besteht, als Expektorans innerlich zu einigen Tropfen pro dosi empfohlen, ebenso wie *Lépine* Terpinhydrat zu geben riet: Hier ersetzt uns der Harzwein jede derartige Ordination!

Bei Magenverschleimung ist die einzig vernünftige Terpentinanwendung die per os, und hier tritt auch die sekretions- und appetitanregende Eigenschaft speziell des Harzweines in den Vordergrund.

Ad. 7.) Bei atonischer Trägheit und Schläffheit des Magens sowie bei Meteorismus gastro-intestinalis wirkt der Resinatwein durch seinen Terpentingehalt entleerungsfördernd; er hat da, wie wir zu beobachten oftmals Gelegenheit hatten, die bekannte Momentwirkung eines Magenschnapses, ohne mit diesem den hohen Alkoholgehalt zu teilen. Der Schutz gegen Nachgärung im Magen

lässt ihm nebenbei vor anderen Weinen den Vorzug in solchen Fällen geben.

Die Anregung der Darmperistaltik wirkt stuhlfördernd und ebenfalls gasentleerend und regt reflektorisch die Sekretion der grossen Bauchdrüsen an; *Prévost, Binet* und *Rutherford* haben für das *Oleum terebinthinae* und seine Derivate *Terpinhydrat* und *Terpinol* eine besonders starke chologoge Eigenschaft gefunden, die wohl auf dem Wege der reflektorisch erregten Peristaltik in den ausführenden Gallenwegen sich erklärt. Von Alters her ist ja auch diese Eigenschaft des *Terpentins* in den *Durand'schen Tropfen*, der Lösung von 5 Teilen *Terpentinöl* in dem vierfachen Volumen *Aether*, zu nutzen gesucht worden.

Ad. 8) Sind zahlreiche Angaben über antineuralgische Eigenschaften des *Terpentins*, insonderheit bei *Ischias*, gemacht.

Ad. 9) Als *Hämostatikum intern* ist *Terpentin* vielfach empfohlen bei *Metrorrhagieen*, bei *Lungenblutungen*, *Darmblutungen* etc., und nach *F. Lasse* und *Walker* soll es besonders nach *Zahnextraktionen* blutstillend wirken. Bei beginnender *Lungentuberkulose* rühmte es besonders *G. Séé* als blutstillend.

Ad. 10) *Köhler* und *Schimpf* haben *Terpentin* gegen *Phosphorvergiftung* gereicht.

Bei dieser Uebersicht habe ich mich hauptsächlich von der Zusammenstellung leiten lassen, die *Vogl-Wien* in *Eulenburger's Realencyklopädie* gegeben hat.

In Fällen der Kategorien 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 werden wir vom *Resinatwein* zweifellos vielfache Erfolge sehen können; Erkrankungen der Arten 8 und 9 bedürfen natürlich der Auswahl; bei *Lungenblutungen* habe ich mehrfach davon Gebrauch gemacht.

Sehen wir nun, was *Herr A. Stamatidis* auf seiner Etikette hiezu an Beiträgen liefert:

Sui polmoni, pleura e bronchi levando gli ingombri malsani ed ascuigrando le cicatrici de essi prodotte.

Sul fegato esportando per mezzo degli intestini le sostanze impure esistenti nel sangue e producendo una bile sana.

Sulle reni aiutandole ad emettere colle urine le impurità che si sono formate nella vesica ed annessi condotti.

Sula cutte escitandola a permettere che mediante la tranpiratione siano espulse dal corpo le sostanze corottee mantenendo condotti oleosi e le glandole sudarife in stato di vera salute.

Sullo stomacaintandolo a digerire ed impedendo la formazione di uno eccesso di acidi o di alcali e così producendo una azione armoniosa fra lo stomaco il fegato e gl' intestini.

Also: Sekretfördernd und fortschaffend aus den Luftwegen, gallentreibend, harntreibend und blasenreinigend, Hautzirkulation anregend und zersetzungshindernd, anregend die Drüsensekretion, endlich verdauungsfördernd preist St. seinen Teerwein an und diese wissenschaftlich voll begründeten Behauptungen blieben bei uns in Deutschland gänzlich unbeachtet, sie verhallten ungehört! Und dennoch hat *Mantegazza* bereits 1881 sich empfehlend darüber angesprochen, dass er „utilissimo nei catarrri bronchiali e della vesica“ sei und, „e molto digestivo profuma le urine et é sudorifico“!

Wir glauben daher, den Gebrauch gearzten Weines als *Appetitmittel*, bei *Verdauungs- und Sekretionsträgheit*, bei *frischen und veralteten Katarrhen* der *Luftwege*, bei *Notwendigkeit der Erhöhung* von *Blutzirkulation*, *Harn* und *Schweiss*, bei *Blähsucht* und *Cholestasis* anregen zu sollen neben den besprochenen *Indikationen* anderer Art. Sehr erwünscht wäre es, wenn in *weinreichen Gegenden*, wie in *manchen Pfälzer Lagen* und im *Markgräfer Lande*, sich *Weinbauer* dazu entschlossen, genügende *Mengen solcher Harzweine* herzustellen; einstweils wäre der *griechische und asiatische Resinatwein* heranzuziehen.

Was die *Dosierung* anlangt, so ergibt sich nachdem in *oben erwähnten Versuchen* ermittelten *Harzgehalte* von *ca*

0,75 Prozent, dass anolg 5—25 Tropfen Terpentinöl oder 0,2—0,5 Prozent Terpentinhydrat etwa ein Gläschen Resinatwein von 25—60 ccm Inhalt dreimal täglich zu reichen wäre. Besonders gerne lasse ich 1 Ei mit 2—3 Teelöffeln Zucker

und 1 Teelöffel Puro zerschlagen mit Resinatwein angerührt zweimal täglich ½ Stunde vor der Mahlzeit nehmen, wodurch der Appetit sich hebt neben erhöhter Nahrungszufuhr.

Darmstadt, 10. Dezember 1906.

Wissenschaft und Geschäft.*

Von Dr. GEORG RICHTER, St. Louis.

Meine Herren!

Mein Thema klingt etwas nach einem Feuilleton, denn es behandelt nicht, wie unter uns sonst gebräuchlich, ein eigentlich medizinisches Thema. Ich habe es deshalb gewählt, weil ich trotz grosser Bemühungen keine fertig abgeschlossenen Untersuchungen vorzubringen hatte. Was ich in den letzten Jahren gearbeitet habe, kann ohne reichere Kenntnisse einer mir unzugänglichen Literatur nicht zum nötigen Abschluss gebracht werden.

Die Entwicklung der Medizin hat in Folge der Unmenge von Einzelerfahrungen zu zahllosen Spezialitäten und einer höchst komplizierten Technik in jeder Spezialität geführt. Rechnet man dazu die Lawinen wissenschaftlicher Literatur, mit denen wir überschüttet werden, so ergibt sich von selbst, dass ein erfolgreiches Streben, auch nur einen Ueberblick über unsere Wissenschaft zu gewinnen, dem Einzelnen unmöglich ist. Und doch empfindet jeder ehrlich Arbeitende das Bedürfnis, diese Schwierigkeiten zu überwinden.

Ich glaube, einen Weg weisen zu können, der das scheinbar Unmögliche wenigstens teilweise ermöglicht, nämlich dem wissenschaftlichen Praktiker.

Der berühmteste Arzt der Mitte des 18. Jahrhunderts war A l b. v o n H a l l e r, Professor in Göttingen, „Professor

der Medizin, Anatomie, Botanik und Chirurgie“. Dazu Bibliothekar, fleissiger Dichter und ungemein fruchtbarer Rezensent der schönen Literatur. In der Politik spielte er ebenfalls eine grosse Rolle.

Eine derartige Wirksamkeit können wir uns heutzutage kaum vorstellen, besonders da es sich bei Haller nicht um einen „Polyhistor“, sondern um einen bahnbrechenden Entdecker vieler physiologischer und anderer Gesetze handelt. Wir neigen uns zur Ansicht, das Universalgenie habe mit G o e t h e und H u m b o l d t seine letzten Repräsentanten gehabt.

Bedenken wir nun den Lehrplan der Universitäten, wenigstens zu meiner Zeit! (Anfang der 70er Jahre.) Soweit ich mich erinnere, waren vor dem Baccalaureats-Examen obligatorisch Vorlesungen und Laboratorium nicht nur der Chemie, Physik, Physiologie, Anatomie, Botanik, Zoologie, sondern auch Logik und Psychologie, Mineralogie und Geologie. Im Mineral-Examen fragte Prof. C r e d n e r : „Was ist das für ein Mineral, das ich in der Hand habe?“ — Darf ich es genauer ansehen? — „Wenn Sie es ansehen, wissen Sie doch nicht, was es ist!“ —

Verschiedene jener Examensbedingungen sind seitdem aufgegeben worden. Die Erfordernisse unserer gegenwärtigen wissenschaftlichen Bildung beziehen sich auf das Fach mit grösserer Betonung positiver Einzelkenntnisse und Einübung von Methoden,

*) Vortrag gehalten im Verein Deutscher Aerzte, St. Louis.

leider zum Nachteil einer mehr allseitigen Erkenntnis des gesammten naturwissenschaftlichen Gebietes. Es duldet aber keinen Zweifel, dass eine allgemein naturwissenschaftliche Vorbildung für den praktischen Arzt von grösstem Wert ist.

Wir leben in einer Zeit der Spezialisierung. Wir erschweren uns unsere Aufgaben noch durch Belastung des Gedächtnisses mit unpraktischen Bezeichnungen. Ich erinnere Sie an die Benennung vieler Dinge nach ihren ersten Beschreibern. Tuba Falopii, Romberg'sches Symptom, Koplick'sche Flecken, Hodgkin's disease, etc. ad infinitum. Im Gemeinwesen bezeichnet man Strassen mit Vorliebe nach Zahlen und Buchstaben. Neuerdings werden die grossen Geschäftshäuser mit eigenem Namen bezeichnet, sodass es immer schwerer wird, sich deren Lage in den bekannten Strassen zu merken. Das ist gewiss ein Rückschritt.

Der grosse Anatom Henle war zum Teil erfolgreich in seiner Reform, wenigstens der anatomischen Nomenklatur. Denken Sie an die zahllosen Färbemethoden in der Mikroskopie! Eine Revision mit klarer Bezeichnung des charakteristischen würde eine Menge Gehirnermüdung ersparen. Darin haben die Chemiker auf verschiedenen Kongressen ganz erhebliches geleistet. Es ist aber nicht allein diese methodische Vereinfachung der Namengebung, die anzustreben ist, es ist auch notwendig, dass die dazu Berufenen sich bemühen, wie es Humboldt getan hat, wie es Ostwald, Ne rnst, Arrhenius, Hamburger und andere auf den Gebieten der Physik und Chemie anbahnen, das Gleichartige unter weiteren, umfassenden Gesichtspunkten zu vereinigen. Zu unserer Zeit war das Studium der Physik und der Chemie schwerer als heute, trotz der Unmenge von Einzelforschungen, die man heute kennen muss. Man ahnte wohl die Identität der Physik und Chemie. Man behauptete sie aber nur nach logischen Folgerungen. Heute wissen wir, dass es keine physikalischen Prozesse gibt, die nicht auch zugleich

chemische wären. Nur für die Schwerkraft ist es noch nicht definiert. Und umgekehrt ist mit jeder „chemischen“ Veränderung in den Stoffen, oder dem Stoff, ein physikalisches Geschehen verbunden. (Wenn die Könige bauen, haben die Kärner zu tun.) Das Verstehen des inneren Zusammenhangs des Geschehens erleichtert heute das Lernen.

Nun handelt es sich für den Arzt freilich nicht allein um die unentbehrliche, breite und detaillierte naturwissenschaftliche Kenntnis. Die Tätigkeit des Arztes bezieht sich auf Menschenleben. Es handelt sich in jedem einzelnen Fall um Probleme, die sich vielleicht für immer einer physikalisch-chemischen Beurteilung entziehen werden. Der psychologische Teil unserer Tätigkeit bleibt zunächst der absolut geheimnisvolle. Alle theoretische und technische Ausbildung macht noch nicht den Arzt, der ohne jene wiederum seinen Beruf nicht ausüben kann. Wir belieben da von einer ärztlichen Kunst zu sprechen, eine ganz unangemessene Bezeichnung! Vielmehr ist es eine Gabe der durch objektive Kritik begründeten Analyse der Erscheinungen, der materiellen wie der physischen, die den Arzt auszeichnen muss. Für den aufmerksamen Beobachter ergibt sich dann das anzuwendende Verfahren. Der Arzt sei ein beobachtender Kritiker, ein schaffender Künstler sei er nicht.

Die Teilung der ärztlichen Tätigkeit in Spezialitäten hat zwei Hauptgründe: das Talent und das Geschäft. Die Fertigkeit, die der Spezialist durch sich einschränken auf seine begrenztere Aufgabe erhält, macht ihn zum vollkommeneren Praktiker. Das Resultat ist auch der äussere Erfolg. Ihm fällt es daher auch leichter, sich mit den anderen Aufgaben des Bürgers, des gebildeten Mannes, zu befassen. Aber doch ist es häufiger der allgemeine Praktiker, den man an öffentlichen Aufgaben beteiligt findet, — vielleicht, weil er auch häufiger sich einen weiteren Gesichtskreis bewahrt.

Neben den genannten Vorteilen bestehen gewisse Nachteile im Verfolgen

einer Spezialität. Dem Praktiker sind die Fachkenntnisse der Spezialitäten fremd. Aber das weiss er, deshalb zieht er den Spezialisten nicht nur zu Rate, leider überlässt er ihm den Fall nun gewöhnlich ganz und gar. Er wird zum Clearing House für Spezialisten. Er verliert nicht nur, was ihm zukommt, sondern auch den Einblick in die Wirksamkeit des besser Unterrichteten. Ich möchte aber behaupten, dass viele Spezialisten in noch viel bedenklicherem Grade den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin verlieren und dass das allgemeine Wissen darunter leidet. Die spezialistische Behandlung sollte für gewöhnlich nicht unter Ausschluss (oft freiwillig) des sog. Hausarztes stattfinden. Gemeinschaftliche Behandlung wäre vorteilhaft für alle Beteiligten.

Fassen wir die Sachlage zusammen: Die ärztliche Wissenschaft ist zu weiterschweifig geworden, als dass der durchschnittliche begabte und eifrige Arzt instande wäre, das Gebiet in nur einigermassen befriedigendem Umfang zu beherrschen. Die Notwendigkeit der Spezialisierung und die Nachteile derselben sind ohne weiteres klar.

Aber dasselbe finden wir auf allen Gebieten des wirtschaftlichen Lebens. Kein Uhrmacher macht die ganze Uhr. Wir haben überall die Erfahrung, dass Arbeitsteilung allein uns fördern kann. Wir wissen aber auch, dass der beste Arbeiter der ist, der gewisse Kenntnisse in allem dem besitzt, das sich auf seine Arbeit bezieht, auch ausser seiner unmittelbaren Aufgabe. Unsere ärztliche Erziehung strebt eben dieses an, wie es die Gewerbe- und Handelsschulen für ihre eigenen Schüler tun. Erst aus einer solchen Grundlage entwickeln sich Neigung und Talent und der schliessliche Beruf, die Spezialität. Aus demselben Grunde verlangt unser alter Code of Ethics, dass die Spezialität sich aus der allgemeinen Praxis entwickeln solle.

Die Arbeitsteilung hat aber erst einen Sinn, wenn sie auf dem Prinzip der Kooperation beruht. Beim Hausbau müssen sich Zimmermann, Steinmetz, Tischler, Schlosser u. s. w. wohl verstehen. Sie tun es unter der Lei-

tung des Architekten, der selbst in seinen Plänen die Ausführbarkeit durch die Arbeiter vornehmlich in Betracht ziehen muss. Auf wissenschaftlichen Gebieten war sowohl Kooperation wie Spezialisierung immer vorhanden, obwohl man sich dessen nicht immer ganz klar bewusst gewesen ist. Auch wir sind Arbeiter, die freilich nicht allezeit in der Lage sind, Häuser zu bauen. Unser Architekt ist die Wissenschaft. Auch in geschäftlicher Hinsicht war jederzeit eine Neigung vorhanden, Trades-Unions zu bilden, eine Verständigung über gemeinschaftliche Arbeitsbeziehungen. Sie äusserte sich im Prinzip der „Kollegialität“, in der Gründung wissenschaftlicher Vereinigungen, im Aufstellen eines „Code of Ethics“, in der Gründung von Lehranstalten und Anerkennung der Berechtigung zur Praxis nach festen Bestimmungen. Am schwierigsten war die Normierung der finanziellen Berechtigung. Noch heute ist das unbestimmte Gefühl bemerkbar, der Arzt sollte, wie im Altertum, keine materielle Gegenleistung für seine Tätigkeit verlangen dürfen. Das liegt daran, dass eine Beurteilung des Wertes einer ärztlichen Wirksamkeit unmöglich ist. Welchen Geldwert besitzt auf der einen Seite das Denken und Raten? Welchen finanziellen Nachteil hat das Leiden, welchen Geldwert das Menschenleben, die Heilung? — Man hat versucht, für Klagefälle zwecks Entschädigung bei Verletzungen sichere Gesichtspunkte aus national-ökonomischen Erwägungen zu gewinnen. Vom Säuglingsalter bis zur Arbeitsfähigkeit kostet jedes Individuum eine gewisse Summe Geldes an Ernährung, Kleidung, Unterricht etc., bis eine gewisse Erwerbsfähigkeit eintritt. Die Erwerbsfähigkeit steigt bis zu einem gewissen Alter, um dann allmählich nachzulassen. Danach lässt sich allerdings eine Summe für den Wert im Einzelfalle berechnen, unter Berücksichtigung zahlreicher Einzelumstände, die nicht erst erwähnt zu werden brauchen. So gewinnt man den Sklavenwert. Nach solchen Ueberlegungen wurden in früheren Zeiten die Sklaven-Auktionen abgehalten. Die

statistischen Berechnungen sind ebenso herzlos, wie der ehrliche Arzt zuzeiten sein muss. Aber selbst die kühnste Ueberlegung lehnt sich gegen einen solchen Modus der Berechnung auf. Den ökonomischen Wert eines Menschenlebens müssen wir zugeben. Aber ist der arbeitsunfähige Greis, die ausgesiente Mutter wertlos?

Auf der anderen Seite, wie lässt sich die ärztliche Wirksamkeit nach ihrem Geldwert beurteilen, wo wir alle zugeben müssen, dass sie sich in der Regel nur auf Wahrscheinlichkeiten gründet? Hier versagt der Vergleich mit Trades-Unions vollkommen. Er versagt auch bei jedem Versuch, starre Regeln über Kollegialität aufzustellen. In der Tat, man kann in praxi das alte Wort variieren und sagen: Alle für Keinen, Keiner für Alle! Und das ist fast selbstverständlich. In Konsultationen fügt sich der Eine oder Andere gewöhnlich aus respektvoller Höflichkeit, oft in innerem Grimm. Ueber die Grundfragen einigt man sich viel leichter als über die Behandlung. Denn hier trifft, meist unbewusst, jenes psychologische Moment, ich möchte es den „unbekannten Faktor“ nennen, auf, das Heiligtum des Arztes. Man akzeptiert den Vorschlag und freut sich auf den Misserfolg. Aber man ist gedeckt! Das ist freilich keine Kooperation im aufrichtigen Sinne. Es ist die Folge des ungenügenden Systems unserer Praxis. Der ärztliche Verein lindert solche Uebel, ohne sie ganz zu beseitigen. Auch die Verdienstfrage hat damit zu tun. In dieser Beziehung ist der Spezialist im Vorteil. Bei ihm handelt es sich vorwiegend um eine technische, — im weitesten Sinn —, Fertigkeit, die ebenso gut ihren Preis hat, wie die des Kunsthandwerkers.

Aber, wie gesagt, danach lässt sich die allgemeine Praxis nicht beurteilen, ihr finanzieller Wert ist ganz unbestimmbar.

Wir sind zu einem Entgelt für unsere ehrliche Tätigkeit ganz gewiss berechtigt, unbestritten.

Für den einzelnen Arzt liegt also die Sache so: Unter gegenwärtigen Umständen und Gepflogenheiten kann der praktische Arzt das ihm gebührende

Mass von Kenntnissen nicht beherrschen. Die Arbeitsteilung ist heute unbefriedigend, die Remuneration ist ohne Norm und unangemessen. Eine Hauptursache an allen diesen Uebeln glaube ich darin zu finden, dass die praktische Tätigkeit nicht mit der Wissenschaft fortgeschritten ist, dass wir die Erfahrungen auf anderen Erwerbsgebieten nicht benutzen, dass wir uns, jeder für sich, de facto isolieren, trotz aller „Harmonie“.

Noch Eines ist zu erwähnen. Sich auf der sog. Höhe der Wissenschaft zu erhalten, nimmt nicht nur viele Arbeitsstunden, teils für Lektüre, teils für experimentelle Arbeit, sondern verursacht auch immense Kosten. Selbst eine mässig komplette Ausstattung kostet viele hunderte von Dollars, ungerechnet das übliche Instrumentarium, das Mikroskop, Spekula etc. — Apparate für quantitative Bestimmungen, Stickstoffuntersuchungen, Kryoskopie, Tonometer, Röntgenoskopie, Endoskop, Spektroskop, Polaroskop, genaue Blutbestimmungen u. s. w. sind äusserst kostspielig und nur wenigen erreichbar. Der Gebrauch solcher Apparate und Instrumente fordert aber auch Uebung. Das Experimentieren darf nicht willkürlich unterbrochen werden, soll nicht viel Mühe und Arbeit verloren gehen. Aerzte, die in der Lage sind, sich Assistenten zu halten, sind wohl zu beneiden, aber nicht die Assistenten, wenn sie selber Aerzte sind und nun auf eine einseitige Beschäftigung angewiesen werden. Andere, denen die Laboratorien und Spezialisten von Colleges ohne weiteres zur Verfügung stehen, können wohl Untersuchungen in vollendeter Weise ausgeführt bekommen, werden sich aber wohl in der Regel nicht um den Gang solcher Untersuchungen kümmern. In beiden Fällen wird die wissenschaftliche Fortbildung gefährdet. Alle anderen Aerzte sind übel dran. Die privaten Hilfsmittel der am günstigsten situirten Praktiker sind ihnen ebenso wenig zugänglich wie die grossen Laboratorien, auch wenn persönliche Courtoisie hier und da helfend eintreten sollte. Im allgemeinen steht dem die engere Kollegialität in-

nerhalb der einzelnen Lehranstalten im Wege.

Die von mir aufgezählten Nachteile, unter denen der weniger erfolgreiche Praktiker zu leiden hat, bezeugen zugleich, dass nur in einem Utopien Abhilfe zu erwarten wäre. Aber doch meine ich, vieles liesse sich wesentlich bessern, wenn man die Erfahrungen auf anderen Berufsgebieten benutzen wollte.

Ich meine zunächst das Prinzip der Kooperation. In praktischer Ausführung stelle ich mir diese so vor, wie sie in kleinem Massstabe schon in unserem Verein ausgeübt wird: der Austausch von Erfahrungen und Meinungen auf unserem Gebiete zwischen im wesentlichen gleichwertigen Berufsgenossen. Kooperation meint aber eigentlich Geschäfts-Teilhaberschaft. Eine solche ist nur in seltenen Fällen auf die Dauer vorteilhaft. Besseres würde die Arbeitsteilung, aber nicht eigentlich im Sinne der Spezialitäten versprechen. Ich stelle es mir in der Weise vor, dass eine kleine Anzahl — drei, vier oder sechs Aerzte ein Uebereinkommen treffen, gewisse Arbeit unter sich zu teilen und die Unkosten pro rata zu tragen. Eine solche Gruppe könnte für sich bestimmen, dass der eine über neue Publikationen Bericht erstattet, der andere physikalisch-chemische Untersuchungen für die anderen unternimmt, ein dritter sich mit dem bakteriologischen Teil befasst, wieder ein anderer auf elektrische und photographische Arbeiten sich wirft. Es müsste möglichst ein gemeinschaftliches Laboratorium eingerichtet werden, in dem einem Jeden Gelegenheit gegeben wird, sich mit der Arbeit vertraut zu machen und auf dem Laufenden zu erhalten. In wöchentlicher Versammlung wäre dann ein Bericht über die Arbeit zu erstatten und derselbe müsste aufbewahrt werden. Nach ungefähr einer solchen

Methode würde das Interesse der Teilnehmer an ihren Fällen wachsen. Sie könnten die zur Publikation des Wichtigsten nötigen Daten bekommen. Die Patienten würden bald bemerken, wie viel aufmerksamer sie behandelt werden. Manche Flüchtigkeit in der Diagnose wäre vermieden. Die Behandlung liesse sich fast mit derselben Sorgfalt kontrollieren wie in einem guten Hospital. Es wäre zugleich eine kolossale Ersparnis an Zeit und Geld für einen Jeden. Schliesslich böte sich Jedem ein soviel grösseres Kranken- und Untersuchungsmaterial.

Ich hoffe, dass diese „Utopie“ wenigstens Ihren theoretischen Beifall erwirbt. Aber ich möchte noch einen Schritt weiter gehen. Mein Plan wäre doch nur ein zeitweiliges Auskunfts-mittel für eine Gruppe von Männern, die willens sind, zu ihrem eigenen Besten gewisse Opfer zu bringen. Für die grosse Masse von wissenschaftlich eifrigen Aerzten wäre damit nichts gewonnen, sie würden eine solche „Clique“ vielleicht bekämpfen. In den Postgraduate Schulen ist für eine Art Nothbehelf in einer Richtung gesorgt. Entschieden besser wäre es, wenn ärztliche und naturwissenschaftliche Laboratorien, geleitet von gut unterrichteten Männern, gegen eine mässige Taxe und unter sorgfältig abgefassten Bestimmungen in verschiedenen Stadtteilen, ähnlich wie die öffentlichen Zweigbibliotheken, Allen zur Verfügung gestellt würden.

Jedenfalls würde die Verwirklichung der einen oder anderen Idee zur Hebung unseres Standes und zur Förderung jedes Einzelnen viel beitragen. Aus der verblödenden Routine-Praxis würde eine Erhebung zum wissenschaftlichen Niveau auch den verkümmerten und versauerten, dabei ungebührlich selbstzufriedenen Doktoren Bluemass und Quinine ermöglicht werden.

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York.

Montag, den 4. Februar 1907.

Präsident Dr. Carl Beck eröffnet die Sitzung und die Versammlung tritt sofort in die Tagesordnung ein.

Dr. A. Rose: **Heftpflaster-Verband für Gastroptose.**

Ehe ich Ihnen, auf besonderen Wunsch des vorigen Präsidenten und der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York den von mir angegebenen Gastroptose-Verband demonstriere, bitte ich einen Auszug aus zwei Briefen verlesen zu dürfen, in denen die Bedeutung der Methode hervorgehoben wird.

Dr. Grodeck von Baden-Baden schreibt am 16. Januar 1907 über den Artikel Physiologie und Pathologie der Bauchmuskeln: „Ihre Sendung hat mich freudig überrascht und noch mehr durch den lehrreichen Inhalt, den Sie an die Erwähnung meines Namens knüpfen. Ich begrüße den Gebrauch des Heftpflasterverbandes mit besonderer Freude, da mir sein Nutzen ohne weiteres einleuchtet, und hoffe auf eine Verbreitung dieser Idee. Speziell erscheint es mir richtig, dass die vielfach so verderblich wirkenden Leibbinden dadurch aus der Welt geschafft werden. Der stetige Druck des Verbandes hat ausserordentliche Vorteile vor den wechselnden des Gürtels, abgesehen von der grossen Schädigung der Rückenmuskulatur und der Lendennerven durch alle Bauchbinden. Und dass es auf diese Weise gelingen muss, das Volumen des Bauches dauernd zu verkleinern, unterliegt für mich gar keiner Frage. Ich glaube übrigens, dass Sie mit grossem Nutzen diese Technik auf andere Gebiete ausdehnen können, speziell den Hals, morbus Basedowii, Kropf, Migraine etc. Die Volumenverringering hat nach

meinen Erfahrungen rasch eine Verminderung der Stauungen zur Folge.“

Dr. B. Schmitz, Bad Wildungen, schreibt am 15. Januar über denselben Artikel: „Es ist ein neuer Stoff und eine neue Bearbeitung dieses Feldes. Diese neuen Gesichtspunkte müssen Beachtung und Anerkennung finden, wenn auch alles Neue vorerst mit Reserve aufgenommen wird, und was sehr schätzenswert ist, es wird die Praxis dadurch gewinnen, d. h. die mannigfachen Unterleibsleiden werden eine andere Auffassung und Behandlung erfahren. Ich kann allen Ausführungen nur zustimmen.“

Demonstration. — Der Verband ist von mir und Anderen so vielfach beschrieben worden, dass ich mich darauf beschränken kann, Ihnen einfach das Verfahren hier zu zeigen. Nur möchte ich nochmals betonen, dass es wichtig ist, das beste Material zu verwenden: ein Zinkoxyd-Gummipflaster auf Moleskin gestrichen, das gut klebt und die Haut nicht irritiert. Wenn das beste Material gewählt und das Pflaster gut angelegt ist, kommt Ekzem selten vor.

Wie ich dies bei jeder Gelegenheit hervorgehoben, bin ich Dr. Einhorn zu Dank verpflichtet, weil er mich einlud, mit ihm gemeinschaftlich experimentelle Studien über Plätschergeraus anzustellen, es war dies vor vielen Jahren in seiner Klinik im Deutschen Dispensary, und das Resultat dieser Studien habe ich mit seiner Hilfe veröffentlicht. Ich bin ihm ferner zu Dank verpflichtet, weil er es war, der mich in die Post Graduate Medical School einführte. Ich will ferner hinzufügen, dass ich nur mit Achtung von seinen Forschungen, seinen Arbeiten, seinen Erfolgen sprechen kann und ich glaube, dass die medizini-

sche Wissenschaft von ihm gefördert worden ist.

Dies als Einleitung zu dem, was ich im Interesse der Wissenschaft über Dr. Einhorn zu sagen habe: Als ich, auf Tatsachen gestützt, eine ganz neue Bedeutung des Plätschergeräusches erkannte, die Dr. Einhorn und mir bei unseren experimentellen Studien entgangen war, und ich ferner den besonderen Verband zur Hebung der Atonia gastrica ausgedacht — es war dies vor vielen Jahren — begab ich mich vor allem zu Dr. Einhorn, um ihm meine Idee mitzuteilen, allein ich fand kein Gehör, ich wurde so entschieden abgewiesen, dass ich meine Beobachtungen nicht beschreiben konnte. Vor etwa fünf Jahren hielt ich in einer medizinischen Gesellschaft, in der an jenem Abend Dr. Einhorn präsierte, einen Vortrag über Gastropotia, in welchem ich nicht nur alle meine Grundsätze bezüglich des Plätschergeräusches und des Verbandes auseinandersetzte, sondern auch einen Patienten demonstrierte, der fünfzehn Jahre lang an Hyperchlorhydria und Gastropotia in ausgesprochenster Weise gelitten, der von mehreren Kollegen behandelt worden und auch eine von einem Bandagisten angefertigte Leibbinde getragen hatte. Am 11. September 1901 legte ich ihm den Pflasterverband an und hatte die Genugtuung, zu hören, wie der Patient sich enthusiastisch über das Wohlbehagen aussprach, das er nach Anlegung des Verbandes empfunden. Als ich den Patienten am 23. September sah, waren alle Symptome der Hyperchlorhydria verschwunden und er hatte drei Pfund an Gewicht gewonnen. Am 11. Oktober, nachdem der Verband vier Wochen gelegen, entfernte ich denselben und fand die Haut intakt. In diesen vier Wochen hatte Pat. sieben Pfund an Gewicht zugenommen. Es ist wahr, ich hatte ihm die Diät, die I l l o w a y in einer klassischen Arbeit über Hyperchlorhydria angegeben, verordnet, aber wie ich nun aus reichlichen späteren Beobachtungen feststellen kann, ist nicht der Diät allein, sondern neben derselben dem Verband ein Hauptanteil des Er-

folges in solchen Fällen von Hyperchlorhydria zuzuschreiben. Der Fall und die Diskussion über denselben sind veröffentlicht worden. Einhorn verhielt sich ablehnend. Er will von Tatsachen, die für den Heftpflasterverband sprechen, nichts wissen.

Ich wartete ab, ob nicht die Mitteilungen von allen Seiten über den Wert der Methode ihn günstiger stimmen möchten, finde nun aber in der neuesten, der 4. Auflage seines Buches über Magenkrankheiten den folgenden P assus: "In such cases A. Rose's method of covering the abdomen with adhesive strips may be employed. The plaster cannot, however, generally supplant a bandage, as the constant plaster strips in contact with the skin is a source of some discomfort." Diesen Bemerkungen, die irreführend sein können, möchte ich entgegentreten. Tatsache, die wohl kein vorurteilsfreier Kollege in Abrede stellen kann, ist, dass der Heftpflasterverband nicht nur die Leibbinde ersetzt, sondern unzählige Vorzüge derselben gegenüber hat, dass auch seine Bedeutung eine ganz besondere ist, nämlich auf Zirkulation und Innervation einzuwirken, wie die Leibbinde nicht in demselben Masse einwirken kann.

Nun möchte ich noch bitten, auf eine andere Stelle in Einhorn's Buch, die sich auf das Plätschergeräusch bezieht, hinweisen zu dürfen, weil dies in engem Zusammenhange mit den Prinzipien der Anlegung des Verbandes steht: "Bouchard made an extensive study of this splashing sound and considered it a sign of great diagnostic value in dilatation of the stomach. Now-a-days we do not attach so much importance to the splashing sound per se."

Dazu wünsche ich zu sagen, dass "now-a-days" das Plätschergeräusch eine noch viel grössere Rolle spielt, als je vorher, denn es ist die Manifestation von Erschlaffung der Bauchmuskeln; welche Wichtigkeit die Erschlaffung der Bauchmuskeln beansprucht, habe ich in meinem letzten Vortrag vor dieser Gesellschaft dargetan.

Dr. Max Einhorn: Ich habe mich dem Pflasterverband gegenüber

keineswegs so feindlich verhalten. Ich selber habe nur gefunden und Herrn Dr. Rose gesagt, dass gute Binden dasselbe leisten und dass deshalb ein Heftpflasterverband nicht obligatorisch ist. In manchen Fällen ist allerdings ein Pflasterverband vorzuziehen, nämlich bei dünnen Leuten, die keinen grossen Leib haben; da kann man mit der Binde nicht viel ausrichten. Das habe ich auch in meinem Buch gesagt, und ich glaube, dass ich mich Dr. Rose gegenüber ganz loyal verhalten habe. Es ist eine Tatsache, dass Patienten der von mir gegründeten Klinik, die den Pflasterverband hatten, öfter zu mir kamen und über Beschwerden klagten, und wenn ich ihnen den Pflasterverband abnahm und die Binde gab, fühlten sie sich wohl, da sie nicht die Unbehaglichkeit des Pflasters hatten. Wir müssen Dr. Rose für die Einführung dieses Pflasterverbandes dankbar sein, aber ich möchte nicht sagen, dass man ihn immer anlegen **muss**; wo man keine geeignete Binde hat, ist er am Platze.

Was das Plätschergeräusch betrifft, so möchte ich sagen, dass man es auch bei Leuten erzeugen kann, die einen ganz normalen Magen und normale Bauchdecken haben, wenn man nur die Sache gut zu behandeln versteht. Wir haben in der Klinik hundert Leute daraufhin untersucht. Man kann, wenn der Magen etwas Flüssigkeit enthält, ein Klatschgeräusch erzeugen, wenn man den Patienten überrascht und schnell auf die Bauchdecke schlägt. Gleich darauf ziehen sich die Muskeln zusammen, und da ist es schwer, ein Geräusch zu erzeugen, da die Leute dann den Leib spannen. Das Plätschergeräusch an sich ist nicht von grosser Bedeutung, aber wohl der Platz, an dem man das Geräusch erzeugt hat, über welche Fläche und wie leicht man es erzeugen kann. Wenn man einen Patienten hat, bei dem man das Plätschergeräusch über einen grossen Teil des Leibes und leicht erzeugen kann, so sieht man, dass der Magen eine grössere Ausdehnung erhalten hat und dass die Bauchdecken relaxiert sind.

Dr. Rose (Schlusswort): Ich bin

Dr. Einhorn für seine Bemerkungen dankbar, indem ich es den Kollegen nun überlassen kann über die streitigen Punkte zu entscheiden. Niemals habe ich gesagt, dass ich das Plätschergeräusch, d. h. einen Patienten einfach wegen des Plätschergeräusches behandle, ich habe ganz bestimmt hervorgehoben, dass, wenn bei gastrischen, nervösen und gewissen Zirkulationsstörungen zugleich Gastropotose vorliegt, ich den Verband anlege, und dass die günstigen Wirkungen oft glänzende, mit keiner anderen Behandlungsmethode zu vergleichende sind. Dr. Einhorn hat nun zum zweiten Mal vor dieser Gesellschaft gesagt, dass meine Patienten zu ihm kommen, um sich über meine Methode zu beklagen. Gibt es wohl einen Kollegen unter uns, zu dem nicht schon Patienten gekommen sind, die sich über einen anderen Kollegen und seine Behandlungsweise beklagen? Es ist doch wohl ungewöhnlich, dergleichen als Beweisstück gegen eine Methode vor einer ernstern Gesellschaft vorzubringen. Als ich meinen letzten Vortrag vor dieser Gesellschaft hielt, sprach ich von einer Patientin, die an einer hypertrophischen Lebercirrhose seit fünf Jahren und während der letzten 18 Monate am Ikterus und dabei seit längerer Zeit an Aszites gelitten. Sie war von vielen Kollegen behandelt worden, ehe sie in meine Klinik kam. Der Anfang der Behandlung von mir bildete der Gastropotoseverband, wie ich damals in meinem Vortrag erwähnte. Jetzt ist die Kranke schon seit etwa zwei Monaten frei von Ikterus, der Aszites ist schon längst verschwunden und Lebervergrösserung und Verhärtung sind nicht mehr zu erkennen. Sie hat sich selbst erboten, vor einer medizinischen Gesellschaft vorgestellt zu werden, allein ich habe nichts mehr zu demonstrieren, ich muss mich auf die Krankengeschichte beschränken, denn sie ist allem Anschein nach jetzt vollständig gesund. Diesen Fall erwähne ich hier nochmals, weil es so ganz mit dem übereinstimmt, was Grodeck in seinem Briefe gesagt hat.

Ich bin schon froh, dass ich mich endlich mit Dr. Einhorn habe aus-

sprechen können, und ich werde ihm verbunden sein, wenn er mir fort und fort Gelegenheit geben will, zu beweisen, dass der Heftpflasterverband eine ganz andere Bedeutung hat als die gewöhnliche Leibbinde.

Dr. Friedmann stellt einen dreijährigen Jungen vor, bei dem wegen Ileus vor einigen Wochen eine Laparotomie vorgenommen worden war.

Sekretär Dr. John A. Beermann verliest hierauf das Protokoll der vorigen Sitzung, das von der Versammlung genehmigt wird, und teilt aus der letzten Sitzung des Verwaltungsrats mit, dass Herr Dr. J. W. Gleitsmann zum Vorsitzenden des Aufnahmekomitees für das laufende Jahr ernannt wurde.

Präsident Dr. Carl Beck: Ich habe Ihnen die traurige Mitteilung zu machen, dass unser langjähriges Mitglied Dr. Alphons Müller vor drei Wochen gestorben ist. Ich habe namens der Gesellschaft ein Beileidsschreiben an die Familie geschickt und ersuche Sie, sich zum Andenken des Verstorbenen erheben zu wollen.

Ich möchte ferner bemerken, dass wir unsere Sitzungen zu spät anfangen und infolge dessen unsere Arbeiten kaum bewältigen können. Die meisten medizinischen Gesellschaften, die hier tagen, beginnen offiziell ihre Sitzungen um 8 Uhr. Ich glaube kaum, dass wir jemals vor 8.15 ein Quorum haben werden, aber ich glaube, dass, wenn wir den Anfang der Sitzung auf 8 Uhr ankündigten, wir pünktlich um viertel nach acht mit der Vorstellung von Patienten beginnen könnten.

Es wird beschlossen, in dem Programme in Zukunft als den Anfang der Sitzung 8 Uhr anzuzeigen.

Dr. Fr. Foerster: **Fall von Schwangerschaft, kompliziert durch Uterusfibrom, nebst Präparat.**

Die Frage, wie man sich in Fällen von Uterusmyomen, welche Schwangerschaft komplizieren, zu verhalten habe, ist eine so vielseitige, dass sie nicht in wenigen Worten abgetan werden kann. Es genüge hier zu sagen, dass jeder Fall wohl am besten individuell zu be-

handeln ist, dass wir den Umständen gemäss unser Vorgehen einzurichten haben.

In dem vorliegenden Fall handelt es sich um eine 38 Jahre alte Frau, welche vor sieben Jahren ein Kind gebar. Die Geburt wurde, trotzdem der Verlauf ein sehr langsamer war, ohne Kunsthilfe beendet. Das schwächliche Kind starb kurze Zeit nach der Geburt. Die Frau sehnte sich nach Nachkommenschaft. Sie hatte nie Gelegenheit genommen, sich untersuchen zu lassen, trotzdem die Regeln während 5—6 Jahre ziemlich profus waren. Da die Regel einen Monat ausgesetzt hatte, konsultierte sie ihren Hausarzt, welcher Schwangerschaft bei myomatösem Uterus feststellte. Ich konnte den Befund nur bestätigen. Ein kleinfauftgrosser, etwas beweglicher Myomknoten ist recht vorn, oberhalb des Os internum, kleinere Knoten sind am Fundus uteri zu fühlen. Die Situation wird mit dem Hausarzt und der intelligenten Patientin besprochen. Die Beweglichkeit des Myomknotens, sein verhältnismässig hoher Sitz oberhalb der Cervix gaben für die Hoffnung Berechtigung, dass es sich um ein subseröses Myom handle, dass die Geburt dadurch nicht erschwert werden würde. Es wird daher beschlossen, in Anbetracht des Wunsches der Patientin und der übrigen Umstände, die Schwangerschaft nicht zu unterbrechen. Sollte die Entbindung nicht auf natürliche Weise vor sich gehen oder sollten sich vorher drohende Erscheinungen einstellen, beabsichtigte ich operativ einzugreifen. Während der ganzen Zeit der Schwangerschaft lagen die Verhältnisse möglichst günstig, der Myomknoten stieg nach oben, flachte sich etwas ab, so dass er kaum gefühlt werden konnte.

Acht Tage nach der berechneten Zeit verlor Patientin ohne irgend welche Wehen eine Menge Fruchtwasser, zuerst klar, doch bald mit Mekonium versetzt. Herztöne waren nicht zu hören, bei der Untersuchung fand sich das Os externum etwas erweitert, während das Os internum kaum die Fingerspitze zuließ. Querlage des abgestorbenen Foetus. Die

Anwendung von Dilatoren aller Art und manuelle Erweiterung erzielten eine Eröffnung des Os internum, genügend um den rechten Arm des Foetus zum Vorfall zu bringen, die Einführung der eigenen Hand behufs Wendung war unmöglich. Ich erkannte nun, dass Myomknoten von dem dem Os internum nächstliegenden Uterusgewebe soviel in sich aufgenommen hatten, dass an eine Erweiterung, ohne Ruptur zu veranlassen, nicht zu denken war, ich veranlasste daher die Ueberbringung der Patientin in das Hospital, wo ich den schwangeren myomatösen Uterus entfernte. Ich wählte die extraperitoneale Stilversorgung, da bei dem unterdessen jauchig gewordenen Ausfluss nur so eine reine Operation erzielt werden konnte. Patientin hat sich prompt erholt, höchste Temperatur nach der Operation 100 F.

Das Präparat zeigt, dass das Gewebe um das Os internum allerdings durch

wir ein wirklich gutes noch nicht gefunden haben.

Von der oft nicht genügenden Wirksamkeit beim Gebrauch der jetzigen Tonsillotome zur Ueberzeugung gebracht, habe ich zu einer Verbesserung dadurch beizutragen versucht, dass ich an dem bekannten geraden Tonsillotom in der Nähe des schneiden Teiles eine Kurve habe anbringen lassen, wodurch bessere Resultate in der fast gänzlichen, radikalen Entfernung der Mandel erzielt werden.

Das Instrument besteht aus drei Teilen: das untere und das obere Blatt mit der Gabel. Die beiden Blätter sind nahe des Ringmessers fast zu einem rechten Winkel gekrümmt, Händel und Ringmesser sind zu einander parallel. Durch diese Krümmung gewinnt man bei den grossen Messern einen Zentimeter im Vergleich zu den gewöhnlichen, geraden Tonsillotomen (Matthieu oder Mackenzie's Form); d. h. die Entfernung von der Gabel zur



Myomknoten eingeschränkt ist, dass eine zur Geburt genügende Erweiterung nicht hätte bewerkstelligt werden können, der ausgetragene Foetus war jedenfalls, der Zersetzung nach zu urteilen, schon seit 6—8 Tagen abgestorben.

Dr. Franz C. Ruppert: **Ein neues Tonsillotom!**

In der letzten Sitzung der laryngologischen und rhinologischen Sektion der Akademie der Medizin stellte ich mein neues Tonsillotom vor und möchte mir die Gelegenheit nicht entgehen lassen, dasselbe auch hier zu tun.

Ich bin zur Genüge über die grosse Anzahl von verschiedenen Instrumenten zur Entfernung der erkrankten oder vergrösserten Mandeln unterrichtet und es scheint mir die Tatsache, dass so viele, verschiedenartige Instrumente im Handel und in Anwendung sind, der beste Beweis zu sein, dass

äusseren Seite des Ringmessers beträgt **einen** Centimeter. Wenn also das Messer über die Mandel eingeführt wird, kommt es **einen** Centimeter näher der Rachenwand zu liegen als das gerade. Wird nun das Instrument noch nach aussen gedrückt, so erfasst es die ganze Mandel bis zur Basis; ist das Messer gezogen und die Mandel entfernt, dann ist der Raum zwischen den beiden Gaumenbögen ziemlich gut ausgeräumt. Bei den kleinen Ringmessern ist die Entfernung eine geringere.

So erscheint der Vorzug des gekrümmten Tonsillotomes über dem geraden leicht erklärlich, eine radikale Entfernung der Mandel ist gesichert. Nach meiner Ansicht hat dieses Instrument einen noch viel grösseren Wert für den allgemeinen praktischen Arzt, in dessen Interesse es liegt, auch eine erfolgreiche Tonsillotomie zu machen.

Dieses Tonsillotom wurde für mich von E. B. Meyrowitz angefertigt, und speziell Herrn Goldstein von

der Firma fühle ich mich für die ausgezeichnete Art und Weise, wie er meine Idee ausführen liess, zum besten Dank verpflichtet.

Dr. J. W. Gleitsmann: Vor etwa sechs Wochen besuchte mich Dr. Ruppert und legte mir die Idee des Instrumentes dar, um meine Meinung darüber zu hören. Seitdem ist das Instrument noch mehr vervollkommen und fertig gestellt worden. Ich konnte Herrn Dr. Ruppert schon damals, als er mir die Skizze brachte und die Konstruktion des Instrumentes auseinandersetzte, zu der Ausführung ermuntern, denn es ist jedenfalls für viele Fälle tauglich und wird in diesen geeigneten Fällen einen Vorzug vor anderen Tonsillotomen haben. Ob man mit diesem Instrument Tonsillen herausnehmen kann, die vollständig zwischen den Gaumenbögen liegen, ist fraglich, denn die Tonsillen sind in der Regel mit den Gaumenbögen verwachsen. Ich habe in der letzteren Zeit mehrere Fälle zur Beobachtung und Operation bekommen, bei denen ich das Instrument gern gehabt hätte; aber in anderen Fällen, wie bei einem, den ich heute operiert habe, wäre ich nicht imstande gewesen, viel mehr zu entfernen als mit anderen Tonsillotomen, weil die Tonsille verwachsen war. Jedenfalls aber ist dieses Instrument für eine ganze Reihe von Fällen sehr wünschenswert, weil man damit mehr herausnehmen kann als mit dem geraden Tonsillotom.

Präsident Dr. Carl Beck teilt mit, dass die Herren Drn. B. Onuf und A. M. Bacevicze zu Mitgliedern der Gesellschaft gewählt worden sind, und schlägt Dr. Franz Lehmannacher von Newark vor.

Symposium über Ileus.

Die folgenden Vorträge wurden vorgelesen:

Dr. Max Einhorn: **Symptomologie, Diagnose und medizinische Behandlung des Ileus.**

Dr. J. Kaufmann: **Wie lange kann bei Verdacht auf Ileus mit der Operation gewartet werden?**

Dr. Ch. Elsberrg: **Chirurgische Behandlung des Ileus. Wie können unsere Resultate gebessert werden?**

Dr. F. Maass: **Ileus nach Laparotomie. Diagnose und Behandlung.**

Diskussion.

Dr. Carl Pfister: Das Thema Ileus ist ja durch die Vorträge der Herren beinahe so erschöpft worden, dass eine Diskussion kaum möglich ist. Ich möchte nur ein paar Fälle aus meiner eigenen Erfahrung hier erwähnen, und zwar waren das zwei Fälle, die ich im vorigen Jahre unter den allerungünstigsten Umständen und in der allertraurigsten Umgebung operiert habe. Es handelte sich in beiden Fällen um Obstruktions-Ileus durch ein falsches fibrinöses Ligament, das sich um den Dünndarm gebildet hatte. In beiden Fällen waren es Leute in einem Tenementhaus, in der 11. und 12. Strasse, in der traurigsten Umgebung. Die Patienten waren beide kolossal heruntergekommen, als ich sie sah, und ich fürchtete durch den Transport nach dem Hospital soviel der besten Zeit zu versäumen, sodass ich mich entschloss, sie selbst unter den primitiven Verhältnissen dort zu operieren. Unter sehr wenig Narkose gelang es mir, die Obstruktion bald zu finden und zu durchschneiden, und die beiden Leute kamen davon.

Im Anschluss an die Worte von Dr. Elsberrg, dass man bei der Aufsuchung von Hindernissen und Hervorziehung von Darmschlingen vorsichtig sein soll, möchte ich noch sagen, dass ich es von grosser Wichtigkeit halte, wenn man den Ileus operiert, doch ja keinen zu kurzen Einschnitt zu machen, da die Diagnose, wo sich das Hindernis befindet, nicht ganz korrekt gemacht werden kann. Der Patient stirbt nicht daran, ob der Einschnitt ein oder zwei Zoll länger ist oder nicht. Man sichert sich ein besseres Feld zum Ueberblick und zur Hervorziehung der Darmschlinge und auch dazu, die Darmschlinge wieder zu reponieren.

In einem anderen Falle handelte es sich um einen 14jährigen Knaben, der

durch eine Anhäufung von Kirschsteinen — er hatte deren über 400 im Magen — eine vollständige Darmverstopfung hatte, einen Darmverschluss, wie er mitunter durch einen grossen oder verschiedene kleine Gallensteine entsteht.

Auf einen anderen Ileus möchte ich noch hinweisen, der von keinem der Herren erwähnt ist, das ist die réduction en bloc, wie sie nach eingeklemmtem Bruch vorkommt und zwar durch lange und nicht sehr sauber ausgeführte Taxis hervorgerufen wird. Es kann kommen, dass der Bruch plötzlich zurückgeht, die Einklemmungserscheinungen scheinbar gehoben sind, der Darminhalt aus dem Bruchsack entleert ist, und trotzdem bestehen die Einklemmungserscheinungen fort. Nach 4—5 Stunden wird der Zustand schlimmer, und man muss die Operation ausführen, und findet dann diese innere Einklemmung des Darmes, die man ohne Zögern resezieren muss, wenn Gangräne eingetreten ist, oder, wie Dr. Maass erwähnt, einfach die Darmschlinge nach aussen öffnen und am zweiten oder spätestens dritten Tage Anastomose machen.

Ich möchte auf zweierlei aufmerksam machen: auf die Narkose, die eine der gefährlichsten Sachen bei der Operation ist, und vor allem darauf, keinen zu kurzen Einschnitt zu machen, wenn man nicht ganz genau weiss, wo das Hindernis ist.

Dr. M. I. Knapp: In der letzten Zeit ist ziemlich viel über Ileus geschrieben worden, sowohl in den deutschen als auch in den englischen Journalen. Wir verstehen unter Ileus den Verschluss des Darmes und die darauf folgenden Erscheinungen. Wir haben hier (Erläuterung durch Zeichnung an der Tafel) den Dickdarm — das Kolon ascendens, das Kolon transversum, das Kolon descendens und das Kolon sigmoideum und dann das Rektum. Sehr

häufig kommt im Darne eine Ueberproduktion von Gasen vor, und im Dickdarm verursacht eine solche Gasspannung Knickungen an diesen Winkeln (Erläuterung an der Zeichnung). Sehr schön hat Otto Reith das Zustandekommen dieser Knickungen beschrieben (Medizinische Klinik, No. 1, 1906). Wenn diese Knickungen längere Zeit bestehen, kann ein Exsudat diese beiden Darmschenkel zusammenlöten. Je stärker die Gasspannung, desto spitzer der Winkel des abgelenkten Darmes, und so bildet sich ein Darmverschluss mit allen dazu gehörigen Symptomen. Hat sich ein Exsudat gebildet, dann ist das Hindernis am Darmlumen permanent. Solch einen Fall habe ich unlängst diagnostiziert und operieren lassen; die Diagnose wurde bestätigt und der Patient geheilt. Solche Fälle kommen ziemlich häufig vor und muss hier eine Diagnose gemacht werden, da diese Diagnose nur eine Therapie hat, die Operation. Mit internen Mitteln kann hier nichts erzielt werden. Bei postoperativem Ileus habe ich Atropin mit ausgezeichnetem Erfolg gebraucht.

Dr. Friedman: Ich möchte in Bezug auf die Lokalisation des Ileus ein paar Worte sagen. Der Fall, den ich vorgestellt habe, sowie einige andere Fälle haben mich gelehrt, dass man in manchen Fällen die Diagnose ziemlich genau machen kann, wenn man den Harn untersucht. Natürlich ist der Kalkgehalt nicht immer für eine Lokalisation des Prozesses im Dünndarm massgebend, aber wenn wir eine lokale Stagnation ausschliessen können — und die meisten atypischen Fälle verlaufen ohne Konstipation, manche sogar mit Diarrhoe — so denke ich, dass diesem Indikan-Fall mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Hierauf tritt Vertagung ein.

Dr. John A. Beuermann,
Prot.-Sekretär.

Kommers der Deutschen Medizinischen Gesellschaft von Chicago.

Dem April v. J. abgehaltenen Kommers der deutschen med. Gesellschaft von Chicago lag die Absicht zu Grunde, einen Anfang zu machen, die im Westen zerstreuten akademisch gebildeten Männer zu sammeln. Es war nur ein Versuch, aber gerade dieser mit den einfachsten Mitteln angestellte Versuch zeigte, dass es nur der Anregung bedarf, einen Verein der alten deutschen Studenten hier zu gründen. Viele Meilen weit waren Kollegen extra zum Kommers hierher gekommen und wer nicht kommen konnte, dem tat es leid. Sie gedachten ihrer feiernden Kollegen in Telegrammen wie z. B. das aus Davenport:

„Weg mit den Grillen und Wanzen!
Den Aeskulap's-Jüngern 'nen Ganzen!“

Eröffnet wurde der Kommers mit folgender Begrüssung: „Meine Herren! Das soeben gesungene Lied, „Vom hohen Olymp herab ward uns die Freude“, ist ein alter Hymnus. In der Tat, Freude und Fröhlichkeit sind eine Gabe der Götter. Deshalb haben auch die Philosophen Recht, wenn sie behaupten, Freude und Fröhlichkeit seien die höchste Entwicklungsform des Herrenmenschen. Diese hohe Stufe bezweckte stets das deutsche Studentenleben, dem alles Banale und Philiströse verhasst war. Als einen Gottesdienst der Freude und der Fröhlichkeit betrachtet der deutsche Student den Kommers und hat damit instinktmässig eine Entwicklung erreicht, die andere Klassen nicht sobald erreichen werden. Ich möchte nun ein Bild aus dem Studentenleben Ihnen vorführen. Mit gleichgestimmten Kommilitonen zogen wir beim Bummel hinaus in der schönen Maienzeit, wenn Drosselschlag und Lerchenlied uns zu Lehrmeistern wurden. Auf den Blumenauen und im Waldesschatten fühlten wir die Schönheit dieser Welt und begriffen, dass wir später, als führende Geister, etwas von Maienluft und Frühlingswehen in unsern Beruf hineinbringen würden. Andere freilich, gelehrter als wir, blieben hinter den Mauern hocken und freuten sich nicht

des Gesanges in den Lüften und fühlten nicht die üppig grüne Natur um sich herum. Wie bald war es mit ihrer Gelehrsamkeit zu Ende, wie wenig Förderung hatte die Menschheit von ihren staubigen Theorien erfahren! Fanden wir uns dann wieder auf unserer Bude in der alten Musenstadt, die Brust geschwellt von Freude, das Herz erfüllt mit Fröhlichkeit, da ertönte uns der Glockenklang der mitternächt'gen Stunde in einer ganz neuen wundersamen Melodei. Andere, die vor uns gelebt, hatten dieselben Empfindungen, wie es ihre Lieder bezeugen, die ihrer Wahrhaftigkeit halber ihre Zauberkraft nie verlieren werden. Ist's ein Wunder dann, dass der deutsche Student nach intensiver und instinktiver Arbeitsleistung in übermütig fröhlicher Stimmung die Stunden eines fröhlichen Kommerses feiert? Ein Jeder, der nur einmal an einem solchen Göttermahle der Freude und der Fröhlichkeit teilgenommen hat, wird es nie vergessen. Mag auch die rastlose Frau Sorge im Laufe der Jahre das Feuer unserer Begeisterung nach Kräften eingedämmt haben, mag auch manches von unsern Luftschlössern in Trümmer zerfallen sein, die Glut der wahren Begeisterung wird auch unter der dicksten Aschenschicht niemals verlöschen, ja sie wird fortglühen bis an das Ende unserer Tage. Deshalb auf, Genossen, auf zur Wallfahrt nach dem Mekka unserer Alma Mater, auf zur Wallfahrt nach dem Jungbrunnen unserer schönen Studentenzeit! Meine lieben Freunde! Möge aus dieser Zeit heute Abend jedem Einzelnen von uns feierlicher Glockenklang erklingen, feierlich das Lied erklingen aus schöner, goldener Jugendzeit. Denen, die sich uns zugesellt, zum Feste der Freude und Fröhlichkeit, unsern lieben Gästen sei der erste Trunk geweiht. Ein kräftiger Salamander auf unserer Gäste Wohl!“ Zur Ehre sei's gesagt: Keiner klappte nach. Mit Enthusiasmus wurden die alten Lieder gesungen, bei denen neuern Datums ging es herzlich schlecht. Wie immer, es zeichnete sich Kollega Dr. Adolph Decker durch reiche dichter-

terische Gaben aus. Könnten wir dem Genius den Weg zeigen, wir würden Kollega Decker ausschliesslich die Feder allein in die Hand drücken. Nur zwei Proben seiner Kunst will ich dem Leser hier vorlegen:

Ich weiss nicht, was soll es bedeuten,
Dass ich so traurig bin?
Die Heilkunst der neuesten Zeiten,
Die kommt mir nicht aus dem Sinn.
Der Arzt kam sacht zu dem Kranken,
Mit dem Stock mit dem goldenen Knopf,
Untersuchte von oben bis unten
Und schüttelte häufig den Kopf.

Er zählte, die Uhr in der Linken,
Wie schnell der Puls sich bewegt,
Er liess die Zunge sich zeigen
Und sah, wie sehr sie belegt.
Er schaute, hämmerte, horchte
Mit Intelligenz und Bedacht,
Dann ward aus allen Symptomen
Die Diagnose gemacht.

Der Arzt vom neuesten Datum
Braucht den Patienten nicht,
Nur das Blut, Se- und Exkretionen,
Was er spuckt, uriniert und erbricht.
In Retorten und Mikroskopen
Erblickt er der Krankheit Spur
Und bestimmt im Laboratorium
Die Art und Weise der Kur.

Das ist die neue Methode,
Wie man sie jetzt lernet und lehrt,
Auf die das Geschlecht der Jungen
Blindwütigen Eifers schwört.
Ich glaube, die Zeiten verschlingen
Noch manchen Auswuchs daran,
Dann wird sie mehr Nutzen noch bringen
Als sie bisher es getan.

28. April 1906.

Auf des Olympus ferner Höh,
Im reichgeschmückten Saale,
Sass Vater Zeus zu später Stund
Beim süssen Abendmahle.

Zum Hermes sprach er dann das Wort:
Jetzt mach dich auf die Sohlen,
Mir drüben aus dem Office-Schrank
Mein Teleskop zu holen.

Ich muss im Aug von Zeit zu Zeit
Da drunten die behalten,
Auf dass sie mir nicht allzuviel
Nach eignem Willen schalten.

Der Bote ging und Hera sprach:
Bist du doch ein alter Sünder,
Willst schaun nur, wo du finden kannst
Die schönsten Menschenkinder.

Zeus schrie voll Aerger: Quos ego!
Du bist 'ne böse Sieben.
Verdenkst mir's, weil mein Pflichtgefühl
Mich heisst die Menschen lieben.

Du hast mir's immer so gemacht
Mit deinem losen Munde,
Sei still, sonst schleudr' ich dich
Zu Hades tiefstem Grunde.

Da kam auch Hermes schon herbei:
Schnell her mit deinem Rohre!
Nun will ich auf die Erde sehn
Und durch verschloss'ne Tore.

Und wie er blickt und wie er lauscht
Ringsum durch alle Zonen,
Da schüttelt plötzlich er den Kopf:
Wer mag nur dorten wohnen?

Hermes, schnall deine Flügel an
Und flieg mir in die Ferne,
Bis nach Chicago flieg mir hin
Und halt beim roten Sterne.

Dort hat 'ne grosse Männerschaar
Mein Teleskop gefunden.
Was die da treiben, weiss ich nicht,
Geh du und tu's erkunden.

Und Hermes flog zum roten Stern
Mit des Gedankens Schnelle
Und fand im Russ der Riesenstadt
Auch bald die gute Quelle.

Und die Tarnkappe auf dem Haupt
Wagt er sich zu den Leuten.
Nicht lange währt es und er weiss,
Was alles soll bedeuten.

Flugs eilt er zum Olymp zurück
Mit schnellen Flügelschlägen.
Zeus, Vater, ruft er, Heureka,
Ich will's zurecht dir legen.

Dort in der Stadt am grossen See,
Im roten Sternensaale,
Dort sitzt eine Männerschaar
Bei Bier und kaltem Mahle.

Um zu erraten, wer sie sind,
Spitzt ich die beiden Ohren.
Sie sprechen deutsch, sie singen deutsch,
's sind Aerzte, 's sind Doktoren.

Und nicht Chicagoer allein,
Auch fremde Aerzt' sind drunter,
Von weither kamen sie des Wegs
Und sind fidel und munter.

Da spricht der alte Jupiter,
Es klingt wie Donnergrollen:
Du wirst doch nicht voll Uebermut
Mich heute foppen wollen?

Mehr als dreitausend lange Jahr
Bin ich jetzt schon am Leben
Und dachte nie, dass solch ein Fest
Es jemals könnte geben.

Doktoren, deutsche noch dazu,
Und sitzen froh und friedlich?
Und kneipen wie zur Jugendzeit
Und machen sich's gemütlich?

Mercurius, mit viel Verdruss
Hör ich die falsche Märe,
Als Strafe, Kerl, zu Sherlock Holmes
Schick ich dich in die Lehre.

Nun geh und borg den Donnerkeil
Bei meiner lieben Frauen,
Weil ich jetzt nach Chicago will,
Um selbst mich umzuschauen.

Frau Zeus wollte nicht, sie tat
Im Winkel schmollend hocken;
So macht sich ohne sein Symbol
Zeus auf die Göttersocken.

Auch Hermes musste wieder mit.
Zeus wollt ihm demonstrieren,
Dass er sich schauderhaft geirrt, —
Ihn ad absurdum führen.

Doch wie sie in dem Saale sind,
Als unsichtbare Geister,
Erkennt sein Unrecht Jupiter,
Mercur wird aber dreister.

„Nicht Sherlock Holmes, nicht Pinkerton,
Nicht alle Agenturen,
Die fänden so genau und flink
Wie ich die rechten Spuren.

Beim grossen Kronos, du hast Recht,
Sprach Zeus, ich muss dich loben;
Mein alterprobtes Wissen ist
Wie eitel Spreu zerstoben.

Doch kann ich ob der Aenderung
Vor Freude mich nicht lassen;
Was sollten deutsche Aerzte auch
Befehden sich und hassen?

Schau, Hermes, wie sie lustig sind
Bei ihrem kalten Biere,
Und blick ich vorwärts, seh ich sie
Noch sitzen um halb viere.

Und ziehn sie morgen wieder zu
Den heimischen Gestaden
Und widmen ihrem Werke sich,
Im Schutze der Penaten,

So hoff ich, jeder denket froh
Des Fests im roten Sterne,
Und kommt zum zweiten Festkommers
Im nächsten Jahre gerne.

Nachdem noch verschiedene ernste Biergerichte abgehalten waren, da trennten wir uns mit der freudigen Hoffnung auf den nächsten Kommers. Soll ich mir ein Zukunftsbild machen, so sehe ich beim nächsten Kommers den lateinischen Farmer neben dem Universitätsprofessor sitzen, als fröhliche Söhne einer grossen Mutter—Alma Mater. Denjenigen, welche eine darartige Vereinigung willkommen ist, möchte ich zurufen: „Hoffe! Du erlebst es noch, dass der Frühling wiederkehrt.“ Ja, in die Tretmühle der beruflichen Pflichten wollen wir Ruhestunden setzen, fröhliche Stunden, den schönsten Erinnerungen geweiht.

Dr. Gustav Schirmer.

Therapeutische und klinische Notizen.

—Müller (Hamburg) macht auf den Gebrauch des VALIDOLS IN DER GYNAEKOLOGIE aufmerksam. Die Dosis, welche man verwendet, schwankt je nach den Verhältnissen und bewegt sich zwischen 5—25 Tropfen dreimal am Tage. Die Wirkung des Validols ist besonders wertvoll bei den verschiedenen nervösen Erkrankungen der Frauen und man kann durch dieselbe in vielen Fällen leicht und verhältnismässig rasch Besserung und Heilung der Leiden erzielen, bei denen ohne Validol lange und umständliche Kuren notwendig sein würden. Das Validol wirkt einerseits anregend auf die Herzfunktion und andererseits beruhigend auf das Nervensystem. Dementsprechend hat man dasselbe in vielen Fällen von Nervenleiden und nervösen Herzaffektionen verwendet und von recht guten Erfolgen berichtet.

Die Erfahrungen Müllers mit Validol stützen sich auf Beobachtungen bei nervösen Beschwerden während und nach gynäkologischen Erkrankungen und er hat da eine Reihe guter Resultate erzielt, welche ihn veranlassen, das Validol dauernd zu verwenden. Man muss aber bei der Therapie mit Validol von vornherein bedenken, dass eine günstige Wirkung des Mittels nicht sofort nach den ersten Tagen der therapeutischen Verwendung eintritt, sondern, dass erst eine Zeit von wenigstens 8—14 Tagen verstreicht, ehe eine sichtbare Besserung dauernder Art der nervösen Leiden eintritt und eintreten kann. Trotzdem bewirkt Validol in geeigneten Fällen auch momentan nach Verabreichung an die Patienten eine Besserung, namentlich bei nervösen und hysterischen Anfällen mit Ohnmacht und dergleichen. Was aber die chronischen Nervenleiden, die hysterischen und neurasthenischen Beschwerden anlangt, so kann man nicht eine sofortige Wirkung erwarten.

Besonders günstig hat sich das Validol in einigen Fällen von Migräne und neurasthenischen Beschwerden wie Kopfschmerz, Schwindel, Unruhe und Erregtheit bewährt, die bei Frauen nach verschiedenen Leiden Endometritis, Blutverlusten etc. zurückgeblieben waren oder gleichzeitig mit anderen Zuständen (Dysmenorrhoe) auftraten.

In allen solchen Fällen, wo es sich um hochgradige allgemeine Nervosität handelt, hat sich das Validol bestens bewährt.

Von ganz grosser Bedeutung ist die Wirkung des Validols bei den Beschwerden zur Zeit des Eintrittes des Klimakteriums.

Neben diesen Vorzügen des Validols als Nervenberuhigungsmittel, kommt es noch als ein die Herzkraft anregendes in Betracht, denn es wirkt auf die Herztätigkeit anregend und ist dadurch besonders wertvoll bei akuten Herzschwächezuständen, wie man sie gerade recht oft in der Sprechstunde des Chirurgen und Frauenarztes beobachten kann. („Der Frauenarzt“, 1906, Nr. 10 u. 11.)

—Zum Erbrechen nach der Narkose. Die Zahl der Mittel gegen das Brechen ist eine grosse, ihre Wirkung im grossen und ganzen eine unsichere.

Wanietschek und Dr. Herzum kamen auf das Alypin durch einen Artikel von Tauszk in den „Therapeutischen Berichten“, welcher das Alypin u. a. auch bei zwei Fällen von hysterischem Erbrechen mit gutem Erfolge verabreicht hat. Sie benützten es in derselben Weise wie Tauszk, Tropfen in 50%iger Lösung. Der Erfolg war ein überraschend guter. Tatsache ist, dass in den letzten drei bis vier Monaten, die Zeit, wo sie Alypin anwenden, mit wenigen zwei bis drei Ausnahmen kein Narkotisierter erbrach. Sie geben, sobald der Narkotisierte erwacht, resp. zu schlucken vermag, fünf bis sechs Tropfen obiger Lösung, bei Kindern entsprechend weniger. Dies kuptiert oft das Brechen ein für allemal oder man ist nach einer bis zwei Stunden genötigt, jene Dosis zu wiederholen. Es noch ein drittes Mal oder gar viertes Mal geben zu müssen, kamen sie eigentlich nur in einem bis zwei Fällen in die Lage. Dabei kann man das unbekanntlich tun. Tauszk ging bis zu 8 cg pro die, das sind 32 Tropfen der 5%igen Lösung tagsüber verteilt. Natürlich kann man im Bedarfsfalle die Einzeldosis entsprechend steigern.

Neuerdings geben beide Autoren auch zu Beginn der Narkose fünf bis sechs Tropfen der Lösung, wodurch natürlich auch das Würgen und Brechen zu Beginn der Narkose vermieden wird. Mit Rücksicht auf die guten Erfolge, die sie mit dem Mittel gemacht haben, unterbreiten sie es den Fachkollegen zur Beurteilung; dasselbe ist einer Nachprüfung wert. („Prager Mediz. Wochenschr.“ 1906, Nr. 50.)

Kleine Mitteilungen.

— *Der erste Kongress der deutschen Gesellschaft für Urologie* wird vom 2.—5. Oktober 1907 in Wien im Gebäude der k. k. Gesellschaft der Aerzte tagen.

Als Hauptthemen werden in Diskussion gezogen:

- I. *Diagnostik und Therapie der Nierentumoren.* Referenten: Küster - Marburg, v. Eiselsberg - Wien.
- II. *Diagnostik und Therapie der Nephrolithiasis.* Referenten: Kummel - Hamburg, Holzknecht, Kienböck - Wien.
- III. *Die Albuminurie.* Referenten: v. Norden - Wien, Posner - Berlin.

Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen haben mit einer kurzen Inhaltsangabe versehen bis spätestens 15. Juli 1907 an die Geschäftsstelle in Wien (Dr. Kapsammer, IX. Maria Theresienstrasse 3) stattzufinden. Ebendahin sind auch Anmeldungen zur

Diskussion über die genannten drei Hauptthemen zu richten.

Während des Kongresses wird eine Ausstellung von Präparaten, Instrumenten und urologischen Gebrauchsgegenständen veranstaltet, für welche die Anmeldungen ebenfalls bis spätestens 15. Juli an die Geschäftsstelle in Wien zu erfolgen haben.

Nichtmitglieder wollen ihre Teilnahme an dem Kongresse an die Geschäftsstelle in Wien melden, woselbst auch der Teilnehmerbetrag von 10 K zu erlegen ist.

Alle weiteren Mitteilungen über den Kongress, für welchen auch mehrere Festlichkeiten in Aussicht genommen sind, werden nur jenen Nichtmitgliedern zugestellt, welche dies ausdrücklich verlangen oder den Teilnehmerbetrag bereits erlegt haben.

Die Mitglieder der Gesellschaft werden gebeten, den von der konstituierenden Versammlung in Stuttgart festgesetzten Jahresbeitrag von 10 M. an die Zahlstelle in Breslau (Dr. F. Löwenhardt, Karlstrasse 1) zu senden.

Good Opportunity for Physician

TO LET. Furnished parlor floor, with laboratory, hot and cold water, door service and telephone. Select location. Board if desired. Address or call 218 West 138th Street, New York. (King model houses.)

New Yorker

Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der

Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York,
Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigiert von DR. A. RIPPERGER.

Bd. XIX.

NEW YORK, 1907.

No. 3.

Originalarbeiten.

Allgemeine Peritonitis infolge von Appendizitis und ihre Behandlung.*

Von DR. A. P. MOSHCOWITZ.

Binnen kurzer Zeit wird im „Archiv für klinische Chirurgie“ eine längere Arbeit erscheinen, über 2000 Fälle von Erkrankungen des Wurmfortsatzes, welche auf den zwei chirurgischen Abteilungen des Mount Sinai Hospital, im Laufe der letzten acht Jahre behandelt wurden. Für den heutigen Vortrag entnehme ich der erwähnten Arbeit jene Gruppe von Fällen, welche mit Peritonitis kompliziert waren. Die Fälle sind von den Herren Dr. A. G. Gerster, Howard Lienthal, Josef Wiener, Charles A. Elsborg, A. A. Berg und mir operiert worden, und es bereitet mir Vergnügen, den erwähnten Herren auch an dieser Stelle meinen Dank für Ueberlassung ihres Materials abzustatten.

Die Ansichten der Chirurgen über Peritonitis im Verlaufe von Appendizitis gehen weit auseinander und erklären die grossen Unterschiede der Statistiken, namentlich in Hinsicht der Mortalität. Wir wollen Anderen unsere Klassifikation nicht aufdrängen, sondern nur den in dieser Arbeit so oft gebrauchten Ausdruck „Peritonitis“

*Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Ges. der Stadt New York am 4. März 1907.

genau feststellen: denn nur so können unsere Resultate gewürdigt werden.

Die überall gebräuchlichen Bezeichnung „allgemeine“ Peritonitis ist klinisch nicht gerechtfertigt, denn es lässt sich nur bei einer Autopsie feststellen, ob der entzündliche Prozess sich auf sämtliche Abteilungen der Bauchhöhle erstreckt. Wir ziehen deshalb den Ausdruck „diffuse“ Peritonitis vor.

Damit unsere Fälle richtig verstanden werden, will ich in aller Kürze die Symptomatologie der appendikulären Peritonitis beschreiben; mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegenüber anderen akuten Erkrankungen des Wurmfortsatzes.

1. Die Kranken machen einen viel schwereren Eindruck.

2. Der Schmerz wird im ganzen Bauch gefühlt, im Gegensatz zu den unkomplizierten Appendizitiden, in denen er lokalisiert ist.

3. Erbrechen ist konstanter und wiederholt sich öfter.

4. Obstipation ist die Regel. Selten bestand Diarrhoe, namentlich in den Fällen, die mit Gangrän des Coecum kompliziert waren.

5. Die Temperatur hat nichts charakteristisches. Der Puls ist meist frequent, 120 und darüber. Die Zahl der Respirationen ist nicht erhöht, ausser in weit vorgeschrittenen Fällen.

6. Das Abdomen ist stark aufgetrieben.

7. Sämtliche Bauchmuskeln sind gespannt, nicht nur die der rechten Seite.

8. Das ganze Abdomen ist empfindlich; vielleicht etwas mehr auf der rechten Seite, was dann auf den Wurmfortsatz als Ausgangspunkt der Peritonitis hinweist.

9. Ein nebenbei bestehender Abszess kann manchmal als Tumor palpirt werden; meistens jedoch ist dies wegen Spannung der Bauchdecken unmöglich.

10. Rektale oder vaginale Untersuchung ergeben Empfindlichkeit auch des Beckenperitoneums.

11. Durch Perkussion kann die Anwesenheit eines beweglichen Exsudates im Peritoneum nachgewiesen werden.

Bei der Eröffnung des Bauchfells strömt sofort seröse, seröseitrige oder eitrig Flüssigkeit heraus. Dieselbe kommt aus allen Teilen der freien Bauchhöhle und ist nicht durch Adhäsionen abgesackt. Die Menge des Exsudates wechselt in weiten Grenzen. Das Peritoneum selber zeigt verschiedenartige Veränderungen, je nach dem Charakter des Exsudates und der Virulenz der Infektion. Entweder ist es hochrot injiziert oder mit Fibrinauflagerungen bedeckt, oder es hat nur seinen normalen Glanz verloren. Die Darmschlingen sind in der Regel stark aufgetrieben; einzelne können leicht untereinander verklebt sein. Fälle, in denen die obengenannten Veränderungen nur die nächste Umgebung des Wurmfortsatzes betreffen, werden von uns selbstverständlich nicht zu den Peritonitiden gerechnet.

Unsere Klassifikation der Peritonitiden, wie aus Tabelle I zu ersehen ist,

hängt vom Charakter des Exsudates ab; wir unterscheiden demzufolge eine seröse, serös-eitrige, eitrig und trocken-

TABELLE I.

	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	Summe
Akute gangränöse oder perforierende Appendicitis mit	Zahl	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prozent	0	0	0	0	0	0	0	0
Fibrinöser Peritonitis	Zahl	1	3	2	0	1	0	0	2
	Prozent	100	33.3	20	0	22.2	0	0	27.2
Seröser Peritonitis	Zahl	0	18	8	9	14	19	25	6
	Prozent	0	58.8	12.5	11.1	14.3	15.7	24.4	27.2
Serös-eitriger Peritonitis	Zahl	20	20	17	10	14	18	19	119
	Prozent	75	15	75	58.8	15	50	50	15.7
Eitriger Peritonitis	Zahl	15	4	5	3	7	9	8	70
	Prozent	50	12.5	14.3	33.3	10	25.8	31.8	25.8
Abszess und eitriger Peritonitis	Zahl	15	14	3	1	2	0	0	51
	Prozent	50	93.3	30	33.3	6.3	0	0	20
Appendikulärer Abszess und eitriger Peritonitis	Zahl	8	7	0	0	0	1	0	9
	Prozent	27.5	87.5	0	0	0	100	0	27.2

eine Peritonitis. An dieser Stelle möchte ich auch die Aufmerksamkeit auf eine Unterart lenken, die bis jetzt

nur wenig beachtet wurde. Es sind dies Fälle von milden Symptomen; die Empfindlichkeit ist gering, und die Rigidität ist wenig ausgesprochen. Die physikalische Untersuchung jedoch ergibt die Anwesenheit eines grossen Exsudates. Bei der Operation ergiesst sich eine grosse Menge dicken, rahmigen Eiters aus der freien Bauchhöhle, nicht etwa aus einem Abszesse. Das Peritoneum weist keine oder nur sehr geringe Veränderungen auf; seine Oberfläche ist glatt, glänzend und nicht gerötet; hie und da finden sich zarte Fibrinbeschläge. Die Prognose in diesen Fällen ist meistens gut. Obzwar wir sie hier durchweg zu den eitrigen Peritonitiden gerechnet haben, möchten wir für sie in der Zukunft den Namen „Pyoperitoneum“ vorschlagen.

Die trockenen Peritonitiden können mit wenigen Worten abgefertigt werden. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass kein flüssiges Exsudat vorhanden ist; das Peritoneum ist intensiv gerötet und zeigt feine Fibrinauflagerungen. Klinisch waren beide unserer Fälle besonders schwer.

Man hat die serösen, serös-eitrigen und eitrigen Peritonitiden vielfach als verschiedene Stufen desselben entzündlichen Prozesses hingestellt. Dass dem nicht so ist, geht daraus hervor, dass die Krankheitsdauer in allen drei Formen nur wenig schwankt; und dass die seröse Form, ein vermutlich frühes Stadium der Infektion, sich ernster erwies als die serös-eitrige. Es ist vielmehr wahrscheinlich, dass die drei Formen der Ausdruck der verschiedenen Virulenz der infektiösen Keime und der verschiedenen Reaktionsfähigkeit der einzelnen Patienten sind.

Wir haben den Zustand des Wurmfortsatzes (ob gangränös oder perforiert oder beides) unbeachtet gelassen, denn wir glauben, dass die Peritonitis eine überwältigende Rolle spielt.

Die Kombination mit Abszessbildung ist häufig genug, um eine eigene

Rubrik zu gerechtfertigen. Der Abszess muss jedesmal extra drainiert werden.

Die letzte Gruppe appendikulärer Abszess und diffuse Peritonitis umfasst die Fälle, in denen der Wurmfortsatz nicht entfernt wurde, wo wir also dessen Zustand nicht kennen. Von den acht Fällen dieser Rubrik fallen sieben noch in das Jahr 1899, als wir mit der Entfernung des Wurmfortsatzes noch nicht so dreist waren wie jetzt.

In sämtlichen Fällen wurde im pathologischen Laboratorium des Hospitalles eine bakteriologische Untersuchung des peritonitischen Exsudates gemacht. Leider ging ein Teil der einschlägigen Berichte verloren, sodass ich nur über 171 Fälle berichten kann. Es wurden gefunden

	Genesen.	Gestorben.
Bac. Coli in.....116 Fällen	89	27
Bac. Coli und Streptococcus in		
coccus in	14	4
Streptococcus in	13	4
Friedländer's Bac. in...	4	0
Pneumococcus in.....	3	0
Staphylococcus albus in	3	1
Streptococcus u. Staphylococcus in.....	4	2
Proteus vulgaris in....	4	2
Proteus und Coli in....	2	1
Coli und unbekannte Bac. in	2	1
Bac. pyocyanus in....	2	1
Coli, pyocyan., staphyl., strep. in	2	1
Coli und Staphyl: aureus in	1	0
Strepto und Friedländer in	1	0
Summe	171	44

Diese Tabelle zeigt, dass die Coli-Peritonitis die häufigste ist, und daher ist auch ihre Mortalität die verhältnissmässig höchste. Man glaubt allgemein, dass die Streptococcus-Peritonitis besonders virulent sei; unsere Zahlen sind jedoch zu klein, um diesen Punkt zu beleuchten.

Behandlung. Wann soll ein gegebener Fall von appendikulärer Peritonitis operiert werden? Sofort. Dies ist der Standpunkt, den wir im Laufe der Jahre erreicht haben; wir verweigern

die Operation nur in moribunden Fällen.

Technik. Unsere Technik war nicht immer die gleiche; wir haben sie schrittweise vervollkommenet.

Anfänglich machten wir eine grosse Schräginzision in der rechten Fossa iliaca, parallel den Fasern des *Obliquus externus*, der *internus* und *transversalis* wurden quer zu ihrer Faserrichtung durchschnitten. Nach Eröffnung der Bauchhöhle war unser Hauptbestreben, das erkrankte Peritoneum zu drainieren. Wir legten zu diesem Zweck Gazestreifen nach allen Richtungen ein und machten Gegeninzisionen auf der linken Seite oder Lumbalgegend. Den Wurmfortsatz entfernten wir nur, wenn er leicht zugänglich war. Die so behandelten Patienten bedurften ausgiebiger Stimulation. Die meisten gingen an Darmobstruktion zu Grunde, der sowohl dynamisch als auch mechanisch bedingt sein mochte. Einzelne genasen, wie wir damals uns rühmten, infolge unserer aktiven Behandlung, wie wir jetzt sagen möchten, trotz derselben.

Als weiteren Schritt fügten wir dazu ausgiebige Auswaschung der infizierten Peritonealhöhle. Durch eine grosse Inzision wurden grosse Mengen heisser Salzlösung in die Bauchhöhle und über die eventrierten Därme gegossen, und mit den Händen mit allen Abschnitten in Berührung gebracht. Darauf folgte Tamponade mit Gazestreifen und Drainröhren. Die Nachbehandlung war die gleiche. Die Resultate nicht besser.

Späterhin machten wir kleine Inzisionen und führten lange Glassröhren ein, durch die wir die Bauchhöhle irrigierten, bis die rückläufige Flüssigkeit klar war. Wir tamponierten weniger und gebrauchten auch schon sogenannte Zigaretten-Drains. (Bekanntlich bestehen dieselben aus dünnen Jodoformgazestreifen, die mit Gutta-percha umwickelt sind.) Die Resultate waren bedeutend besser, aber nie

so gut, wie von den Anhängern der Methode behauptet wird.

Unsere jetzige Methode will ich etwas ausführlicher beschreiben. Da, wie gesagt, unsere Fälle sofort nach der Aufnahme operiert werden, verlieren wir keine Zeit mit Vorbereitungen. Wir geben ihnen blos ein Schwammbad und Seifenwasser Klystier. Als *Anaestheticum* gebrauchten wir Lachgas und Aether, ausnahmsweise operieren wir in lokaler *Anaesthesie*.

Die Inzision ist gewöhnlich die *Kammerer'sche*, zwei bis höchstens drei Zoll lang. Nach Abfließen des *Exsudates* werden Gazestreifen eingeführt, nur um einen etwa vorhandenen Abszess nicht in die allgemeine Bauchhöhle bersten zu lassen. Jetzt wird der Wurmfortsatz aufgesucht; das *Mesenteriolum* wird abgebunden, die Basis des Wurmfortsatzes wird mit einem Katgutfaden abgeschnürt und darüber mit dem *Paquelin* das Organ abgetragen und der Stumpf verschorft. Ein etwaiger Abszess wird mit Gazetupfern ausgewischt. Ein dünner *Zigarette-Drain* wird zum *Appendixstumpf*, eventuell auch in eine vorhandene Abszesshöhle, geführt. Die *Beckenhöhle* wird oberflächlich ausgetupft und manchmal ein zweiter *Zigarette-Drain* in den *Douglas* eingeführt. Gespült wird prinzipiell nicht. Die ganze Wunde wird in Etagen bis auf den *Drain* geschlossen. Wir gebrauchten *Katgut* fortlaufend fürs *Peritoneum*, *Chromkatgut* für die *Rektusscheide* und *Seide* für die *Hautnaht*.

Die unmittelbare Nachbehandlung gestaltet sich wie folgt. Das Kopfende des Bettes wird um zwei bis drei Fuss erhöht und in dieser, der sogenannten *Fowler'schen* Lage, verbleibt Patient die ersten vier oder fünf Tage. Patient bekommt nichts per os, bis der Brechreiz verschwunden ist; zur Stillung des Durstes werden oft wiederholte kleine Einläufe physiologischer Salzlösung gegeben, und wenn der Allgemeinzustand des Patienten es

erheischt, werden auch subkutane oder intravenöse Salzinfusionen gemacht.

Binnen einiger Stunden nach der Operation ist der erste Verband gewöhnlich durchnässt und er wird dann gewechselt. Nach Aufhören des Erbrechens sind Eispillen oder heisser Thee oder Kaffee erlaubt.

Am zweiten Tage bekommt Patient einen niedern Seifenwasser Einlauf; wirkt das nicht, so wird ein hoher Einlauf mit Zugabe von Ochsen-galle gegeben; darauf erfolgt gewöhnlich Stuhl oder wenigstens Beseitigung der Tympanie, zur grossen Erleichterung des Patienten. Am dritten Tage bekommt Patient 0,2 Kalomel in sechs Dosen und eine halbe Flasche Magnesium-Citrat; manchmal muss auch jetzt noch mit einem Einlauf nachgeholfen werden. Nachdem Stuhlgang erzielt ist, bekommt Patient reichlichere Kost.

Am dritten Tage wird der bisherige trockene Verband durch einen feuchten ersetzt. Am nächsten Tage wird der Zigaretten-Drain durch leichten Zug entfernt und an seiner Stelle wird sofort ein Gummidrain eingeführt. Die Hautnähte werden am fünften oder sechsten Tage herausgenommen. Der Verband wird täglich erneuert oder, wenn der Ausfluss sehr stark ist, auch zweimal. Wenn das Sekret serös geworden ist, wird der Gummidrain rapide gekürzt und entfernt. Die Wunde ist gewöhnlich in zwei bis drei Wochen geschlossen.

Bekanntlich ist nichts so trügerisch als Theorien, die sich nur auf Statistiken stützen. Durch Eliminierung gewisser Fälle und Zusatz anderer können Statistiken so gedoktort werden, dass man damit irgend etwas beweisen kann. So sind zum Beispiel in vielen Statistiken Fälle nicht mitgerechnet, die nach dem dritten Tage operiert worden sind, oder aber solche, die innerhalb von zwölf Stunden nach der Operation starben. Es wäre allenfalls gerechtfertigt, die nicht operierten

Fälle auszuschliessen. Der Einfachheit halber haben wir sogar diese Fälle mitgerechnet. Unsere Sterblichkeitsziffer ist daher möglichst hoch, denn sie stellt sozusagen eine Morbiditäts- und nicht eine Operationsmortalität dar.

Unsere Mortalität, wie aus Tabelle I zu ersehen ist, nimmt stetig ab. Dies zeigt sich besonders bei der eitrigen Peritonitis, der häufigsten und virulentesten aller Peritonitiden. Ihre Mortalität ist jetzt um 75 Prozent geringer als in 1899. Sie ist immerhin noch sehr hoch; da sie aber, wie gesagt, im stetigen Abnehmen begriffen ist, können wir hoffen, dass eine spätere Statistik noch viel bessere Resultate aufweisen wird.

Die Verbesserung unserer Resultate verdanken wir folgenden Umständen:

1. Die Fälle kommen früher zur Behandlung.
2. Wir gebrauchen kleinere Inzisionen.
3. Wir haben die früher gebrauchte, exzessive Drainage aufgegeben.
4. Wir vermeiden alle unnötigen operativen Manipulationen, wie Eventration, Spülungen, u. s. w.
5. Wir führten die Fowler'sche Lage ein.

Der Fortschritt unserer Behandlungsmethoden lässt sich an dem stetigen Sinken unserer Mortalität verfolgen, wie aus Tabelle I zu ersehen ist. Wir liessen uns dabei mehr von empirischen als theoretischen Grundsätzen leiten. Vom theoretischen Standpunkt aus dürften manche unserer Prozeduren auf Widerspruch stossen. Wir haben alle bekannten Methoden der Reihe nach versucht, und das, was wir jetzt üben, als das beste erprobt. Damit ist nicht gesagt, dass wir unsere Methoden zum Abschluss gebracht haben; dieselben mögen sich von Jahr zu Jahr ändern und, wie wir hoffen, zur stetigen Verbesserung unserer Resultate führen.

Mitteilungen aus der neuesten Journalliteratur.

Berthold Goldberg (Köln): *Be-steht ein Zusammenhang zwischen Prostatitis und Prostatahypertrophie?*

Die Frage der Beziehungen zwischen Prostatitis und Prostatahypertrophie hat ein grosses theoretisches und praktisches Interesse. Unter beiläufig $\frac{1}{4}$ Tausend chronischer Prostatitiden hat G. einige wenige Male Drüsen gefunden, die sich makroskopisch und dem Gefühl nach in nichts von hypertrophischen unterscheiden, wiewohl ihre Träger 30er bis 40iger waren. Diese Drüsen waren sehr gross, sehr hart, und hatten durch ihre Form auch die Urethra prostatica in der bei Prostatahypertrophie bekannten Weise verändert. Sekret war nicht auszupresen. Diese Pat. litten jedoch nicht an den objektiven Störungen der Harnentleerung, wie sie beim „Prostatiker“ festgestellt werden; sie hatten keine Retentio urinae. Vielmehr drückte eine hochgradige Neurasthenie und Hypochondrie dem klinischen Bilde sein Gepräge auf mit besonderer Lokalisation im Bereiche der Urogenitalorgane.

Eine andere Gruppe von Pat. aber zeigten nicht bloss die subjektiven, sondern alle objektiven Störungen der Harnentleerung, welche wir von dem zweiten und dritten Stadium der Prostatahypertrophie her kennen, akute Retentio urinae, chronische inkomplette Retentio urinae, akute und chronische sekundäre Infektion der Harnwege, Distension der Harnwege u. s. w. Solcher Prostatitiden hat G. bei Männern von 25—45 Jahren im Laufe von 15 Jahren 12 beobachtet, unter 500 Prostatitiden, unter ca. 4000 an Harn- und Geschlechtskrankheiten leidenden männlichen Personen. Die Prostata war bei fünf mittelgross, bei dreien mässig gross, bei vieren klein; sie war stets Sitz einer hochgradigen diffusen endoglandulären und interstitiellen Entzündung. Da die, meist bleibende, Cystoparese der Prostatitis ihre Besonderheit verleiht, wie sie sich der Prostatahypertrophie nähert und von der gewöhnlichen Prostatitis trennt, so hat G. vorgeschlagen, die Krankheit Prostatitis chronica cysto-

paretica zu nennen (vgl. „Zentralblatt für Harnkrankheiten“, 1906, Oktober.)

Unter seinem 50 letzten Fällen fand G. Entzündung in irgend einer Form 20mal. Motz und Goldschmidt haben bei Sektionen in 80 hypertrophischen Drüsen 9mal Abszess und 4mal Periprostatitis purulenta gefunden, klinisch bei Prostatikern 2mal einen Abszess, 8mal Eiter und Mikroben im Prostatasekret.

Bei 20 Fällen von G. handelt es sich aber um die verschiedensten Dinge. 3mal ist auf die lange bestehende Hypertrophie durch Katheterinfektion eine eitrige Entzündung aufgepfropft; das ist eine sekundäre, akzidentelle Affektion. 2mal trifft eine gonorrhöische Prostatitis alte Pat. mit alter Hypertrophie; einen Einfluss auf den gewöhnlichen Lauf der Dinge äussert diese Prostatitis nicht. 7mal ist es umgekehrt. Zuerst besteht eine chronische Gonorrhöe, die nicht recht abheilt. Ganz allmählich im Laufe der Jahre, aber in unmittelbarem Anschluss an die Gonorrhöe, ohne ein Zwischenstadium vollständiger Beschwerdefreiheit, entwickeln sich die klinischen Erscheinungen des Prostatismus; schliesslich findet man dieselben erklärt durch eine, meist nicht sehr beträchtliche, meist einseitige asymmetrische und meist halbharte Vergrösserung in der Prostata. Eine genaue Untersuchung dieser Fälle aber lehrt, dass sie sich in nichts anderem von der oben geschilderten „Prostatitis chronica cystoparetica“ unterscheiden, als dass sie statt junger alte Männer betroffen haben. Und da ja auch die oben erwähnten Pat. ihre in vorgeschrittenen Stadien unheilbare, aber nicht tödliche Krankheit mit uns ins Alter herübernehmen, so ist durch beide Gruppen von Fällen der Beweis geliefert, dass viele bisher der „weichen Form“ der Prostatahypertrophie zugerechneten Erkrankungen nichts weiter sind als Prostatitiden. Ihre Abgrenzung von der Prostatahypertrophie ist für Prognose und Therapie von grosser Bedeutung.

Zwei Fälle verhielten sich ebenso wie die vorstehenden 7, nur dass zwischen

dem Ablauf der Gonorrhöe und dem Beginne der Harnbeschwerden ein vieljähriger freier Zwischenraum lag.

Endlich bei 5 Prostatikern, welche weder jemals geschlechtskrank gewesen, noch bis da katheterisiert worden waren, hat G. durch Untersuchung des exprimierten Sekretes, welches zum Teil massenhaft Leukozyten erhielt, den Beweis der Existenz einer primären Prostatitis geliefert. Irgendeinen klinischen Anhalt für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Entzündung und Vergrößerung, die meist auch mit Verhärtung verknüpft war, boten diese 5 Fälle nicht.

Was das Verhältnis der Gonorrhöe zur Prostatahypertrophie in den erwähnten 50 Fällen angeht, so ist sie 13mal, d. i. in $\frac{1}{4}$ der Fälle, eruiert worden. 2mal entstand sie, als die Prostatahypertrophie längst da war, 4mal war sie 20—50 Jahre vor dem Beginne der Prostatismusbeschwerden dagewesen, ohne dass irgendein vermittelndes Zwischenstadium sich bemerkbar gemacht hätte; 7mal endlich ist ein Kausalnexen nicht abzustreiten; aber das sind eben jene chronischen cystoparetischen Prostatitiden. (Zentralbl. für Chirurgie, 1907, No. 8.)

A. Herzfeld (New York): *Seltene Lokalisation eines luetischen Primäraffektes.*

Die Krankengeschichte des Patienten ist folgende: A. R., 23 Jahre alt, von Geburt Franzose, seit kurzer Zeit in den Vereinigten Staaten, von Beruf „Artist“. Patient gibt an, immer gesund gewesen zu sein. Seine Eltern leben und sind gesund. Patient fühlt sich seit einigen Tagen krank. Er klagt über konstante Kopfschmerzen, die nachts sich derartig verschlimmerten, dass er nicht schlafen kann, Mattigkeit, Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit und Fieber. Bei der Untersuchung fällt sofort der den ganzen Körper bedeckende makulöse kupferrote Ausschlag auf. Patient gibt an, denselben selbst seit mehreren Tagen bemerkt zu haben. Da es sich hier ohne Zweifel um ein makulöses Syphilid zu handeln schien, untersuchte H. sofort des Patienten Genitalien, die gesund waren, und er konnte auch keine palpablen Inguinal-

drüsen finden. H. konnte nirgends am Körper des Patienten irgend eine verdächtige Läsion konstatieren und war bereits im Begriff, die Erkrankung auf das Konto der bei den Franzosen so beliebten Diagnose „Empoisonnement du sang“ zu setzen, als der Patient ihn darauf aufmerksam machte, dass er „un trou dans la bouche“ habe. Es handelte sich also um eine typische, charakteristische Initialsklerose. Ungefähr $1\frac{1}{2}$ cm hinter der oberen Zahnreihe, in der Mittellinie, nach links sich ausdehnend, fast kreisförmig, von der Grösse eines amerikanischen Zehnzentstückes, sass am harten Gaumen der harte Schanker. Das Geschwür selbst war speckig belegt, mit deutlich indurierten Rändern und schien dem Patienten fast keine Beschwerden zu bereiten. Die Drüsen auf beiden Seiten des Halses waren geschwollen, besonders links, und konnten deutlich bis zur Submaxillargegend verfolgt werden. Andere Drüsen konnte H. nicht finden. Patient hatte z. Z. Temperatur 102° F. H. stellte nun die Diagnose harter Schanker und Syphilis, und der Patient teilte ihm dann mit, dass er selbst sich solches schon gedacht hätte, aber wie der Schanker auf diese seltene Stelle gekommen, wollte er nicht erzählen. Nach Einleitung der Quecksilberkur sah H. den Patienten nicht mehr wieder. (Dermatologisches Zentralbl., 9. Jhrg., No. 5.)

C. Boeck (Christiania): *Ueber einige Versuche mit Sajodin.*

Aus seinen Beobachtungen zieht B. folgende Schlussfolgerungen:

Im Sajodin besitzen wir ein wirksames Mittel gegen sekundäre und tertiäre Lues, allerdings wirkt das Mittel weniger intensiv als Jodkalium. Dafür wirkt aber Sajodin viel milder auf den Organismus und hat nicht die Nebenwirkungen im Gefolge, die man fast regelmässig bei Anwendung der Jodkalien sieht. Bei schwächlichen nervösen Individuen, bei denen man nach Jodkalidarreichung so oft schwere Störungen des Allgemeinbefindens beobachtet, dürfte das milder wirkende Sajodin ganz speziell indiziert sein. Es scheint vielleicht auch geeignet zu sein, die Toleranz für Jodkalien vorzubereiten in Fällen, wo

man diese energisch wirkenden Mittel nicht entbehren kann. Sajodin ist überall da vorzuziehen, wo eine plötzliche starke lokale Reaktion mit Gefahren verbunden ist, z. B. bei Larynxaffektionen, Cerebrallues etc. Auch bei Psychosen auf luetischer Basis, wo bekanntlich Jodkali sehr leicht Krisen hervorruft, wird das Sajodin mit Vorteil Verwendung finden. Sajodin ist als Pulver sehr gut einzunehmen. Höhere Dosen als 3 g täglich wurden nicht gegeben, obwohl von anderen Klinikern bis zu 5 g täglich oft schon verordnet worden ist. (Pharmacie, No. 11, 1906, und Therap. Revue der Allg. Wiener med. Ztg., 1907, S. 6.)

Tansard: *Behandlung der chronischen gonorrhoeischen Urethritis mit Kollargol.*

Nachdem der Verfasser früher bei der Behandlung akuter Gonorrhöen (zweimal täglich Urethra-Blasenspülungen mit 1 Liter Kollargollösung 1:50) eine starke gonokokkentötende Wirkung und eine absolute Reizlosigkeit des Kollargols auf Urethra und Blase konstatiert hatte, hat er es nun in ausgedehntem Masse bei der Behandlung alter chronischer Urethritiden in vierprozentiger Lösung verwendet. Von dieser Lösung instillierte er 2 ccm, deren Wirkung er in ganz veralteten Fällen mit tiefen Läsionen der Mukosa dadurch zu verstärken sucht, dass er nach vorausgegangener Béniqué-Sondenmassage, Spülung und Instillation der Urethra hinter der Glans mittels eines Fadens abschnürt, was eine unter Umständen stundenlange Einwirkung des Kollargols ermöglicht. In allen alten Fällen verschwinden die Gonokokken in weniger als 30 Instillationen. Im Anfang der Behandlung tritt manchmal eine nur kurz dauernde Steigerung des Ausflusses auf. Cystitis behandelte der Autor mit einmal täglichen Instillationen von 3—4 ccm der vierprozentigen Lösung und heilte dadurch fünf von sechs Fällen in weniger als acht Tagen. Neben seiner deutlichen Wirkung auf Gonokokken hat das Kollargol dem Verfasser Vorzüge gezeigt, die kein anderes Präparat aufzuweisen hat: 1. absolute Reizlosigkeit auf Urethra und

Blase, 2. absolute Schmerzlosigkeit der Behandlung, 3. Unmöglichkeit, durch Anwendung zu starker Lösungen Aetzwirkungen zu erzeugen, da das Kollargol absolut nicht ätzt. (Journal des Praticiens, 1906.)

Mollereau (Paris): *Behandlung der Anasarka mit intravenösen Kollargolinjektionen.*

Da die von Dieckerhoff eingeführte und auch von Prof. Thomasen in Utrecht („Rev. Gén. de Méd. Vét.“, 15. März 1904) mit Erfolg angewandte Behandlung der Anasarka durch tägliche intravenöse Kollargolinjektionen in die Jugularis — je 25 ccm der 2%igen Lösung — in Frankreich noch nicht genügend bekannt ist, teilt Verfasser die Geschichte von neun von ihm auf diese Weise behandelten Fällen mit. Mit Ausnahme eines Falles, der schon mit einer Temperatur von 41° in Behandlung kam, trat immer Heilung ein und zwar durchschnittlich nach fünf Injektionen, deren jede von einem Sinken der erhöhten Temperatur begleitet war. Bei Verwendung nicht frischer Kollargollösung traten gelegentlich vorübergehende Erregungszustände auf; auch schien in diesen Fällen die therapeutische Wirkung auszubleiben. Gleichzeitiger Gebrauch von Diureticis empfiehlt sich. Wenn auch die Zahl der behandelten Fälle nicht sehr bedeutend ist, so sind die Resultate doch so günstig, dass sie zu weiteren Versuchen auffordern. (Recueil de Méd. Vét., 1905, No. 24.)

S. Moser (Weimar): *Ueber die Weiterbehandlung von Fingerwunden.*

Autor empfiehlt bezüglich der Weiterbehandlung der Fingerwunden das folgende Verfahren: „Jede frische, gereinigte und geglättete Wunde wird, wenn es irgend zugänglich ist, durch Naht geschlossen, mit reinem Ichthyol reichlich bestrichen, mit Gaze und Watte bedeckt und der Finger unter steifem Gazeverband völlig ruhig gestellt. Die anderen Finger bleiben, abgesehen bei Schnennähten frei, um so den Verletzten die Möglichkeit zu geben, die Hand so

gut es geht zu gebrauchen. Ist die Naht nicht notwendig, respektive nicht zugänglich, nehme man zum Verband eine mindestens 30%ige Ichthyolsalbe — reichlich aufgetragen — und verfähre weiter wie oben angegeben. Keine auf diese Weise behandelte Naht oder Wunde ist vereitert, auch schwere Quetschungen heilten ohne Eiterung anstandslos und sehr rasch konnten die Verletzten ihre Arbeit wieder aufnehmen. Handelt es sich um schon infizierte Wunden, setze man obiger Ichthyolsalbe noch Argentum colloidal 5 bis 10% hinzu. Als Salbengrundlage benütze *Moser* gern *Vasenum liquidum*. Gaze lässt sich sehr gut mit diesem flüs-

sigen Gemisch tränken und zum Tampieren, respektive Drainieren der Inzisionswunden verwenden. Das Brennen, das beim Anbringen von Ichthyol auf Wunden entsteht, ist ein rasch vorübergehendes. Ein Weitergehen der Infektion hat M. bei diesem Verfahren bei seinen immerhin an Zahl nicht geringen Fällen nie beobachtet, wohl aber öfters einen überraschend prompten Stillstand und baldige Heilung. Ein öfterer Wechsel des Verbandes — bei infektiösen Wunden anfangs täglich — ist allerdings notwendig. Diese Art der Behandlung war eine viel zufriedenstellendere als früher unter Gebrauch von *Jodoform*, *Xeroform* u. dgl.“

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York.

Extra-Sitzung Montag, den 25. Februar 1907.

Präsident Dr. Carl Beck eröffnet die Sitzung und die Versammlung tritt sofort in die Tagesordnung ein.

Dr. Ch. Jaeger: **Sechs Fälle von gonorrhöischen Exostosen. (Geschichte und Demonstration durch Röntgenbilder.)**

Prof. Dr. Th. Schott von Nauheim wird der Versammlung vom Präsidenten vorgestellt und hält einen Vortrag über **Methoden und Fortschritte in der Behandlung von chronischen Herzkrankheiten.**

Diskussion. Dr. Alfred Meyer: Bei aller Anerkennung des Wertes der Nauheimer Behandlung scheint es doch angebracht, vor den übertriebenen Anzeigen des Erfolges der Nauheimer Bäder zu warnen. Eine gewisse Reaktion gegen Nauheim wurde durch die Veröffentlichungen von *Bezley Thorne* in England hervorgerufen, der über einige fabelhafte Fälle von Herzverkleinerung infolge der Nauheimer Behandlung berichtete. Ueber die Grösse des Herzens, sei es

des normalen oder des durch Hypertrophie veränderten Herzens, besteht jedoch immer ein gewisser Zweifel, Weder die Röntgen-Strahlen noch das Fluoroskop geben ein vollkommenes Bild der Grösse des Herzens, wir sind vielmehr gezwungen, die Grösse abzuschätzen. Ich habe manche gute Arbeit mit dem Orthodiograph gesehen, aber obwohl mir die Möglichkeit einer genauen Messung des Herzens in der Zukunft vorschwebt, so glaube ich doch nicht, dass wir das Bild des Orthodiographen ohne weiteres als vollwertig annehmen können. Ich glaube, die gute Sache der Nauheimbehandlung kann durch die in anderen Ländern erschienen Artikel nur geschädigt werden.

Ferner sollte Dr. *Bencke* mehr Kredit gegeben werden. Er war der eigentliche Vater der Nauheimer Behandlung. Wenn Dr. *Schott* auch wesentlich zu dem Ruhm dieser Behandlung beigetragen hat, so scheint es mir doch, dass *Bencke's* Arbeiten über die Grösse des menschlichen Herzens nicht genügend geschätzt werden. Ich weiss, dass Schriften gegen ihn veröffentlicht worden sind, aber

wenn von Nauheimer Behandlung die Rede ist, sollte seiner immer in freundlicher Weise gedacht werden.

Prof. Schott hat die Versehen nicht erwähnt, die gelegentlich bei dem künstlichen Nauheimer Bad gemacht werden. Dr. C a m a c berichtete im „John Hopkins Hospital Bulletin“ vor ungefähr 9 Jahren über seltsame Vorkommnisse beim Gebrauch der künstlichen Nauheimer Bäder im Westen. Als nämlich die Salzsäure in das Wasser getan wurde, entwickelten sich Dämpfe von Chlorgas, und der Patient erstickte beinahe; man hatte anstatt Calcium Chloride, wahrscheinlich Calcium Hypochloride gebraucht. Ich möchte also alle die warnen, die jene Veröffentlichung nicht gelesen haben. Natürlich kann so etwas in Nauheim selbst nicht vorkommen, und das ist vielleicht Grund genug, eine Reise übers Meer zu machen. Für die Amerikaner ist es trotz der Anstrengung einer Seereise von grossem Werte, wenn sie sich einmal vollständig vom Geschäft trennen und nach Deutschland gehen, und wenn Deutschland sich industriell so zu entwickeln fortfährt, wie ich es zu meinem grossen Erstaunen letzten Sommer nach längerer Abwesenheit gesehen habe und wenn die Schornsteine dort so überall aus der Erde zu wachsen fortfahren wie in den letzten Jahren, dann werden wir hier ein amerikanisches Nauheim einrichten müssen, und Dr. Schott wird uns deutsche Patienten hierher schicken müssen, wie wir sie ihm jetzt nach Deutschland senden.

Dr. G. M a n n h e i m e r: Ich denke, wir sollten uns die Gelegenheit nicht entgehen lassen, Fragen zu stellen; denn wir werden selten einen Gast unter uns haben, der eine solche Erfahrung in Herzkrankheiten besitzt. So möchte ich Herrn Dr. Schott's Ansicht hören über den Gebrauch von Alkohol, Thee und Kaffee seitens Herzkranker. Ferner über die Diät: Gibt es eine spezielle Diät, die durch die Herzkrankheit als solche indiziert ist? Weiterhin über medikamentöse Behandlung, speziell die Kombination von Digitalis mit anderen Drogen. F. A. H o f f m a n n hat kürzlich in einem Vortrage die kranken Her-

zen vom therapeutischen Standpunkt in 3 Gruppen geteilt: in Digitalis-, Jod- und Kaltwasserherzen. Was hält der Herr Vortragende von dieser Idee?

Prof. Dr. T. h. S c h o t t: Ich muss sagen, eine Klassifikation, wie sie H o f f m a n n gegeben hat, ist uns anderen Deutschen absolut unverständlich. Ich glaube nicht, dass überhaupt eine derartige Einteilung gemacht werden kann. Ich kann natürlich hier nicht auf die Sache näher eingehen. Aber ein Herz, das nur auf ein Jod- oder Digitalis oder irgend ein spezifisches Mittel eingehen soll, das kennen wir nicht, und ich muss sagen, ich habe diese Arbeit nicht einmal, sondern dreimal durchgelesen und mir immer gesagt, was hat sich eigentlich H o f f m a n n darunter gedacht?. Eine Reaktion, wie wir sie bei der Chemie in der Retorte haben, haben wir leider nicht auf das Herz, und ich möchte nur das eine ausführen. Wenn H o f f m a n n ein Herz ein Digitalis - Herz nennt, so ist damit nicht angegeben, wo das Digitalis-Herz eigentlich zu suchen ist. Das eine Mal habe ich bei derselben Kategorie von Patienten gefunden, dass Digitalis wirkt, das andere Mal nicht. In Boston wurde mir dieselbe Frage vorgelegt. Sie haben alle gehört und gelernt, dass bei Myokarditis die Digitalis entweder gar nicht oder sehr unzulänglich wirkt. Dem kann ich nicht beistimmen. Ich habe Fälle gesehen, wo sie bei vorgeschrittener Myokarditis, bei Fettherz ganz ausgezeichnet gewirkt hat. Ich glaube nicht, dass ich mich auf Bad und Gymnastik beschränke. Ich stehe auf dem Standpunkt, jeder Arzt soll dem Patient helfen so rasch, so gut er kann. Wenn ich ein Fettherz mit Oedem habe und finde Embolie, wie ich das im vorigen Herbst erlebt habe, so kann ich mich nicht darauf beschränken, erst die Wirkung des Bades oder der Gymnastik abzuwarten, und nun finde ich bei derselben Kategorie, dass einmal Digitalis wirkt, das andere Mal nicht. Eine solche Klassifikation halte ich für ein Phantasiegebilde, sie existiert nicht und hat bei uns in Deutschland absolut keinen Anklang gefunden. Jedenfalls bin ich nicht imstande, dem beizustimmen, und ich kann nach der Richtung dem Kollegen

Mannheimer keine genaue Auskunft geben: mit meiner Beobachtung verträgt sich die Klassifikation nicht.

Was den Alkohol anbelangt, so wissen Sie, dass in Deutschland Alkohol vielfach missbraucht worden ist. Ich möchte den Alkohol als Stimulans für das Herz nicht entbehren, natürlich nur in sehr geringer, milder Dosis. Ich kenne kaum ein besseres Anregungsmittel für ein geschwächtes Herz als unverfälschten alten Rheinwein. Da können Sie sehen, dass das Herz viel kräftiger zu schlagen anfängt. Wenn dieser nicht zur Verfügung steht, gebe ich den Rat, dem Patienten 1 oder 2 Theelöffel voll alten reinen Cognac zu geben. Aber grössere Mengen von Alkohol darf man nicht geben, die peitschen das Herz unaufhörlich, und dann können Sie leicht einen Kollapszustand darnach sehen.

Gegen den Alkohol ist meiner Meinung nach in ganz unangebrachter Weise zu Felde gezogen worden. Eine hochstehende englische Dame kam einst, da ich bei einer Freundin von ihr alten Rheinwein verordnet hatte, atemlos in meine Sprechstunde und frug mich, wie ich einer Temperenzlerin Alkohol verordnen könne. Ich erklärte ihr, dass ich das nach meinem Gewissen für das beste hielt. Sie erwiderte: „Warum haben Sie ihr nicht Aether gegeben?“ Sie werden darüber lachen. Aber grössere Mengen Alkohol können nach zwei Richtungen schaden, erstens durch die Reizung und zweitens durch das grössere Quantum, das in den Magen genommen wird.

Ueber die Diätfrage habe ich vor 3 Jahren einen längeren Artikel veröffentlicht, und ich wüsste nicht, wie ich in der kurzen Zeit von wenigen Minuten genauere Angaben machen könnte. Die Prinzipien sind sehr einfach. Jede starke Füllung des Magens ist zu vermeiden, aus mechanischen Gründen und Drucksteigerungsgründen. Sie führt zu Kompression der Lunge und führt dazu, dass das Zwerchfell das Herz nach aussen und oben treibt und das Herz dadurch zap-pelt wird. Es kommt nach grossen Mahlzeiten häufig vor, dass dann durch die starke Anfüllung der intra-abdominale Druck gesteigert wird, und das wirkt auch auf die Gefässe, und das

Herz hat dagegen zu kämpfen und zap-pelt sich ab.

Dass sehr starke Gewürze durch Nierenreizung schädlich wirken, ist selbstverständlich. Dass sich die kohlen-sauren Getränke dadurch verbieten, dass sie Magen und den ganzen Leib aufblähen, ist ebenfalls einleuchtend. Schwer verdauliche Substanzen wie frisches Brot müssen vermieden werden. Es lässt sich da ein ganzes Schema aufstellen, aber, wie gesagt, ich kann hier nicht auf Einzelheiten eingehen. Die Nahrung sei eine leicht verdauliche, grössere Mengen sind zu verhüten, gährende oder aufblähende Getränke und Speisen sind zu vermeiden.

Vor ungefähr 25 Jahren stand ich fast allein, als ich auf die Gefahr des Tabaks aufmerksam machte, und ich hatte einen kleinen wissenschaftlichen Streit mit einem französischen Arzt. Ich hatte bei Matrosen und Kapitänen den Einfluss des Schnupfens und Kauens und bei anderen den Einfluss des Rauchens gesehen und eine ganze Anzahl von Fällen beobachtet, in denen gar keine andere Ursache für das Zustandekommen frühzeitiger Arteriosklerose vorhanden sein konnte als unsinniges Rauchen, vor allem auch von frischen Zigarren, gleichgiltig, ob dies frische Havanna- oder frische Pfälzer Zigarren waren. Auf dem vor 2 Jahren abgehaltenen Kongress für innere Medizin war auch nicht ein einziger, der nicht auf die ausserordentlich schädliche Wirkung des Rauchens bezüglich des Entstehens der Arteriosklerose aufmerksam gemacht hat. Vielleicht ist man heute eher geneigt, die Sache etwas zu übertreiben, aber jedenfalls steht fest, dass Alkohol, Nikotin und am meisten Lues hochgradige und frühzeitige Arteriosklerose verursachen können.

Dr. J. Hoffmann: Jeder praktische Arzt hat Fälle von Hyperkynesis zu beobachten, ich meine die Hyperkynesis der Neurastheniker. Es ist sehr häufig dass Neurastheniker einer echten Herzneurose unterworfen sind, die sich auch durch echte Herzkrämpfe äussert. Sie haben Krämpfe beim Lesen, beim Aufblicken an sehr hohen Gebäuden; sie können am hellen Tage Herzkrämpfe bekommen, wobei sie unter Auslösung eines Reflexschreis nach dem Boden streben, um sich sofort wieder zu erheben. Die-

ser periodische Kramp fzustand kann rasch wieder vorübergehen, aber er kann 10, 15, 20 und mehr Jahre anhalten. Solche Neurastheniker haben oft ganz eigentümliche Gefühle, abgesehen vom Alpdrücken den sogenannten Stimmritzkrampf, der sie aus dem Bette schreckt und am Boden einige Schritte krabbeln lässt, wonach sie sich wieder legen, als ob gar nichts passiert wäre. Manchmal haben sie das sonderbare Gefühl, als ob sie jemand anbläst, auf die Hand, das Gesicht u. s. w. Oder wenn sie in der Zeitung lesen, dass ein Luftschiffer 3000 Fuss über dem Boden am Trapez turnt, werfen sie rasch die Zeitung weg und schliessen die Augen. Ebenso können sich Krämpfe einstellen beim Urinieren und oft sehr heftige beim Beischlaf; ebenso bei Anhörung eines Konzerts, desto mehr, je näher der Neurastheniker der Musik sitzt, und beim Selbstmusizieren, besonders auf Streichinstrumenten. Das sogenannte Verschlucken ist eine häufige Erscheinung und das Zucken oder Emporwerfen des ganzen Körpers vor dem Einschlafen. Nach dem Erwachen treten Palpitationen auf. Nach reichlichen Mahlzeiten oder Uebernächtigkeit leiden derartige Kranke sehr. Eine Hyperkynesie muss nicht notwendigerweise von einem subjektiven Gefühl begleitet sein und umgekehrt kann der Kranke eine Hyperkynesie empfinden, ohne dass eine verstärkte Herzaktion nachweisbar ist. Kurz, ich hätte über die Behandlung solcher Neurastheniker mit vorwaltender Konvulsion des Herzens gern etwas gehört.

Ich wollte noch hinzufügen, dass solche Kranke sich beim Einschlafen helfen, indem sie da, wo sie solche Konvulsionen empfinden — der Ort wechselt — die Fingerspitzen, die Daumen oder sogar die zwei Fäuste zwischen und gegen die Rippen pressen. Oder, um das rasche Einschlafen zu vermeiden, lang wach bleiben, resp. langsam einzuschlafen suchen.

Dr. I. Adler: Es tut mir ausserordentlich leid, dass ich den Vortrag nicht hören konnte. Ich war ausserhalb der Stadt und der Zug war verspätet. Ich habe also nicht gehört, was Prof. Schott gesagt hat, und kann deshalb

an der Diskussion nicht teilnehmen. Ich kann nur meiner Freude darüber Ausdruck geben, dass wir endlich einmal von autoritativer Seite etwas Näheres und Offizielles über die Behandlung gehört haben, und begrüsse es mit grosser Freude, dass wir einmal den Kollegen Schott zu rein wissenschaftlichen Zwecken, zur Erläuterung und Aufklärung der praktischen Aerzte über Nauheimer Verhältnisse hier gehabt haben.

Dr. Th. Schott (Schlusswort): Ich möchte Herrn Dr. Adler für seine freundlichen Worte danken und betonen, dass ich aus dem Grunde hier herüber gekommen bin, weil ich zu meinem grossen Schmerz gesehen hatte, dass die Behandlungsmethode, mit der vor 13 Jahren der erste Anfang gemacht wurde und die sich durch Bezley Thorne eine Zeit lang, wenn auch langsam, einen stetigen und richtigen Weg gebahnt hat, in den letzten 5 Jahren in die Kreise von Masseuren und Masseusen, vielleicht sogar von Quacksalbern, den sogen. Osteopathen kam, die man in meinem Lande nicht kennt. Ich bekam sogar Bücher zugeschickt und sah zu meinem Leidwesen, dass darin grosse Abhandlungen über unsere Methode waren, die ganz anders zur Anwendung gebracht wurde. Besonders sah ich die ganz unsinnige Reklame von der Verwendung künstlicher Nauheim-Schott'scher Bäder. Jeder Patient, der nicht nur nach Nauheim, sondern auch nach Karlsbad, Marienbad kam, wenn er amerikanischen Ursprungs war, konnte sicher sein, dass ihm auf irgend eine Weise eine solche Reklameschrift in die Hände gespielt wurde, und auf der ersten Seite stand, Schott sagt, man kann mit den künstlichen Bädern identische Resultate erzielen. Das hat dazu geführt, dass das Publikum nicht mehr zu den Aerzten gegangen ist, sondern geglaubt hat, dass man nichts notwendig habe, als einige von diesen Ingredienzien ins Wasser zu werfen, um ein Nauheim-Bad zu haben und damit ein untrügliches Mittel für die Behandlung von Herzkrankheiten, und ich habe viele Patienten gesehen, die in dem Glauben zu mir kamen, ohne je nach meinen Vorschriften behandelt worden zu sein. Ich habe im vorigen Jahr zwei Patienten von Baltimore ge-

habt, die hatten unsere Herzgymnastik von Masseusen gemacht bekommen; das war aber nicht Gymnastik, sondern Athletik in höchster Potenz. Ich sagte mir, wenn das aufhören soll, so ist es meine Pflicht, zu Ihnen zu kommen, um Ihnen zu zeigen, wie wir uns eine solche Behandlungsmethode vorstellen, und auch auf die Fehler aufmerksam zu machen, die sich auf diese Weise eingeschlichen haben. Und da komme ich noch auf einen anderen Punkt, nämlich dass in der letzten Zeit leider Gottes die Kontraindikation selbst von meiner Nauheimseite nicht mehr so in den Vordergrund gestellt wird, dass Fälle, die gar nicht mehr einer solchen Behandlungsmethode zugänglich sind, trotzdem behandelt werden und dass dann die Todesfälle nach der Richtung nicht unbedeutend sind. Und dann sind Theorien aufgestellt worden, mit denen sich unsere Wissenschaft nicht befreunden kann. Kurz, ich danke Herrn Dr. Adler dafür, dass er mich veranlasst hat, meinen Standpunkt hier zu erörtern.

Nun möchte ich einige Punkte, die berührt worden sind, der Reihe nach erwähnen. (Ein Mitglied: Wie steht es mit Kaffee und Thee?) Was Kaffee und Thee anbelangt, so gibt es ein absolutes Verbot nicht. Ein schwacher Kaffee oder Thee kann hie und da anregend wirken. Durchschnittlich suche ich bei Herzkranken diese Dinge zu vermeiden, denn hier kann sehr leicht jede Anregung zu einer Aufregung, jede Aufregung zu einer Reizung, jede Reizung zu einer Ueberreizung führen. Also, wenn einigermassen möglich, lasse ich meine Leute am liebsten Milch und Kakao trinken. In Deutschland wird der sogenannte Malzkaffee mehr zur Gewohnheit, mit dem ich mich nicht befreunden kann. Dann kommt ein sehr leichter Thee, vor allem Thee mit viel Milch, dann auch verdünnter Kaffee, aber ich gebe dem Thee den Vorzug, wenn nicht, wie ich das bei Engländern gesehen habe, eine kolossale Reizbarkeit des Herzens bereits bei Thee stattgefunden hat — dann kann sich allmählich eine Idiosynkrasie ausgebildet haben — sodass verdünnter Kaffee viel leichter wirkt als Thee.

Was Neurasthenia cordis anlangt, so

habe ich bereits i. J. '88 darüber eine Abhandlung geschrieben. Das ist also eine Herzaffektion, die eine solche Summe von Bildern darbietet, mit so wechselnden Zuständen, dass es sehr schwer ist, sie in wenigen Worten zu schildern. Ich will betonen, dass, wenn man eine planmässige mit sehr schwachen Widerständen anfangende Gymnastik anwendet, man ausgezeichnete Erfolge hat, und es wird Sie interessieren, zu wissen, dass mein Bruder und ich unsere Herzgymnastik ursprünglich nicht bei Herzkranken angewendet, sondern geradezu neurasthenische und hysterische Kranke ursprünglich damit behandelt haben mit ihren wechselnden Zuständen und dass es auf diese Weise nicht zu schwer ist, allmählich tonisierende Wirkungen auf das Herz und das gesammte Nervensystem herzustellen. Doch ist hier eine stetige, sehr vorsichtige Kontrolle notwendig, denn sonst kann man sehr leicht die Zustände verstärken statt sie zu beruhigen. Wenn man aber vorsichtig ist und grosse Ruhepausen macht, sodass gar keine Ermüdung und keine Reizzustände stattfinden, so kann man eine ganz ausgezeichnete Beruhigung hervorrufen. Was die Bademethode bei diesen Leuten anbelangt, so ist selbstverständlich auch ein ganz vorsichtiges Vorgehen notwendig. Dass man keine heissen Bäder verwenden darf, dass man mit ganz kalten Bädern vorsichtig sein muss, versteht sich von selbst. Das brauche ich nicht zu sagen, dass die psychische Therapie bei solchen Leuten eine kolossale Rolle spielt. Das sind die Patienten, die dem Arzt die meiste Schwierigkeit machen. Sie kommen vormittags und nachmittags in die Sprechstunde, und die Geduld des Arztes muss diese Menschen psychisch beruhigen. Ich werde ihnen solche Menschen vorführen, wenn Sie nach Nauheim kommen, und werde Ihnen zeigen, wie es gelingt, solche Patienten zu beruhigen und ihr Nervensystem zu kräftigen. Ein Freund von mir hat für diese Zustände eine sogen. Herzstütze erfunden, die vorübergehend gut wirkt. Dass das Herz nicht eine ganz andere Lage annimmt, halte ich für selbstverständlich. Er hat sich darin getäuscht. Doch kann vorübergehend ein ganz ausgezeichneter

Erfolg damit erzielt werden. Aber es gibt auch andere Mittel genug.

Nun komme ich auf die vom Kollegen Dr. Alfred Meyer erwähnten Punkte zu sprechen. Ich will da chronologisch vorgehen. Was die Perkussion des Herzens anbelangt, so möchte ich betonen, dass auch hier mein Bruder mit seiner seitlich abgedämpften Perkussion in dieser Diagnostik geradezu bahnbrechend gewirkt hat. Leider hat er sie in einem Buch veröffentlicht, das nur eine kleine Auflage gehabt hat, sodass diese Methode nicht bekannt geworden ist. Aber ich habe sie hier vielfach demonstriert. Ich lege nicht den Hauptwert auf die absolute Grösse des Herzens. Das möchte ich besonders betonen. Denn es ist mit dem Orthodiagramm wie mit dem Radiogramm und anderen Mitteln. Es ist absolut unmöglich, die Grösse des Herzens bis auf Zentimeter festzustellen. Dazu sind die Herzgrenzen nicht scharf genug. Wir haben keinen absoluten Anhaltspunkt von der Entfernung des Patienten und auch dafür nicht, ob sich das Herz nicht nach dem Bad oder der Gymnastik in seiner Lage verschiebt und nicht mehr dieselbe Grösse hat. Und so lege ich viel mehr Wert auf die Formveränderung als auf die absolute Grösse. Was nun die Angaben von Moritz anbetrifft, diese minutiösen Bestimmungen der Herzgrenze, so halte ich sie für absolut unzuverlässig. Das bringen wir nicht fertig, vor allem nicht in der liegenden Stellung des Patienten. Da verschiebt sich das Herz nach allen Richtungen und bewegt sich ganz unregelmässig. Dann wissen wir nie, in welcher Phase wir das Herz in dem Augenblick festgehalten haben. Sie wissen nie, ob Sie das Herz in mittlerer Stellung, in systolischer oder diastolischer Stellung photographiert haben, und mit dem Durchleuchtungsschirm das so genau festzustellen, halte ich für unmöglich.

Mein Bruder und ich waren immer diejenigen, die B e n e k e gegenüber unsere Dankbarkeit bezeugt haben, denn er war der erste, der die Aufmerksamkeit auf die Sache gelenkt hat und es uns ermöglicht hat, Herzranke zu behandeln.

Nun komme ich auf einen Punkt, der auch für mich sehr wichtig ist. C a m a c

war bei mir im Winter. Er war mir von O s l e r geschickt worden und hat die Sache bei mir studiert, aber die Vorsichtsmassregeln, die ich ihm gegeben und hier geschildert habe, ausser Acht gelassen. Man muss sehr vorsichtig mit der Salzsäure sein. Man legt sie entweder in das Wasser hinein oder giesst sie über das Wasser aus. Aber die Salzsäureflasche muss erst untergetaucht werden, so dass keine Salzsäure in die Luft entweichen kann. Mit Chlorkalcium muss man sehr vorsichtig sein. Es ist ein Mittel von kolossaler kaustischer Wirkung auf die Haut, und infolge dessen muss man mit einem solchen künstlichen Bad sehr vorsichtig sein. Wenn ich kein Badesalz haben kann, verwende ich Chlornatrium. Mein Bruder und ich hatten in den ersten Jahren, als wir künstliche Bäder verwendeten, ein Beispiel, das zeigt, wie vorsichtig man mit reinem Chlorkalcium sein muss. Der Patient war ein starker, kräftiger Bierbrauer, der viel klüger sein wollte als wir. Er verwendete Nauheimer 39½—40% Chlorkalcium. Eines Tages fing der Mensch an, kolossal gesteigerte Herzätigkeit zu bekommen. Er kollabierte binnen der nächsten 3—4 Wochen. Am zweiten Tage, als ich ihn wieder sah, nachdem er ungefähr 10—12 Bäder genommen hatte, sah ich, dass die Haut in Fetzen herunterhing. Was hatte er getan? Er hatte das Badewasser, das er heute benutzt, sich morgen wärmen lassen und wieder neue Mutterlauge genommen. Im Laufe von 2—3 Wochen war er eine Leiche.

Dass jede Ausspannung von geschäftlichen Sorgen, Familiensorgen, andere Luft und Diät alles sehr einschlägige Faktoren sind, ist selbstverständlich, und ich lege wenig Wert darauf, ob da ein paar Fabriken mehr oder weniger sind. Natürlich darf die Luft nicht verpestet werden. Wenn die Luft sonst rein ist, dürfen Deutschland und Amerika auch noch mehr Schornsteine haben, nur muss der Patient in andere Luft gebracht werden. Aber es kann nicht jeder aus seinem Geschäft und von seiner Familie fort nach Nauheim gehen. Für solche Leute brauchen wir die künstlichen Bäder, und deshalb haben mein Bruder und ich endlich die Methode ausgebildet,

künstliche Bäder für die Aerzte zu verwenden, deren Patienten nicht fortgehen können. Von Nauheim und der Bade-Direktion wurden mir deshalb immer Vorwürfe gemacht. Aber ich habe nie gesagt, dass ein künstliches Bad absolut dieselbe Wirkung hat. Ich habe gesagt, man kann fast ähnliche oder fast dieselben Resultate erzielen, und ich stehe heute noch auf dem Standpunkt. Ich will Ihnen zwei Bilder geben: eine Kopie eines Raffaell'schen Gemäldes sieht wie ein Raffaell'sches Gemälde aus, ist aber keines; jeder kann sich nicht das Gemälde anschaffen, sondern mancher muss sich mit der Kopie begnügen. Oder: es ist jemand stundenlang in einer grossen Wüste herumgelaufen, und sein Körper ist so ausgetrocknet, dass ihm die Zunge am Gaumen hängt; er kommt an ein Haus, wo er keinen Kaffee haben kann, aber er wird zufrieden sein, wenn er seinen Durst mit Zichorie stillen kann.

Zuletzt möchte ich betonen, ich kann nicht für alle Angaben meiner Schüler verantwortlich sein. So hat mein Schüler Thorne unsere Methode mit der auskultatorischen Perkussion verknüpft. Ich selbst bin nicht imstande, eine Herzgrenze mit der auskultatorischen Perkussion festzustellen. Ich habe ihn darüber zur Rede gestellt, aber er bleibt auf seinem Standpunkt stehen. Ich kann diese Herzgrenze so nicht finden. Jedoch hat das mit der Methode als solcher gar nichts zu tun. Ich möchte aber besonders Dr. Meyer bitten, das, was meine Schüler nach der Richtung verbrochen haben, nicht auf mich übertragen zu wollen.

Sie sehen, ich bin skeptisch genug. Ich möchte aber doch auf eines aufmerksam machen und damit schliessen. Diese Angaben von Thorne haben zu grossem Skeptizismus geführt, aber ich habe das den anderen Schülern mitgeteilt, und das hat allgemeinen Anklang gefunden. Als in London auf dem Kongress für innere Medizin eine Anzahl meiner Schüler die Methode schilderten und diskutierten, stand selbst ein tüchtiger Kliniker, MacEwan, auf und behauptete, dass die Perkussion überhaupt eine trügerische sei, dass es sich gar nicht um Verkleinerung der Herzgrenzen handle, sondern sowohl durch das Bad wie die

Gymnastik ein „overlapping of the heart“ stattfinde. Ich, für meinen Teil, konnte an und für sich schon nicht begreifen, wie ein einfaches mildes Solbad mit oder ohne Kohlensäure zu einem Emphysem führen soll. Nun könnte man sagen, dass die Leute Chlorsäure eingeatmet haben. Wie aber durch eine ganz milde Gymnastik ein künstliches Emphysem, ein „overlapping of the heart“ stattfinden soll, ist mir unbegreiflich. Die Diskussion wurde fortgesetzt, und es tat mir leid, dass meine Schüler nicht schlagfertig genug waren, sofort die Antwort zu geben. Wenn das richtig wäre, dass das Herz sich nicht verkleinert und dass ein künstliches Emphysem stattfindet, so hiesse das mit anderen Worten: Herz, vergrösserte Lunge, das ganze Brustvolumen vergrössert (Erläuterung durch Zeichnung an der Tafel), und infolgedessen müsste das Zwerchfell heruntersteigen. Infolgedessen würde die Herzspitze nach unten gehen. Nun findet aber, wie Sie sehen, gerade das Umgekehrte statt. Die Lungen werden nicht vergrössert, das Herz aber verkleinert, und Sie werden finden, dass die Herzspitze nach innen geht. Wenn Sie aber umgekehrt durch irgend welche Tätigkeit Dyspnoe hervorrufen, dann bekommen Sie das Bild, das MacEwan geschildert hat, dass die Herzspitze nach aussen geht. Dass aber die Herzspitze nach innen und oben und das Diaphragma nach oben geht, ist ein unumstösslicher Beweis, dass die Herzgrenze kleiner geworden ist. (Vorzeigen und Erläutern von verschiedenen Radiogrammen.)

Präsident Dr. Carl Beck (nachdem aus der Mitte der Versammlung der Antrag gestellt und angenommen worden war, Herrn Prof. Dr. Schott den Dank der Versammlung auszusprechen): Ich spreche Ihnen den Dank der Versammlung aus. Wir alle haben heute Abend recht viel gelernt und sind Ihnen zu ganz besonderem Dank verpflichtet, weil Sie auf so kurze Notiz hin sich entschlossen haben, uns einen so erschöpfenden Vortrag zu halten. Sie sehen in dem Umstand, dass Sie in so ungünstiger Zeit und dazu bei einer so spröden Gemeinde, wie sie die New Yorker Medizinische Gesellschaft darstellt, ferner

bei der Kürze und Unvollkommenheit unserer Benachrichtigung eine so ausserordentliche Zuhörerschaft bekommen haben, den besten Beweis, in wie hohem Masse Ihr Vortrag gewürdigt worden ist.

Die Sitzung wird geschlossen und ein gemütliches Stündchen der informellen Unterhaltung gewidmet.

Montag, den 4. März 1907.

Präsident Dr. Carl Beck eröffnet die Sitzung.

Sekretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der Sitzung vom 4. Februar, das von der Versammlung angenommen wird, desgleichen das Protokoll der Extrasitzung vom 25. Februar, welches ebenfalls angenommen wird.

Dr. Georg Merzbach—Berlin (vom Präsidenten als lieber Gast begrüsst und der Gesellschaft vorgestellt) spricht über drei von ihm im letzten Jahre beobachtete Fälle **irrtümlicher Geschlechtsbestimmung (erreurs de sexe)**. Ausgehend von einem Falle irrtümlicher Geschlechtsbestimmung in Phoenix, Arkansas, der den zweimal verheirateten Sekretär des russischen Generalkonsuls in Chicago betrifft, der im Krankenhaus als Frau erkannt wurde, berichtet der Vortragende über die drei Berliner Fälle.

Irrtümliche Geschlechtsbestimmungen in Form von Pseudohermaphroditismus masculinus und femininus dürften häufiger vorkommen als gemeinhin angenommen wird, zumal von Neugebauer mehr denn 1200 Fälle dieser Art im „Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen“ zusammengestellt hat.

Echter Hermaphroditismus, also Vorliegen männlicher und weiblicher Keimdrüsen ist selten und zuerst als Ovotestes der Säugetiere in der Zoologie beschrieben worden.

Während in Deutschland das alte preussische Landrecht vom Jahre 1784 in den §19—23 die Zwitter rechtlich behandelte, fielen diese Bestimmungen im Neuen Bürgerlichen Gesetzbuch, das am 1. Januar 1900 in Kraft trat, mit der Begründung fort, dass Zwitter

sich wissenschaftlich als unhaltbar erwiesen hätten.

Die Antwort auf diese falsche Voraussetzung erteilte schon am 24. November 1903 Garrô in Königsberg, der einen Fall echten Zwittertums bei einer weiblichen Person nachwies, bei der er in einer leistenbruchartigen Geschwulst Ovotestis, Tube und Samenstrang, kurz beide geschlechtliche Keimdrüsen völlig ausgebildet vereint vorfand. Ebenso wurde mikroskopisch sowohl Ovarialstroma nachgewiesen als auch Samenkanälchen, die sich im Stadium der Ruhe befanden, womit ihre Funktionsunfähigkeit indess keinesfalls nachgewiesen war.

Unser erster Fall, dessen Gutachten an den Minister des Innern zwecks Umänderung des Personenstandes der Person in toto zur Verlesung gelangte, betrifft eine 21jährige bisher als Mädchen lebende Person, bei der die Untersuchung alle männlichen primären und sekundären Geschlechtscharaktere zu Tage förderte, neben einer Hypospadiä peniscrotalis und Lokalisation der Urethra in einer kahnförmigen Grube am hinteren Ende des geteilten Hodenbehälters. Der Penis ist, wie eine Wachsmoulage veranschaulicht, gut ausgebildet, die Hoden teils in einer der grossen Labien teils als Bauchhoden untastbar. Ejakulat enthält keine Spermatozoen. Patientin hat schon früher in einer der normalen ähnlichen Art mit Frauen sexuell verkehrt, fühlt völlig männlich und gedenkt nach Umänderung ihrer Metrik eine Dame zu heiraten, die sich zwecks Schliessung dieser neuen Ehe von ihrem ersten Gatten scheiden lässt.

Der zweite Fall betrifft eine jetzt 40jährige als Frau in einer Stellung sich befindende Person, bei der die Verhältnisse der Genitalien ähnlich liegen. Hypospadiä peniscrotalis mit Labial- oder Bauchhoden. Bei dieser Person, die ausserordentlich männlich aussieht und völlig männlich fühlt, liessen sich lebende Spermatozoen nachweisen. Diese Person, die unter starker Abneigung zweimal mit Männern geschlechtlich verkehrt hat, verkehrt ihrem Geschlechte entsprechend jetzt nur noch mit Frauen. Ihre Me-

trik will sie nicht ändern, da sie völlig mittellos ist und glaubt, als Mann schwerer ihr Fortkommen zu finden. Der dritte Fall liegt am günstigsten. Derselbe betrifft einen jetzt 42jährigen Herrn, der glücklicher Vater einer gesunden Tochter ist. Bei seiner Geburt stritten sich Hebamme und Vater wegen des Geschlechts des Kindes. Die Meinung der Hebamme siegte wegen des vorhandenen Spaltes und das Kind wurde als Mädchen getauft und erzogen. Als weibliche Person lebte sie 25 Jahre, um endlich an seine Mutter mit dem Wunsche heranzutreten, sie zum Manne avanzieren zu lassen. Kreisarzt Ballichs in Altona stellte das erste Attest aus, dass die Person zweifellos ein Mann sei und der Bremenser Senat beschloss in Verlauf von wenigen Wochen die Umänderung der Metrik der Person.

Man sieht diesem in seinem Fache ausserordentlich geschickten Handwerker heute sicher nicht an, dass er 25 Jahre als Mädchen gelebt hat.

An diese Beobachtungen knüpfen sich folgende Schlüsse und Forderungen:

Das bürgerliche Gesetzbuch hat Zwitter als vorkommende Abnormitäten unter seine Rechtsmöglichkeiten einzubeziehen.

Ist der Hebamme oder den Angehörigen eines Neugeborenen ein Zweifel entstanden über das Geschlecht des Kindes, so ist ein ärztliches Urteil über dessen Geschlecht einzuholen.

Ist das Geschlecht wegen der Möglichkeit von Aenderungen im pubischen oder postpubischen Alter nicht sicher zu bestimmen, so empfiehlt es sich, das Kind als unbestimmten Geschlechtes zu registrieren mit dem Hinweis auf eine eventuell zu ändernde Metrik.

Praktisch empfiehlt es sich, ein Kind als männlichen Geschlechtes, z. B. Paul, Martin (Paula, Marta) anzumelden, das es leichter ist als Mann erzogen und für den Lebenskampf ausgerüstet und dann Weib zu werden, als für ein weiblich erzogenes Individuum, vom Weibe sozusagen zum Manne zu avanzieren.

Schliesslich ist diesen Personen genau wie den Kontrarsexuellen gegenüber eine humanere, verständnisvollere Auffassung anzustreben, denn beide Klassen von Mitmenschen sind ausser ihrer angeborenen anatomischen oder psychischen Veranlagung in jeder Hinsicht vollwertige Menschen, die unser Mitgefühl und unser Verstehen verdienen, nicht aber unseren Hohn und unsere Verachtung.

Diskussion. Präsident Dr. Carl Beck: Da niemand das Wort wünscht, so erlaube ich mir einige Bemerkungen zu machen, obgleich es nicht gebräuchlich ist, dass der Präsident dies tut. Diese Fälle von echtem Hermaphroditismus sind jedoch so ausserordentlich selten, dass Sie mir wohl gestatten, darauf aufmerksam zu machen, dass ich vor ungefähr 12 Jahren einen derartigen Fall im „Medical Record“ beschrieb. Es handelte sich um einen jungen Mann, der im St. Mark's Hospital Aufnahme gefunden hatte, nachdem er vorher in einem Mädcheninstitut erzogen worden war, wo er wegen allzu intensiver Annäherungsversuche plötzlich entlassen wurde. Ich entfernte im St. Mark's Hospital seine kindskopfgrossen Hoden, welche intraperitoneal gelagert und sarkomatös entartet waren. Zwei Monate später erkrankte er an Pneumonie. Als seine Eltern telegraphisch benachrichtigt wurden, dass ihr Sohn krank sei, antworteten sie sie hätten keinen Sohn, sondern nur eine Tochter. Patient starb. Bei der Autopsie konnte festgestellt werden, dass ein mässig grosser Penis, sehr entwickelte Vagina, Uterus und Rudimente von Eierstock vorhanden waren.

Dr. G. Merzbach (Schlusswort): Der Fall von Dr. Beck ist mir nicht unbekannt, denn er ist von Neugebauer mit aufgenommen worden. Ich habe ihn nur nicht erwähnt, weil ich nicht alle Fälle erwähnen konnte. Was die Diagnose angeht, so kommen diese Fälle häufig unter der Flagge der Homosexualität vor, und da ich ungefähr 2000 homosexuelle Männer und Frauen zu untersuchen hatte, ist es nicht wunderbar, dass ich diese Fälle gesehen habe. Im übrigen wird es Sie

nicht Wunder nehmen, dass solche Personen sehr leicht unter der Flagge Frauen gehen können, wenn Sie selbst Homosexuelle sehen, die sonst als Männer zu leben pflegen und als Frauen unerkennbar sind. Ich habe jüngst in Berlin Gelegenheit gehabt, einen Offizier des Garde Grenadier Regiments als Dame gekleidet in einem Coupé der Stadtbahn sitzen zu sehen. Kein Mensch würde ihn für einen Offizier gehalten haben. Die Täuschung ist eine so ausserordentlich schwer ist, derartige Persönlichkeiten zu erkennen. Aber ein geübtes Auge erkennt sie. Ich hatte neulich hier auf einem Maskenball dazu Gelegenheit. Ich bin durch den Saal gegangen und war eine Stunde da und habe drei homosexuelle Männer gefunden, als Damen gekleidet, die diesem Maskenball beiwohnten. Ich habe sie nicht angesprochen, da für mich die Diagnose ganz sicher ist.

Aus der Mitte der Versammlung wird der Antrag gestellt und von der Versammlung angenommen, Herrn Dr. Merzbach den Dank der Gesellschaft auszusprechen. Dies geschieht durch den Präsidenten, Dr. Carl Beck.

Dr. H. J. Boldt: Wie lange ist absolute Betruhe post laparotomiam nötig?

Ich beabsichtige heute Abend hauptsächlich über die nötige Betruhe für laparotomierte Patienten zu sprechen; anderweitig von mir gebräuchliche Massnahmen sind an anderer Stelle veröffentlicht.

Meine Behauptung geht dahin, dass es für die Mehrzahl laparotomierter Patienten vorteilhafter ist, die jetzt übliche Zeit der Betruhe ganz bedeutend abzukürzen. Es ist selbstverständlich, dass die Bauchdeckennaht exakt angelegt werden muss, und zwar die übliche Etagennaht. Der Schnitt sollte genügend lang sein, um den pathologischen Zustand, den man in Angriff nehmen will, genau besichtigen zu können. Der Fassinn allein, wie es Tait lehrte, der kurze Inzisionen machte, ist nicht verlässlich. Man

kann durch eine genügend lange Inzision viel schonender arbeiten und läuft weniger Gefahr, in Folge von Trauma durch eine zu kurze Wunde, eine Bauchdeckeneiterung zu verursachen.

Bei Vernähung der Fascia sollte diese überlappt werden, um eine breitere Adhäsionsfläche zu erzielen; die Haut wird durch eine subkutane Naht geschlossen. Als Nähmaterial wird durchweg Katgut gebraucht; auf die Wunde wird ein schmaler, steriler Gazeverband gelegt und mit zwei schmalen, kurzen Heftpflasterstreifen in situ gehalten, um die Verschiebung der Gaze während der Anlegung des Schlussverbandes zu vermeiden. Zum Sicherheits- oder Schlussverbande wird eine Scultetus-Binde verwendet, die aus zuverlässigem Zinkoid-Pflaster hergestellt wird, und zwar werden die breiten Rollen, 31 Zentimeter breit, und von genügender Länge angewendet, um den Leib so zu umspannen, dass das ganze Abdomen doppelt vom Pflaster bedeckt wird. — In der Mitte der unteren Pflasterseite wird ein kleiner Halbkreis herausgeschnitten, der den Zweck hat, die Verunreinigung bei Stuhlentleerung zu vermeiden. Zinkoid-Pflaster verdient den Vorzug, weil es weniger irritiert als anderes Pflaster. Die Scultetus-Binde wird auf dem Fahrstuhl bereit gehalten, sodass der Patient nach Beendigung der Operation und Abtrocknung des Rückens so darauf gelegt wird, dass das Steissbein über den ausgeschnittenen Halbkreis zu liegen kommt. Die Pflasterenden werden nun in vier gleiche Teile eingeschnitten, und, mit dem unteren Ende anfangend, dieses bis zum Körper des Patienten eingerissen und dann fest über den Leib angelegt; ebenso wird mit dem entgegengesetzten Ende verfahren, bis die vier Enden befestigt sind. Der obere Streifen sollte nie zu fest angezogen werden, besonders wenn derselbe bis zum Epigastrium hinauf reicht. Bei mageren Patienten werden die Spinae ilii etwas gepolstert. Man hat nun auf dem ganzen Leibe einen doppelten gut sitzendes Pflasterpanzer, und ein der-

artiger Verband gibt absolute Sicherheit gegen Aufplatzen der Wunde durch intraabdominalen Druck, wie das ja doch sonst bei heftigem Erbrechen oder Husten vorkommen könnte. Der Verband kann so lange liegen bleiben, bis er lose wird, was bei schwitzenden Patienten mitunter schon nach Verlauf von einer Woche passiert; gewöhnlich aber kann er drei bis vier Wochen liegen bleiben. Sollte es nötig sein, den Verband vor der vierten Woche zu entfernen, dann bleibt der Körper während eines Tages ohne Pflasterverband, und in dieser Zeit wird der Körper da, wo der Verband gewesen, öfters mit Alkohol abgewaschen und gepudert; am nächsten Tage wird ein ähnliches Verband angelegt. Falls Anzeichen von Bauchdeckeneiterung vorhanden sind, wird der Verband selbstverständlich sofort in der Mitte über der Gaze aufgeschnitten, und sollte sich die Vermutung bestätigen, wird die Wunde wie gewöhnlich behandelt. Zur schnelleren Hebung der Eiterung gebrauche ich mit Vorliebe, nachdem die Wunde gereinigt ist, eine kräftige Betupfung mit reiner Karbolsäure, die sofort wieder mit reinem Alkohol abgewaschen wird. Solange die Eiterung anhält, werden die Patienten ruhig gehalten. Die Patienten werden aufgemuntert, das Bett so bald als möglich nach der Operation zu verlassen. Die Zeitdauer der vollständigen Betruhe kommt ganz auf den Zustand der Patienten an; wie lange es dauert, ehe sie sich von der Narkose erholt haben; ob sie vor dem operativen Eingriff bettlägerig waren; wie die Qualität und Zahl der Pulsschläge ist, u. s. w. Mitunter war es mir möglich, Patientinnen, welche am frühen Morgen wegen nicht komplizierter Ovarial-Geschwülste, einfache Hysterektomien wegen Myome, Myomektomien etc. operiert wurden, schon am späten Nachmittag desselben Tages in einem bequemen Stuhl sitzen zu lassen. Während der ersten Tage muss man ihnen dabei behülflich sein, aus dem Bette zu kommen. Die Durchschnittsdauer der absoluten Betruhe braucht nicht mehr als drei Tage in Anspruch

zu nehmen. Alle Gründe, welche für die lange Betruhe gewöhnlich angegeben werden, sind nicht stichhaltig, wenn man sie mit den Erfahrungen vergleicht, die bei Patienten gewonnen werden, denen es erlaubt wird, früh aufzustehen. Sicherlich ist es nicht der im Becken vorgenommene operative Eingriff, der uns daran hindern sollte, eine Patientin früh aufstehen zu lassen, denn seit mehr als fünfzehn Jahren erlaube ich Patientinnen, an denen eine vaginale Totalexstirpation gemacht wurde, schon am nächsten Tage das Bett zu verlassen, wenn ich das Scheidengewölbe abschliessen konnte oder nur einen kleinen Gazestreifen im Zentrum des sonst abgeschlossenen Scheidengewölbes inserierte, der während der ersten 24 Stunden als Drainage dienen sollte, und habe ich nicht einen einzigen Unfall dadurch zu verzeichnen gehabt. Nur einen stichhaltigen Grund konnte man gegen das baldige Aufstehen angeben, nämlich die Gefahr, dass die Bauchdecken nicht genügend fest verwachsen, und dass später eine Hernia eintreten könnte, oder gar, dass die Bauchwunde aufplatzen könnte. Diese Einwände werden jedoch durch den von mir beschriebenen Verband mit Sicherheit hinfällig, wenn das Pflaster fest bleibt. Dass Thrombosen oder Embolien dabei mehr zu befürchten sind (speziell bei Myom-Operationen), als wenn man die Patientinnen ruhig im Bette liegen lässt, bestreite ich auf das entschiedenste. Wir wissen aus Erfahrung, dass solche Unglücksfälle auch bei Betruhe vorkommen, und nach einer Analyse der mir zu Gebote stehenden Fälle sogar häufiger, als bei der von mir befürworteten Behandlungsmethode. (H. J. Boldt, The Management of Laparotomy Patients and Their Modified After-treatment, New York „Medical Journal“, January, 1907.)

Bei mehr als 1000 so behandelten Patientinnen, von denen mehr als 400 von mir persönlich so behandelt wurden, sind nur zwei leichte Venenentzündungen beobachtet worden.

Verhältnismässig selten kommt es mir jetzt vor, dass ich meine Patien-

tinnen länger als drei Tage im Bette liegen lasse, gewöhnlich weniger, ausser wenn besondere Komplikationen bei der Operation vorkommen, wie z. B. es vor kurzem bei der Totalex-tirpation eines grossen retroperitoneal entwickelten Myoms geschah, dass der Ureter durchschnitten wurde, und ich denselben in die Blase einpflanzen musste und folglich es für angebracht hielt, während der ersten vier Tage einen Dauerkatheter liegen zu lassen; aber auch in diesem Falle war die Patientin vom fünften Tage an ziemlich viel ausser Bett..

Nach den gemachten Beobachtungen ist die Mehrzahl der so behandelten Patientinnen nach Verlauf von vier Wochen nach der Operation in solch körperlichem Zustand, dass sie ihre gewohnte Tätigkeit wieder aufnehmen können. Bei einfachen Laparotomien, wie z. B. bei Interval-Appendizitiden, nicht komplizierten Ovarialzysten u. s. w. können sie schon meistens ihren Haushalt nach zwei Wochen wieder verwalten.

Besonders markant ist der Vorteil des sehr frühen Aufstehens bei solchen Patienten, an denen eine explorative Laparotomie wegen einer bösartigen Neubildung gemacht wird, und man dann findet, dass die Erkrankung schon zu weit vorgeschritten ist, um eine radikale Entfernung vornehmen zu können. Wenn solche Patienten im Bett gehalten werden, kommt es doch häufig vor, dass sie bettlägerig bleiben und sich überhaupt nicht mehr erholen; lässt man sie dagegen am nächsten oder dem darauf folgenden Tage aufstehen, so werden sie in Folge dieses Eingriffs nicht mitgenommen, und der Krankheitsprozess nimmt seinen gewöhnlichen Verlauf, als ob sie überhaupt keinen operativen Eingriff zu bestehen gehabt hätten.

- Ich habe gefunden, dass man die modifizierte Nachbehandlung bei etwa 85 bis 90 Prozent der von Gynäkologen vorgenommenen Laparotomien mit Vorteil anwenden kann. Das erste Mal sitzen die Patientinnen nicht lange, etwa eine halbe bis drei viertel Stunde Morgens, und abermals am

Nachmittag, aber täglich wird die Zeit des Aufseins etwas verlängert.

Die Patientinnen sträuben sich etwas, die ersten paar Tage das Bett zu verlassen, wohl weil sie von anderen gehört haben, dass man nach einer Bauchoperation das Bett ein paar Wochen hüten müsse; aber ein wenig Zureden hilft, nur muss man ihnen behilflich sein, recht schonend aufzustehen. Man lässt sie die Arme um den Hals der Wärterin legen und legt den einen Arm hinter ihren Rücken, mit dem andern Arm die unteren Extremitäten erfassend, dreht man, indem man den Körper aufhebt, die Beine langsam herum, so dass sie am Bettrande in sitzender Stellung anlangen; nun kann man sie ganz ruhig vom Bett herunter nehmen, und ihnen erlauben, ein paar Schritte zum Stuhl zu gehen, indem man sie dabei unterfasst.

Es ist wunderbar, den psychischen Zustand der so behandelten Patientinnen zu beobachten, nachdem zwei Wochen vergangen sind, im Vergleiche zu denen, die nach der gewöhnlichen Methode im Bett gehalten werden. Bei leichten abdominalen Eingriffen laufen solche Patientinnen schon nach fünf bis sechs Tagen umher, als ob sie nicht operiert worden wären. Patienten, bei welchen ich es aus diesem oder jenem Grunde für besser halte, sie im Bett zu halten, bemühe ich mich, zu bewegen, leichte Uebungen der unteren und oberen Extremitäten öfters vorzunehmen.

Der Zweck, den man damit erreicht, ist Erschlaffung der Muskulatur zu verhindern und eine bessere Blutzirkulation zu erzielen, was durch mässige Bewegung des Körpers geschieht. Die meisten Patienten, an denen Operationen wegen chirurgischer Erkrankungen vorgenommen werden, bessert man nicht in ihrer Gesundheit durch absolute Bettruhe, im Gegenteil, das Muskelsystem wird mehr oder weniger dadurch geschwächt, sie verlieren Kräfte, weil alle physiologischen Funktionen durch die forzierte Ruhe herabgesetzt werden. Ich muss gestehen, dass ich den Eindruck gewonnen habe, dass öfters die Patien-

tinnen, an denen sehr komplizierte Operationen vorgenommen wurden, gerade durch frühzeitige körperliche Bewegung genesen sind; deshalb glaube ich auch, dass die Mortalität durch das frühe Aufstehen verringert wird. Dem Zufall ist die Genesung in solchen Fällen sicherlich nicht zuzuschreiben, wie dies von anderer Seite bei Gelegenheit einer Diskussion behauptet wurde; denn dafür ist die Zahl der so Behandelten zu gross.

Auch einer Reihe ausländischer Kollegen hatte ich Gelegenheit, so behandelte Patientinnen zu demonstrieren, so dass sie Gelegenheit hatten, weitgehende intraabdominale Eingriffe zu sehen, und am nächsten Tage die so operierten Patienten ausserhalb des Bettes zu finden, desgleichen die Anlegung des von mir geschilderten Verbandes. Ich glaube auch, dass es mir gelang, einigen Herren die von mir geschilderten Vorteile plausibel zu machen, wie ich aus einem Aufsatz von Dr. Carl Hartog „Wann soll man Coeliotomie aufstehen lassen?“ (aus der Frauenklinik der Herren L. Landau und Th. Landau in Berlin, „Berliner klinische Wochenschrift“, 1907, Nr. 1) ersehe dem es doch gelang, seine Chefs zu überreden, die Methode zu versuchen, obgleich mir Herr Hartog zur Zeit sagte, dass es seiner Ansicht nach ganz unmöglich sein werde, solche radikale Abänderungen in Deutschland einzuführen, oder selbst jemand dazu zu verleiten, den Versuch zu machen. Wenn Dr. Hartog den erwähnten Artikel mit dem Satze beginnt „Dass in den letzten Jahren sich die Nachbehandlung der Operierten in ihrer (Landau's) Klinik wesentlich geändert habe, so kann dies nur seit vorigem Jahre geschehen sein, nachdem ich Herren Dr. Hartog bei seinem Hiersein von dem Werte meiner Behandlungsweise überzeugt und alle seine Bedenken zerstreut habe. Handelt es sich doch in diesem Artikel hauptsächlich um die Erfahrungen über das frühzeitige Aufstehen der Patienten nach Laparotomien. Das hat mich eine grosse, über 15 Jahre sich erstreckende Erfahrung gelehrt. Es wird sogar die Darmperi-

staltik bei diesen sowohl als bei den abdominal Operierten durch das Aufsitzen und die frühere körperliche Bewegung angeregt, so dass Ileus naturgemäss nicht so leicht eintreten kann, als bei denen, die im Bett gehalten werden.

Ausser den schon erwähnten Vorzügen hat die Methode des frühen Aufstehens noch andere Vorteile. Blähungen gehen eher ab; spontane Stuhleentleerung erfolgt früher; Lungen- und Bronchial-Komplikationen werden eher verhütet, und nochmals, Zirkulationsstörungen kommen nicht so häufig vor. Schliesslich, und das ist von sehr grosser Bedeutung für die meisten Patienten, können sie ihre gewohnte Tätigkeit früher aufnehmen. Aussergewöhnliche Vorbereitungen zu der Operation werden bei meinen Patientinnen nicht vorgenommen, und brauchen auch nie vorgenommen zu werden, wenn ein operativer Eingriff am Darm oder am Magen nicht vorgenommen werden soll.

Diskussion. Dr. von Ramdohr: Ich möchte nur zu dem Vortrag erwähnen, dass gewiss niemand etwas gegen die Methode hat. Das lange Liegenbleiben war gewiss von grossem Uebel, und deshalb ist ein Vorgehen gegen die lange Bettlagerung der Laparotomierten von allergrösstem Wert. Unter allen Umständen am ersten oder zweiten Tage aufzustehen, ist natürlich absolut zu verwerfen. Aber wie Dr. Boldt jetzt die Indikation gestellt hat, wenn jeder einzelne Fall individualisiert wird, wenn alles gründlich und sorgfältig durchgeführt ist und der Patient sonst in gutem Zustand sich befindet, dann ist eine frühe Erhebung vom Lager gewiss am Platze, und ich schliesse mich den Ausführungen Dr. Boldt's über die neue Methode vollständig an.

Dr. Carl Pfister: Ich glaube auch, dass vor allem der Verschluss der Bauchdecke sehr wichtig ist und die Art und Weise, wie sie verschlossen wird. Ich selbst tue es in der Weise, dass ich die Fascien $\frac{1}{2}$ Zoll übereinander legen, mit unterbrochenen Nähten verschliesse. Das Peritoneum

wird mit fortlaufender Naht vernäht, alles übrige mit Knopfnähten. Bei einer kleinen Infektion kann man dann einen Stich herausnehmen, ohne die ganze Naht zu zerstören. Von grosser Wichtigkeit für frühes Aufstehen ist, dass die Bauchdecken fest und gut unterstützt sind, wie bei dem Verband von Dr. Boldt. In Berlin ist man auch, wie ich im vorigen Sommer gesehen habe, ganz davon abgekommen, die Leute so lange im Bett liegen zu lassen. Vor 10 Jahren musste ein Patient mit Appendizitis noch 4 Wochen im Bett bleiben, mit Bruch 6 Wochen, bei Overientumor ungefähr ebenso lange. Die Sache ist jetzt heruntergedrückt, und man lässt Patienten mit Interval-Appendizitis nach 14 Tagen aufstehen, und mit anderen Fällen ist es ebenso. Allerdings sagt Dührsen noch in seinem „Handbuch der Gynaekologie“, indem er die Vaginalfixation gegenüber der Ventrofixation empfiehlt, dass er die Vaginalfixation deshalb vorzieht, weil bei Laparotomie infolge zu frühen Aufstehens so leicht ein Volvulus passieren kann. Wir haben neulich hier über Volvulus gesprochen und wissen, dass er meist die Folge septischer Vorgänge ist.

Dr. Willy Meyer: Die Methode, welche Dr. Boldt heute Abend hier vertreten hat und seit längerer Zeit befolgt, hat jedenfalls sehr gute Seiten. Es ist das Bestreben aller Chirurgen hüben und drüben seit langer Zeit, die Bettruhe ihrer Patienten möglichst abzukürzen, und speziell bei Laparotomie sind alle darin übereingekommen, dass die Patienten am sechsten oder siebenten Tage aufstehen. Ohne Frage ist die sorgfältige Bauchnaht die Hauptsache bei jeder Operation, und es ist wünschenswert, dem Patienten zu zeigen, wenn er sich wohl befindet, wie wohl er sich befindet, ihm Mut einzuflössen, und dazu ist frühes Aufstehen von grossem Wert. Die Gefahren, die unseren Patienten bei Laparotomie drohen, sind vor allem, wie der Vortragende bemerkt hat, Thrombose, Embolie und Pneumonie. Man kann vielerlei zur Verhütung dieser Gefahren anwenden. Ich habe es seit

Jahren so gehalten, dass ich meine Patienten vom ersten Tage an Athemübungen machen lasse; sie müssen sich häufig links und rechts drehen, speziell das linke Bein in der Hüfte beugen und strecken und das Fussende des Bettes mässig erhöht haben.

Es scheint mir von Wichtigkeit, keine feste Regel aufzustellen und nicht etwa darauf zu bestehen, dass der Patient nach 12 Stunden aus dem Bett genommen wird, sondern zu individualisieren. Sowie es richtig erscheint, dass der Patient aufstehen sollte, sollte man ihn dazu ermuntern und bei guter Bauchnaht aus dem Bett lassen. Jedenfalls sehe ich in dem Kreuzzug, den Dr. Boldt gegen langes Bettliegen unternommen hat, viel Wahres und Gutes.

Dr. Franz Torek: Dr. Boldt hat speziell über Laparotomie im unteren Teil des Abdomens gesprochen. Das frühe Aufstehen bezieht sich vielleicht noch in höherem Grade auf Laparotomie im oberen Teil des Abdomens, weil in diesem Teil der Druck bei der sitzenden oder stehenden Stellung noch geringer ist als bei Laparotomie in der unteren Bauchhälfte. Mir ist dies auch schon seit längerer Zeit klar gewesen, und um dies zu zeigen, habe ich z. B. vor 5 oder 6 Jahren vor dieser Gesellschaft einmal einen Patienten vorgestellt, an dem ich vier Tage vorher eine Gastrostomie ausgeführt hatte. Ich brachte ihn hierher, um zu zeigen, dass der Patient nach der Zeit sogar imstande war, aus seinem Hospital hierher vor das Publikum gebracht zu werden. In jenem Falle wurde ich dazu geleitet, dieses Verfahren zu befolgen, weil sich am nächsten Tag eine ziemlich starke Bronchitis entwickelte; deshalb habe ich ihn sogleich aufsitzen und am zweiten Tag nach der Operation ausser Bett bringen lassen. Ganz speziell wäre die Methode noch anzuwenden bei den Fällen, in denen man einen kleinen epigastrischen Schnitt macht, um sich über gewisse Vorgänge im Leibe zu versichern, eine exploratorische Laparotomie, um die Anwesenheit oder Abwesenheit von Tumoren in der Magengegend zu entdecken.

Dr. J. A. Schmitt: Es unterliegt keinem Zweifel, dass durch Abkürzung der Bettruhe nach Laparotomie die Gefahr der Pneumonie verringert wird. Ein Risiko scheint mir jedoch mit zu frühem Aufstehen verknüpft zu sein, nämlich das Aufplatzen der Bauchwunde. Ein solches Bedenken ist durchaus nicht unbegründet, da trotz sorgfältig angelegter Etagennaht auch bei Laparotomierten, die im Bette verweilen, die Bauchwunde sich spontan öffnen kann. Dies geschieht namentlich dann, wenn den Bauchwänden durch Husten, Brechen, überhaupt durch Erhöhung des intraabdominellen Druckes mehr zugemutet wird. Sicherheitsmassregeln nach dieser Richtung hin bestehen in durchgreifenden Silkworm-Nähten in Verbindung mit der Etagennaht und vor allen Dingen in dem Querschnitt über der Symphyse. Laparotomierte, die man früh aufstehen lässt, sollten gegen die Gefahr des Platzens der Bauchwunde besonders geschützt werden.

Dr. West: Dr. Boldt hat allerdings bei einer Anzahl von Patienten mit seiner Methode, die Patienten früh ausser Bett zu bringen, wertvolle Erfahrungen gemacht. Aber es tut mir leid, diese Methode befolgt zu sehen, denn ich glaube, sie wird die Leiden derer, die sich der Operation der Laparotomie unterziehen müssen, nur vermehren. Wenn jemand krank ist, bringen wir ihn gewöhnlich zu Bett, und ich habe noch nie einen Patienten gesehen, der nach der Laparotomie nicht sehr krank war. Für solche Patienten ist es am besten, sie 10 Tage bis 2 Wochen im Bett zu lassen. Ich kann keinen Vorteil darin sehen, diese Zeit von 2 Wochen zu kürzen. Dr. Boldt und andere, die seine Methode befolgt haben, haben allerdings bewiesen, dass die Patienten aufstehen können, aber ich halte das nicht für gut, die Patienten sollten vielmehr im Bett bleiben. Wo es sich um Schliessung von Wunden handelt, da fördert die ruhige Lage im Bett den Heilungsprozess viel mehr als Bewegung.

Dr. B. S. Talley: Ich kann mich den Ausführungen des Vorredners nur anschliessen. Ich kann die Vorteile,

die Dr. Boldt geschildert hat, nicht so recht einsehen. Es hat allerdings gewisse Vorteile, den Patienten früher aufstehen zu lassen, als man es vor Jahren gewöhnt war, aber ich glaube, dass man dieselben Vorteile erzielen würde, wenn man die Patienten nach 6—7 Tagen aufstehen liesse. Da würden sie auch Mut bekommen und auch vielleicht früher ihre Gesundheit wieder erlangen und die Gefahr nicht so vorhanden sein, als wenn man sie, wie Dr. Boldt will, am Nachmittag aufstehen lässt, nachdem sie am Morgen operiert worden sind.

Dr. H. J. Boldt (Schlusswort): Ich habe hier natürlich einen grossen Teil des Vortrags auslassen müssen. Die Einzelheiten sind in einem englischen Aufsatz im New York Medical Journal beschrieben. Diejenigen Patienten, die ich nicht so früh aufstehen lasse, ermutige ich, körperliche Bewegungen der oberen und unteren Extremitäten zu machen, um eine bessere Zirkulation hervorzurufen. Ich glaube, dass wir da ziemlich übereinstimmen, dass eine frühe Beweglichkeit der Extremitäten von sehr grosser Wichtigkeit ist, um etwaige Thrombosen zu vermeiden.

Was nun die Methode des frühen Aufstehens betrifft, so muss ich sagen, es ist ganz sonderbar, dass manche Herren davon reden, ihre Patienten nach einer Woche oder 10 Tagen aufstehen zu lassen. Die Patienten wurden von den allerersten Operateuren immer 4—6 Wochen ruhig gehalten. Wenn nun die Herren die Patienten jetzt schon nach einer Woche aufstehen lassen, so haben sie sich damit ganz bedeutend der neuen Behandlung angeschlossen. Das ist nicht die alte Nachbehandlung. Jemand, der seinen Patienten nach einer grösseren Operation innerhalb 2 Wochen aus dem Bett lässt, hat die modifizierte Nachbehandlung angefangen. Gerade bei grossen operativen Eingriffen wurde sehr selten davon Gebrauch gemacht, dass die Patienten frühzeitig aufstehen. Wo die explorative Laparotomie im oberen Teile des Bauches gemacht wird, ist selbstverständlich der intra-abdominale Druck nicht so stark.

Von allergrösster Wichtigkeit halte

ich es aber bei Laparotomie wegen bösartiger Neubildungen, besonders wenn diese schon ziemlich weit vorgeschritten sind, dass solche Patienten rechtzeitig aus dem Bett kommen.

Dass man individualisieren muss, ist selbstverständlich. Ich habe stets individualisiert. Nach leichten Eingriffen lasse ich die Patienten innerhalb 24 Stunden aufstehen, und sie befinden sich besser. Wenn die Herren es probieren und die Patienten beobachten wollen, so werden Sie finden, sie laufen nach 5—6 Tagen herum, als ob sie nie operiert worden wären. Nach wenigen Tagen können sie ihren Geschäften im Hause nachgehen. Zeigen Sie mir Patienten, die Sie mehrere Wochen im Bett liegen lassen, ob sie nach drei Wochen ihrer Tätigkeit im Hause nachgehen können. Es ist unmöglich.

Dr. A. P. Moschcowitz: **Allgemeine Peritonitis infolge von Appendizitis und ihre Behandlung.** (Der Vortrag ist in dieser Nummer als Originalarbeit gedruckt.)

Diskussion. Dr. Willy Meyer: Jeder denkende und beobachtete Arzt hält die Appendizitis heutzutage für eine chirurgische Erkrankung. Es ist wohl nicht zu viel behauptet, wenn wir sagen: „Bekämen wir alle Patienten mit akuter Appendizitis innerhalb der ersten 12—24 Stunden zu Gesicht, so würden wahrscheinlich sämtliche durch Operation geheilt werden. Die Schwierigkeit liegt darin, dass, speziell in der Hospitalpraxis, dieses Millennium nientals kommen wird und kommen kann. Infolge davon kommen derartige Patienten oft erst in späterer Stunde, am 2., 3., 4. oder 5. Tage, unter chirurgische Behandlung. Diejenigen, die bis dahin nicht gestorben sind, entwickeln nun zweierlei: entweder gehen sie über — ich spreche von Appendizitis als solcher — in das Intervall oder sie entwickeln einen Abszess, lokale oder diffuse Peritonitis oder beides zusammen. Bezüglich der Behandlung der Intervall-Fälle sind sich alle Chirurgen und die meisten Patienten einig. Je nach ihrer Zeit werden sie entweder sofort oder später operiert. Die Resultate sind natürlich

immer gut. Ueber die diffuse Peritonitis herrscht auch allgemeine Uebereinstimmung unter den Chirurgen. Wenn solche Patienten speziell Rigidität der ganzen Bauchmuskulatur zeigen und Druckempfindlichkeit, ganz abgesehen von Puls und Temperatur, so steht die Diagnose fest, und sie sollten sofort operiert werden. Manchmal ist in dieser Beziehung das Urteil etwas getrübt dadurch, dass vielleicht die Empfindlichkeit fehlt, da der Patient, ehe er in Behandlung kam, mit Opiaten behandelt wurde. In dieser Beziehung ist ein Fall letzthin für mich sehr lehrreich gewesen, und ich habe mich dadurch täuschen lassen. Der Fall kam am 6. Tag der Krankheit in meine Behandlung. Es kam mir vor, als handele es sich um einen beginnenden Abszess im Douglas und beschloss ich, zu temporisieren. Die Symptome waren dadurch besonders von Interesse, dass bei dem Spasmus der Bauchmuskeln Druckempfindlichkeit absolut fehlte. Der Patient ging später an allgemeiner Peritonitis zu Grunde. Deshalb möchte ich wiederholen: wenn das Abdomen total rigid ist, aber mit Druckempfindlichkeit, nachzuforschen, ob solche Patienten mit Opiaten behandelt wurden. Muskelspasmus ist als klinisches Symptom das wichtigste; an zweiter Stelle folgt Druckempfindlichkeit. Sind eins oder beide vorhanden bei einschlägiger Krankengeschichte, so sollte prompt operiert werden, abgesehen von Puls und Temperatur.

Die dritte Möglichkeit ist Bildung eines lokalen Abszesses als Folge einer Appendizitis.

Wie soll man vorgehen bei einem lokalen peritonitischen Abszess? Das ist heute durchaus noch nicht vollkommen klar gestellt. Der lokale Abszess wurde noch vor ganz kurzer Zeit von der grossen Mehrzahl der Aerzte so behandelt, dass zu Anfang der zweiten Woche meist der Eiter entleert wurde und der Patient der Genesung entgegen ging. Fast durchweg machte der Patient eine gute Rekonvaleszenz durch.

Die einzige Frage ist die: wird er in späterer Zeit wieder einen Anfall

bekommen? Wenn man die Statistiken durchsieht, so sind es ausserordentlich wenige Fälle, die später wieder zu leiden haben. Natürlich ist es von grossem Vorteil für den Patienten, zu wissen, dass sein Appendix entfernt ist, und deshalb streben die Chirurgen, in dieser intermediären Zeit vorwärts zu gehen, den Eiter zu entleeren und den Appendix zugleich zu entfernen. Ich hatte gedacht, dass gerade dieser Punkt heute Abend hier diskutiert, betont werden würde. Er interessiert den allgemeinen Praktiker sicherlich weit mehr als die Varietäten rein chirurgischer Behandlung der allgemeinen Peritonitis, ob wir mitten, links oder rechts schneiden, kurz oder lang, drainieren oder nicht drainieren etc. Nirgends mehr sollte, meine ich, mehr individualisiert werden als in der Behandlung einer akuten Appendizitis mit Eiterbildung im sogenannten intermediären Stadium. Wenn man in jedem Fall es sich zum Ziel macht, sowie ein lokaler Abszess entstanden ist, ob die Leute jung oder alt sind, sofort einzugreifen, so werden manche Menschenleben zu Grunde gehen, die anderweitig gerettet werden könnten. Patienten im kräftigen Alter zwischen ca 10—15 und 50 sollten an irgend einem Tag des Anfalls operiert, der Eiter entleert und der Appendix entfernt werden. Anders ist es aber bei Kindern und bei alten Leuten, da muss man jeden einzelnen Fall beurteilen, um das zu erreichen, was wir alle anstreben, nämlich das Leben zu retten. Ich darf vielleicht zwei spezielle Fälle in dieser Beziehung anführen. Ich weiss von einem Fall, wo ein kleines Mädchen, am 5. Tag der Erkrankung, weil Temperatur und Puls plötzlich höher steigen, von einem tüchtigen Chirurgen operiert wurde. Es deutete alles darauf hin, dass ein Abszess da war, der unter hohem Druck stand. Es zeigte sich bei der Operation, dass das Peritoneum als solches vollkommen frei war und der Abszess retroperitoneal und abgeschlossen war bei Gangrän des Appendix. Das Kind ging zu Grunde und sein früher Heimgang hat in der Familie für immerdar seinen Schatten

hinterlassen. Es war später die Ansicht sämtlicher Chirurgen in dem Fall, auch des erfahrenen Operateurs, dass, hätte man gewartet und nicht sofort in den Fall eingegriffen und erst am 8., 9. oder 10. Tage operiert, das Kind wahrscheinlich zu retten gewesen wäre.

Ein anderer Fall betrifft einen Jungen von 9 Jahren, dessen schwere Erkrankung als akute Appendizitis vom Arzt offenbar nicht genügend früh erkannt war. Er bekommt in der Nacht vom dritten zum vierten Tag Schüttelfrost und alle Zeichen einer lokalen Perforation, Empfindlichkeit speziell auf der rechten Seite, Puls 140. Der Junge war zart. Ich sah ihn um Mitternacht, und trotzdem der Fall nahelegte, prompt vorzugehen, versuchte ich zu temporisieren, weil ich mir sagte, wenn du diesen Jungen jetzt sofort operierst, geht er zu Grunde. Wir haben vierzig Stunden temporisiert und dann unter grösster Vorsicht rechts operiert. Wir sahen in der Tiefe des Abszesses einen gangränösen Appendix vor uns. Der Eiter wurde nun entleert, ringsum tamponiert, und wenige Tage später stiess sich der Appendix von selbst ab. Der Junge ist heute vollkommen gesund.

Ich habe jetzt gerade eine Dame von 78 Jahren operiert. Da war ein an seiner Basis gangränöser Appendix. Ich habe den Eiter entleert, die Adhäsionen belassen, den Appendix nicht entfernt und drainiert und glaube, auf diese Weise der Patientin das Leben zu retten.

Bezüglich diffuser Peritonitis haben wir heute Abend gehört, was in einem grossen Hospital geschehen kann und geschehen ist. Wir alle haben ähnliche Fälle unter den Händen gehabt und sind der Ansicht, prompt zu operieren. Auch ich mache in den meisten Fällen einen Seiten-Schnitt. Ich habe selten gespült, ich tupfe nur aus und nähe die Bauchwunde zu bis aufs unterste Ende oder ganz. Bei grösseren Ergüssen sitzt der Patient auf, in der Fowler'schen Lage; ich lege dabei häufig ein Zigarettdrain ein. Es ist noch nicht ganz klar, ob man in diesen Fällen drainieren soll

oder ganz zunähen. Ich glaube, nur da, wo der Patient einen nekrotischen Prozess intraperitoneal hat und behält, den man operativ nicht sofort eliminieren kann, ist es von Vorteil für den Patienten zu drainieren. Sonst soll man die ganze Wunde schliessen, das Peritoneum, wenn nicht lädiert, wird mit den Entzündungserregern und Produkten schon fertig. Zur Steigerung der Leukozytose glaube ich von Nuklein subkutan günstige Erfolge gesehen zu haben.

Ich möchte nochmals sagen, dass man augenblicklich speziell nur noch darüber diskutiert, ob man den perityphlitischen Abszess zu irgend einer Zeit direkt angreifen soll und den Appendix mit entfernt oder ob man ihn nach alter Methode in der zweiten Woche entleert und dann den Appendix sich selbst überlässt. Nochmals möchte ich betonen, dass hier nichts mehr geraten ist, als nicht nach der Schablone zu arbeiten, sondern zu individualisieren, denn nur auf diese Weise kann es gelingen, das höchste Ziel unserer Kunst zu erreichen: möglichst viele Leben zu retten.

Dr. H. L i l i e n t h a l: Ich werde versuchen, mich an das Thema Peritonitis zu halten. Freilich hat Dr. M o s c h e w i t z das Thema fast vollständig erschöpft, so dass nicht viel zu sagen übrig bleibt, vielleicht mit Ausnahme einer geringen Differenz in der Behandlungsmethode. Auch billige ich die Bezeichnung Pyoperitoneum; damit verstehen wir Fälle, in denen viel Eiter in der freien Bauchhöhle vorhanden ist, jedoch mit nur sehr geringen Reizerscheinungen.

Was die Art der Infektion im allgemeinen betrifft, so hängt diese nicht nur von der Art, dem Namen oder der Eigenschaft der Bakterien ab, sondern auch von der Empfänglichkeit des Individuums für das eigentümliche Gift, das der Keim hervorbringt. Nicht nur die Infektion, sondern die Art und Weise, wie ein Individuum auf die Infektion reagiert, ist von grosser Wichtigkeit, und sollten in der Prognose eines gegebenen Falles berücksichtigt werden.

Was nun die Methode betrifft, so

bin ich an eine Methode gewöhnt, die verschieden ist in manchen unwesentlichen Details von der, die Dr. M o s c h e w i t z beschrieben hat. Ich mache den Kammerer - Schnitt nicht in allen Fällen, ebenso oft verwende ich einen Schnitt durch den Rektus; denn in einigen Fällen musste ich den Kammererschnitt erweitern und kam in Konflikt mit den unteren Kostalnerven. Seit ich die transrektale Methode adoptiert habe, habe ich in keinem Fall eine Hernie gesehen. Ich lege keine Gazepackung ein, weil ich glaube, dass Gazepackung das Peritoneum verletzen und für Entzündung empfänglich machen würde. Nachdem das Abdomen geöffnet, ohne eine Packung einzulegen, wird der Appendix gesucht. Ich kümmere mich nicht darum, ob ein Abszess da ist oder nicht; ich glaube nicht, dass dies von besonderer Wichtigkeit ist. Wenn der Appendix entfernt ist, wird ein Abszess drainiert und der Rest des Peritoneums geschlossen. Keine Drainage, kein Auswaschen. Wenn die Abszesshöhle gross ist, gebrauche ich den Zigarettdrain. Also kein Auswaschen, kein Auswischen, keine temporäre Packung, keine Drainage fürs Peritoneum; nur Abszesshöhlen werden drainiert. Wenn es sich um eine ungeheure Ausdehnung handelt, in einem sehr vorgeschrittenen Fall, da wird die Enterotomie ausgeführt, um den Patienten zu erleichtern, nicht weil ich glaube, dadurch eine Obstruktion überwinden zu können.

Ich bedauere sehr, was Dr. M e y e r betreffs der Kinder gesagt hat. Selbst da, wenn das Kind nicht in einem verzweifelten Zustand ist, sollten wir versuchen, den Appendix heraus zu bekommen. Ich habe Fälle gesehen, in denen eine zweite Operation nötig war. Ich stimme mit Dr. M e y e r überein, was alte Leute betrifft. Wenn diese wiederholte Anfälle bekommen, so sind die Chancen des Lebens nicht dieselben wie bei Kindern. Da können wir warten und einfach den Abszess eröffnen.

Dr. F r a n z T o r e k: Wie wohl manchem von Ihnen bekannt sein wird, habe ich denselben Gegenstand

unter dem Namen diffuse eitrige Peritonitis behandelt. In betreff der Inzision möchte ich sagen, dass dieselbe nach meiner Ansicht an eine Stelle verlegt werden soll, von der aus man den Prozess in allen seinen Teilen gleich gut erreichen kann. Wenn sich nun der Eiter nicht bis ganz nach links erstreckt, sondern nur bis zum äusseren Rande des linken Rektus, so würde die rechte Rektusinzision den Erfordernissen entsprechen. Wenn jedoch der Prozess sich bis ganz nach links hin erstreckt, gibt die Inzision in der Mittellinie den besten Zugang. Von der rechten Rektusinzision kann man die linke Bauchhälfte, besonders das linke Hypochondrium nur sehr unvollkommen reinigen. Was die Grösse der Inzision anbetrifft, so sollte diese nach meiner Meinung gross genug sein, dass man unter Leitung des Auges arbeiten kann. Ich habe Fälle gesehen, wo neben dem freien Eiter noch verschiedene grössere Eiteransammlungen hinter frisch adhärennten Darmschlingen verborgen waren, welche man ohne direkten Einblick nicht entdeckt hätte. Die Gegner der grossen Inzision heben hervor, dass dadurch der Shock vergrössert würde. Ich habe mich davon nicht überzeugen können. Eventration verursacht Shock und wird daher womöglich vermieden. Wenn ich jedoch in die Lage versetzt würde, entweder eventrieren zu müssen oder unvollkommen zu reinigen, so würde ich ganz entschieden eventrieren. Ferner wird hervorgehoben, dass die grössere Inzision zu viel Zeit raubt. Das ist auch nicht der Fall. Wenn man eine grössere Inzision hat, so kann man den wichtigsten Teil der Operation, das Reinigen, viel schneller fertig bringen, als bei kleiner Inzision. Ich habe Operationen mit grosser Inzision mehrmals in 20—25 Minuten beendet.

Was die Frage des Wischens oder Spülens anbetrifft, so scheint es zwei Faktionen zu geben. Die einen wollen immer gewischt haben, die anderen immer gespült. Meiner Ansicht nach soll man darin elektiv vorgehen. Wenn der Eiter sich nur über einen verhältnismässig kleinen Teil des Peritone-

ums verbreitet, wäre es töricht, durch Spülung denselben über die ganze Bauchhöhle zu verbreiten. Wenn wir aber schon diffuse eitrige Peritonitis haben, ist die Spülung entschieden das schonendere Verfahren. Selbst in diesen Fällen jedoch tupfe ich zuerst vorsichtig das Gros des Eiters hinweg und lasse nachher eine sorgfältige Spülung folgen. Das Wischen von ausgedehnten Strecken des Peritoneums halte ich jedoch für absolut falsch, denn dadurch können, wie Dr. Lilienthal hervorgehoben, Läsionen entstehen, welche das Peritoneum in seiner bakteriziden Kraft schädigen.

Was die Drainage betrifft, so mag manchem von Ihnen bekannt sein, dass ich als erster in dieser Krankheit systematisch die Drainage unterlassen habe und mich in allen Fällen der diffusen eitrigen Peritonitis des vollständigen Verschlusses der Bauchwunde bedient habe. Wenn die peritoneale Höhle so gut gereinigt ist, dass man makroskopisch keinen Eiter mehr findet und die Spülflüssigkeit nicht mehr trübe wird, dann ist das Peritoneum imstande, auch noch der übrigen Infektion Herr zu werden, vorausgesetzt dass es nicht durch Einführen fremder Substanzen, wie z. B. Gazedrains, geschädigt worden ist. Je ausgiebiger man drainiert, desto mehr wird das Peritoneum geschädigt und in seinem Kampf gegen Infektion gestört. Nach Fowler wird nur das Becken drainiert und der Patient in eine schräg sitzende Lage gebracht, mit der Idee, dass das eitrige Exudat nach unten ablaufen soll. Ich halte die Anhänger dieser Lehre für grosse Optimisten, denn es handelt sich ja nicht um grosse Ansammlungen von Eiter, die durch ihre Schwere nach unten sinken könnten; denn wären uns diese bei der Operation entgangen, so wären sie gewiss abgesackt, und können schon aus dem Grunde nicht nach unten fließen. Handelt es sich aber um eine flächenhafte Beschmutzung mit Eiter, so wird dieser kraft seiner Adhäsion kleben bleiben. Und ferner halten viele in einer sehr schwer kranken Patienten diese Lage überhaupt nicht aus. In einer Anzahl meiner Fälle habe ich sogar

den Kopf niedriger legen müssen wegen drohenden Kollapses. Die Fälle, die nach der Fowler'schen Methode geheilt worden sind, verdanken gewiss ihre Rettung nicht der Fowler'schen Lage, sondern der Tatsache, dass nur sehr wenig drainiert worden ist und daher das Peritoneum nur wenig Schädigung erlitten hat. Wenn man nicht drainiert, bekommt man auch weniger Adhäsionen, und deshalb ist die Gefahr des postoperativen Ileus bedeutend geringer. Nach dieser Methode habe ich bis jetzt 23 Fälle von diffuser eitriger Peritonitis behandelt und davon 20 gerettet, 3 sind gestorben, aber einer davon, der in moribundem Zustand kam und nie hätte operiert werden sollen. Es wären somit aus 22 Patienten 2 gestorben, was eine Mortalität von 9 Prozent bedeutet. Es ist ganz gewiss, wie Dr. Moschowitz sagt, nicht das letzte Wort gesprochen über die Behandlungsmethode, und es wird wahrscheinlich nie das letzte Wort gesprochen werden. So lange es selbständig denkende Aerzte gibt, wird es verschiedene Methoden der Behandlung geben, und wenn einer nach seiner Methode genügend günstige Resultate erzielt hat, so glaube ich, dass er auch bei der Methode bleiben soll und nicht eine Methode versuchen, die ihm nicht geläufig ist. Er würde dann vielleicht nicht so gute Resultate erzielen.

Dr. Willy Meyer: Ich möchte mich noch in einer persönlichen Bemerkung richtig stellen. Dr. Lilienthal hat mich, glaube ich, nicht richtig verstanden. Ich habe nicht gesagt, dass ich bei Kindern einen gangränösen Appendix nicht entferne. Ich habe gesagt, dass man sich bei Kindern (wie bei alten Leuten), die schwer krank und schwach sind, besondere Mühe geben soll, richtig zu individualisieren und nicht nach der Schablone zu arbeiten. Man soll eben nicht in jedem Fall darauf bestehen, wenn man in der Interimszeit oder auch noch etwas später zur Operation kommt, den Appendix bei Eröffnung des Abszesses mit zu entfernen. Tut man es, so wird man, glaube ich, nicht so viele Kinder am Leben erhalten, als

wenn man etwas konservativer verfährt.

Dr. A. V. Moschowitz (Schlusswort): Um an das anzuknüpfen, was Dr. Meyer jetzt erwähnt hat, so bin ich auch der Meinung, dass man, wenn irgend möglich, den Appendix entfernen sollte. Ich habe mit Dr. Lilienthal freundschaftlich über dieses Thema gesprochen. Ich weiss, ich hätte es erwähnen sollen, dass Dr. Lilienthal nicht genau nach unserer Methode arbeitet, dass er insbesondere keine Gazepackung einlegt. Wir haben diesen Punkt öfters diskutiert, aber wir haben es beim Disputieren lassen müssen, denn wenigstens für den Augenblick kann ich mich nicht mit der Idee befreunden, dass es nicht schädlich ist, den Abszess in die freie Bauchhöhle zu perforieren. Ich glaube wenigstens, dass ein Abszess viel besser entleert werden kann, wenn man ihn mit Gazepackung temporär abgeschlossen hat und den Eiter ausdrückt.

Dr. Torek's Absicht ist es, das Peritoneum zu reinigen. Das kann nur heissen, mehr oder minder reinigen. Wir haben in unserer Methode gar nicht die Absicht, das Peritoneum zu reinigen. Wir tupfen auch nicht, wir wischen nicht. Wir lassen den Eiter so viel wie möglich abfließen. Ein bis zwei Gazetupfer werden oberflächlich in den Douglas eingeführt und damit etwas von dem Eiter herausgeholt, mehr, sozusagen, zu diagnostischen Zwecken, um zu sehen, wie viel Eiter da ist.

Ich weiss auch, dass Dr. Torek seine Fälle von Peritonitis absolut verschliesst. Diese totale Naht wird auch von vielen anderen befürwortet. Es ist eine Genugtuung, ein Sicherheitsventil, mag das Drain noch so klein sein, eines hinein legen zu können.

Dr. Torek hat auch erwähnt, dass die Patienten oft die Fowler'sche Lage nicht gut vertragen. Er befürchtet Gehirnanämie. Wir lassen aber die Patienten nicht im Bett sitzen. Wir heben das ganze Kopfende des Bettes, sodass der Patient gewissermassen im Bett steht, und wir finden,

dass die Patienten das nicht nur sehr gut vertragen können, sondern sich bedeutend wohler fühlen, als wenn sie flach liegen. Diese Fowler'sche Lage benutzen wir auch bei allen Patienten, bei denen wir Pneumonie befürchten.

Präsident Dr. Carl Beck: Die Abstimmung hat ergeben, dass die vorgeschlagenen Kandidaten Dr. R.

Stechmann und Dr. Fr. Hein aufgenommen sind. Ich erkläre dieselben hiermit als Mitglieder der Gesellschaft.

Es werden zur Mitgliederschaft vorgeschlagen Dr. Morris Klein und Dr. Emil Mantner, Newark.

Hierauf Schluss und Vertagung.

Dr. J. A. Beuermann,
Protokoll Sekretär.

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt Chicago.

Sitzung vom 15. November 1906.

Vorsitz: Dr. Herzog.

Programm.

1. Dr. A. Strauch: **Primäre Splenomegalie** (mit Krankenvorstellungen).

2. Dr. Clausius: **Paroxysmale Haemoglobinurie** (mit Krankenvorstellungen).

3. Dr. H. Schiller: **Hauterkrankungen während der Menstruation.**

4. **Geschäftliches:** Aufnahmsgesuche der Herren Dr. Ed. Seufert, Dr. M. Reichmann und Dr. R. Rembe.

Das Protokoll der vorhergegangenen Sitzung wird verlesen und angenommen.

Diskussion zu Dr. Strauch's Vortrag:

Dr. Herzog: Wir nennen diese Erkrankungsform primäre Splenomegalie, weil wir annehmen, dass die Milz das primär-erkrankte sei, ohne jedoch die Ursache dieser Milzvergrößerung vorläufig zu kennen.

Auszuscheiden sind manche Fälle, deren Aetiologie man kennen gelernt hat. Milztumoren mit progressiver Anämie werden häufig in den Tropen z. B. in Indien und auf den Philippinen-Inseln gefunden. Für eine Reihe dieser Fälle ist es bereits gelungen, einen Parasiten als Urheber aufzufinden, der vielleicht in die Gruppe der Trypanosomen gehört. Diese Befunde Lichmann's und Donova'n's wurden von anderen Autoren vielfach bestätigt. Eine ganze Anzahl von Fällen von Milztumor mit Anaemie wird

wahrscheinlich noch weiterhin ausgeschieden werden, wenn sich der parasitäre Ursprung erwiesen haben wird. In den Tropen gibt es aber viele Fälle, deren Aetiologie völlig unbekannt ist. Herzog, der auf den Philippinen-Inseln sehr oft die Kombination von grossen Milztumoren mit Lebercirrhose beobachten konnte, untersuchte hunderte von solchen Milzen auf Parasiten, jedoch mit negativem Erfolge. Die Milzvergrößerungen mit Anaemie auf den Philippinen-Inseln sind vorläufig nicht auf Parasiten zurückführbar.

Bezüglich der pathologischen Anatomie der primären Splenomegalie bemerkt Dr. Herzog, dass die bedeutende Vermehrung der Endothelzellen in der Milz sehr auffallend sei, sodass ursprünglich von den Franzosen der Prozess als diffuse Karzinomatose aufgefasst worden war. Der Haemoglobingehalt ist bei primärer Splenomegalie mehr vermindert als die Zahl der roten Blutkörperchen. Vielleicht ist die enorme Endothelwucherung die Ursache der Anaemie. Im vorliegenden Falle ist die Aenderung des Blutbildes im Sinne einer bedeutenden Besserung sehr interessant; Dr. Herzog würde daher vorläufig zögern, zu operieren. Die allgemeine Auffassung bezüglich der Therapie spricht sich zu Gunsten der Operation aus, Osler hingegen empfiehlt Arsenik auf das Wärmste.

Die von Dr. Strauch erwähnte Vermehrung der eosinophilen Zellen post operationem hat Dr. H. selbst gesehen, sowohl an Menschen als auch bei Tieren. Zum Studium der Frage, ob

sich erworbene Eigenschaften vererben können, splenektomierte Dr. Herzog Ratten in drei fortlaufenden Generationen mit folgender Ueberlegung: Wenn man zum Studium dieser Frage, wie es Weidmann getan, Ratten die Schwänze abschneidet, so bleiben erstere biologisch dieselben Individuen; wenn man den Tieren aber die Milz exstirpiert, so repräsentieren sie, wie man annehmen muss, biologisch andere Individuen. Es liesse sich darum vielleicht die Frage nach der Vererbung erworbener Eigenschaften, wie z. B. einer dauernden Veränderung des Blutes mit mehr Erfolg auf letzterem Wege studieren. Doch geben Dr. Herzog's Experimente keine eindeutigen, unanfechtbaren Resultate.

Dr. Carl Beck bemerkt zur Technik der Splenektomie: für die gewöhnlichen Splenektomien sind einfache Längsschnitte sehr gut. Bei sehr grossen Milztumoren jedoch sind Lappenschnitte zu empfehlen, um jeden starken Zug an der Milz und ein gewaltsames Manipulieren an derselben mit Hinsicht auf die zartwandigen dilatierten Venen vermeiden zu können. Die Entwicklung der Milz kann unter Umständen sehr schwierig sein. Sogar Durchtrennung von Rippen war in einem seiner Fälle notwendig, um die Milz aus der Schnittwunde hervorzubringen. Die Operation ist mit starker Blutung verbunden, der Shock ist oft ein tiefer und kann sich über eine lange Zeit erstrecken, so dass sich die Patienten nur langsam von demselben erholen. In einem von Dr. C. Beck operierten Falle war noch nach 24 Stunden der Puls kaum fühlbar. In einem seiner Fälle trat Exitus letalis durch Sepsis ein; in einem anderen Falle wurden Röntgenstrahlen therapeutisch mit Erfolg verwendet. Solange der Patient behandelt wurde, verkleinerte sich die Milz merklich; nach Unterbrechung der Röntgenstrahlenbehandlung wuchs sie wieder: das Spiel wiederholte sich.

Dr. H. Schiller hält die Fälle für Anaemia splenica, da bei Bantischer Krankheit bereits Ascites und Kachexie vorhanden sein müsste; auch das familiäre Auftreten spreche gegen Bantische Krankheit.

Dr. Strauch (Schlusswort) hat sich bei der Besprechung der Differenzialdiagnose für Anaemia splenica erklärt. Die Leber zeigt ja trotz des wenigstens $3\frac{1}{2}$ Jahre, wahrscheinlich vier Jahre langen Bestehens der Erkrankung beim älteren Patienten keine klinisch nachweisbaren Veränderungen, keine funktionelle Störung im Sinne einer alimentären Glykosurie. Kachexie und Ascites tritt erst im Endstadium der Bantischen Krankheit auf, die höchstens $4\frac{1}{2}$ Jahre dauert; andererseits können bei Anaemia splenica die kachektischen Erscheinungen unter Umständen früh auftreten. Im Frühstadium ist die Differenzialdiagnose wohl meist unmöglich. Der riesige Milztumor bei dem älteren Bruder ist sehr gut beweglich, wie sich die Herren überzeugen konnten, sodass man hier einen langen Stiel und die Abwesenheit grösserer Adhäsionsbildung, speziell mit der Bauchwand vermuten kann. Interessant ist das in der Literatur des öfteren beschriebene gleichzeitige Vorkommen von ausgesprochener Polycythaemie mit Milztumor. Bezüglich der Folgen nach Exstirpation der Milz ist noch hinzuzufügen, dass bei manchen Thieren, wie Pferd, Hund, Frosch, Neubildungen von milzähnlichem Gewebe im Mesenterium und Netz beobachtet worden sind.

Diskussion zum Vortrag des Herrn Dr. Clausius über Paroxysmale Haemoglobinurie.

Dr. Schmauch hat das Blut des demonstrierten Patienten untersucht und keine Besonderheit gefunden ausser einer Verminderung der Resistenzfähigkeit der roten Blutzellen, indem leicht Missformen, z. B. Stechapfelformen derselben entstehen. Plasmodien sind keine nachweisbar. Malaria haemoglobinurica ist auszuschliessen. Patient leidet nur in der kalten Witterung. Die paroxysmale Haemoglobinurie ist eine Erkältungskrankheit. Dass Kälte tatsächlich eine wichtige Rolle spielt, ist nicht nur durch die klinische Beobachtung schon lange bewiesen, sondern auch durch die Tatsache dem Verständnis näher gerückt,

dass das Serum solcher Menschen auf jedes Blut haemolytisch wirkt, falls das erstere abgekühlt worden war. Was aber das haemolytisch Wirkende ist, ist völlig unbekannt.

Dr. **Strauch** empfiehlt für schwere Fälle von paroxysmaler Haemoglobinurie den Aufenthalt in einem südlicheren Klima wenigstens während unserer Winterszeit.

Dr. **Schiller** weist auf die Mitteilungen Dr. **Babek's** aus Rumänien hin, dass bei Gelegenheit einer Winter-

epidemie von Haemoglobinurie unter Rindern diplokokkenähnliche Bakterien im Blute als mögliche Erreger aufgefunden worden seien.

Dr. **Herzog**: Ich weiss nichts von dieser Entdeckung; aber ein typisches Beispiel von Rinder-Haemoglobinurie ist das Texasfieber, eine Piroplasmose, bei welcher Protozoen in den roten Blutkörperchen gefunden werden.

Der Vortrag des Herrn Dr. **Schiller** wird wegen vorgerückter Zeit vertagt.

Bankett der Deutschen Medizinischen Gesellschaft von Chicago,

20. Oktober 1906.

Den Statuten des Vereines entsprechend, den Beginn eines neuen Vereinsjahres in geselliger Weise durch ein Festmahl zu feiern, vereinigten sich zahlreiche Mitglieder und Gäste im Hotel Bismark.

Der abtretende Präsident, Herr Dr. **Gustav Schirmer**, verlas nach dem Essen seinen Jahresbericht und gab folgende Uebersicht über die Leistungen und Schicksale der Gesellschaft:

„Meine Herren! Als abtretender Vorsitzender Ihrer Gesellschaft habe ich die Verpflichtung, Ihnen eine Uebersicht über die Leistungen und Schicksale der Gesellschaft im abgelaufenen Vereinsjahr zu geben. Mit bangen Sorgen übernahm ich seiner Zeit den Vorsitz, meiner schwachen Kraft bewusst, die den Erwartungen des einzelnen Mitgliedes gerecht werden sollte. Wie weit mir das annähernd gelungen ist, dafür sollen Sie heute Abend Richter sein. — Unsere Mitgliederzahl erreichte einen Höchststand von 104, von denen uns leider 2 durch den Tod entrissen wurden. Es bildeten sich zu keiner Zeit befehlende Parteien oder Kliken. Jeder von Ihnen weiss, dass die Bildungshöhe unserer Mitglieder eine ungewöhnlich grosse ist und dass die Bedingungen zu einer zielbewussten harmonischen Ent-

wicklung unserer Tätigkeit ausserordentlich günstige waren. Das zeigte sich denn gleich zu Anfang unsers Vereinsjahres, als wir am 19. Oktober im Germania-Klubhaus unser Stiftungsfest und Prof. **Dr. von Norden** durch einen glanzvollen Empfang feierten. So etwas wäre nicht möglich gewesen, wenn sich nicht unsere Mitglieder, alles kleinliche bei Seite werfend, für eine höhere Idee begeistert hätten. Prof. **v. Norden** konnte auch daher bei seiner Reisebeschreibung in der „Frankfurter Zeitung“ die Deutsche Medizinische Gesellschaft von Chicago rühmend als hervorragendes geistiges Zentrum feiern. Die Summe von geistiger Anregung, die **v. Norden** uns durch seinen einfachen Vortrag gegeben hat, ist eine sehr grosse. Ich selbst habe für das Scharlachfieber die **Nord'schen** Anschauungen in der Praxis durchgeführt und war über die Resultate einfach erstaunt. — Der grossen Feier, welche die amerikanischen Kollegen am 11. November zu Ehren von Prof. Dr. **Senn** abhielten, wohnten sehr viele unserer Mitglieder bei, ebenso der Abschiedsfeier von Dr. **Doherty**, dem ehrenwerten Missionär friedlicher Kultur in den Philippinen. Exofficio war der Verein beim Bankett zu Ehren des Barons **Takaki**, Surgeon-

General of the Imperial Japanese Navy, am 10. Februar vertreten — die erste öffentliche Anerkennung unserer Gesellschaft. — Am 28. April wurde der erste Kommers unter den Auspicien Ihrer Gesellschaft abgehalten. Die Zeit war wegen des Wohnungswechsels nicht günstig gewählt, die Kommers-Idee fand aber Anklang und ein solcher Kommers sollte — etwas länger vorbereitet — wiederholt werden.

Sie sehen an gesellschaftlichen Unterbrechungen hat es nicht gemangelt, sie sollten stets benutzt werden, unsere innere Stärke auch nach aussen zu betätigen. Unsere wissenschaftliche Sitzungen wurden regelmässig am 1. und 3. Donnerstag jeden Monats abgehalten, nachdem das Programm in den vorschriftsmässigen Vorstandssitzungen besprochen worden war. Soweit es meine Kräfte erlaubten, suchte ich für Vorträge auch Kräfte heranzuziehen, die nur ungern sich bestätigten. Auf diese Weise gelang es, dass 30% unserer Mitglieder an Vorträgen sich beteiligten. Erschöpfende Vorträge wurden gehalten über: Ranula, akute Pankreatitis, Halsphlegmone, Dementia paralytica, hyperalgetische Zonen bei Kopfschüssen, okulte Darmblutungen, chirurgische Behandlung des Magengeschwürs, Gehgipsverband, Lungengangrän und über spezielle Kapitel von Augen-, Ohren und Hauterkrankungen. Neben der erschöpfenden Behandlung genannter Themata beschäftigten wir uns zu verschiedenen Malen mit den für den praktischen Arzt zur Zeit so wichtigen 4 Fragen: Tuberkulose, Kindbettfieber, Bier'sche Stauung und der Giftwirkung der Heilsera.

1. Tuberkulose. Wer von Ihnen die letzte Literatur-Übersicht der Tuberkuloseforschung in unserem Vereinsblatt gelesen hat, muss zugeben, dass mit fieberhafter Emsigkeit gearbeitet wird. Nicht weniger denn 58 Arbeiten über Tuberkulose sind referiert. Was die Therapie anbelangt, so kommen nach meiner Anschauung nur 2 Männer in Betracht: Klebs und Behring.

Klebs, unterstützt von nur wenigen Kollegen, hat seit 15 Jahren die Heilung der Tuberkulose angestrebt und hat durch eigene Mittel die kostspieligen Experimente weitergeführt — v. Behring verwandte darauf die Tantiemen des Diph. Antitoxins und seinen Nobelpreis — das Alles war verpulvert, und er war noch nicht am Ziele. Zur Zeit ist er durch die weise Regierung des deutschen Staates in den Stand gesetzt, die Versuche in grossartiger Weise fortzusetzen und die praktische Bedeutung seines Präparates wird jetzt probiert. Nur Assistenten von befreudeten Klinikern werden zum Vorbereitungskurs von 3 Monaten zugelassen und ihre späteren Beobachtungen werden monatlich nur von Behring kontrolliert. In der ganzen Geschichte der Medizin gab es nie eine strammere derartige Organisation. Wie klein und zerfahren dagegen ist die Gemeinde von Prof. D. G. Klebs! Sie begreifen jetzt meine bitteren Worte bei der Diskussion über die Tuberkulose. Dass die Tuberkulose mit dem Tc. von Ed. Klebs heilbar ist, habe ich des öfters angedeutet und ich benutze den heutigen Festabend dazu, um unsern Stifter zu ehren, Ihnen ein Röntgenbild zu zeigen, welches klipp und klar beweist, dass wir mit dem Tc. von Klebs auch eine tuberkulöse Kaverne zur Schrumpfung bringen können.

2. Bier. Die ganze Menge der physiologischen Fragen, welche sich bei der Bier'schen Methode uns aufdrängten, habe ich seiner Zeit berührt. Mein Satz, dass nur eine Klärung der Theorie die praktische Anwendung der Bier'schen Methoden erlaubt, erscheint mir mehr und mehr richtig; die schablonenhafte Anwendung bringt mehr Schaden wie Nutzen. Diejenigen Kollegen, welche meinem Rat folgten und nur die dem Auge sichtbaren Erkrankungen mit der Bier'schen Methode behandelten, sind mir dankbar und mit den Resultaten mehr

denn zufrieden. Meine Hypothese über die katalytische Wirkung des gestauten Blutes hat insofern eine glänzende Bestätigung gefunden, als Dr. Römer in Marburg aus dem Blute ein katalytisches Präparat hergestellt, das den höchsten katalytischen Wert besitzt. Benützt wird dasselbe zur Herstellung der Perhydramin-Milch, einer Milch, die keimfrei sich für Wochen hält. In der Ernährungsfrage wird diese Milch eine grosse Rolle spielen.

3. Kindbettfieber. Mit grösster Genugtuung lauschten wir den Ausführungen von Prof. Dr. v. Rosthorn. Wir sahen, dass die beiden Herren Referenten in dieser Frage, Dr. Schmauch und Dr. Decker, uns wahrheitsgetreu die wissenschaftliche und praktische Ausführung in der Kindbettfrage dargelegt hatten. Diejenigen, welche durch die Äusserung von Prof. Rosthorn betreffs der Kollargolbehandlung knieschwach wurden, möchte ich auf die vor einigen Tagen erschienene Arbeit aus der Bum'schen Klinik in Berlin verweisen, in der Stabsarzt Dr. Hocheisen ein hohes Lied den intravenösen Kollargoleinspritzungen singt gegenüber dem Aronson'schen Serum.

4. Giftwirkung der Heilsera. Das Referat von Strauch war höchst zeitgemäss. Die scheinbar nur theoretischen Ueberlegungen sind praktisch ungemein wichtig, die Kenntnis der neu entstandenen Namen ist für den Leser einer medizinischen Zeitung unumgänglich notwendig. Betrachten wir unter diesem Thema die Giftwirkung fremder Sera auch im Magen, so ergibt sich eine ungemein grosse Perspektive zu neuer Arbeit und neuem Können, besonders bei Erkrankung der Kinder.

Gerade so wie der Anfang unseres Vereinsjahres, glanzvoll und vielversprechend war, ebenso war es auch unsere letzte Sitzung am 14. Juni. Prof. Dr. v. Rosthorn zeigte in vollster Meisterschaft, wie ein deut-

scher Professor sein Thema beherrscht, wissenschaftliche Fragen klar und scharf zu beleuchten versteht. Volle 2½ Stunden sprach derselbe, jedes wichtige Kapitel der Geburtshilfe und Gynäkologie berührend. Mit grösster Genugtuung können wir konstatieren, dass alle die wichtige Kapitel der Wissenschaft von uns schon behandelt worden waren, dass wir also vollständig auf der Höhe der Zeit stehen. Nicht ohne Nebenabsicht sprach er von der Verpflichtung des praktischen Arztes zur selbstständigen Forschung, zur selbstständigen Beobachtung und führte als Beweis der Hochschätzung der Arbeit auch des praktischen Arztes die Tatsache an, dass er in seinen Vorlesungen, die Krankheitsschilderung von Nöggerath regelmässig vorlese.

Sie sehen der Vorstand Ihrer Gesellschaft hat es nicht daran fehlen lassen, dem praktischen Arzt neue Hilfsquellen des Erwerbes zu zeigen, und wenn auch die strenge wissenschaftliche Behandlung einer medizinischen Frage nicht gleich in Dollars und Cents umgesetzt werden kann, der Zuwachs an Energie und Schlussvermögen erhöht unsere Fähigkeit, leichtere Probleme zweckmässig zu lösen, erhebt uns über die Handwerker und beglückt uns mit Selbstbewusstsein und Selbstachtung.

Sie wissen gut genug, dass hochbegabte Mitglieder unseres Vereins uns in ihrer Kurzsichtigkeit die kalte Schulter gezeigt haben, weil wir hier weder Weihrauch streuen noch unser Freund Decker ein bestechlicher Lobeshymnensänger ist. Aber für die, welche sich ehrlich und redlich geplagt haben, lohnt es sich, die Frage zu beantworten: Wozu all' dieser Kraftaufwand und welches ist das Ziel? Mit der Beantwortung dieser Frage kehren wir wieder zurück zu dem Problem, das Dr. Fischkin in unserer ersten Versammlung am 2. November behandelt hat. In traurig düstern Farben hat er uns die Lebens-

philosophie eines Tolstoi erklärt, die ganz und gar identisch ist mit der eines E. d. v. Hartmann: Wenn Alles aufhört, dann ist die Welt erlöst, das ist ihr Ziel und je eher wir dieses Ende des Weltprozesses kommen lassen, desto treuere Jünger sind wir eines Tolstoi. Aus solcher Lebensanschauung müssen wir uns retten, wollen wir glückliche Menschen, rechte Aerzte sein. Wo ist das Heilmittel? Zu den grossen Männern müssen wir aufblicken, deren Ziele und Aufgaben einen neuen Schwung in unsere Köpfe und Herzen bringen. Umlernen müssen wir, wenn das Genie die überkommene Geisteswelt cyklopisch in Stücke schlug, und neue grössere Werte, die alten ersetzen. Dann schwingt unsere Seele mit der mit rastenden Weltenseele in herzerquickender Harmonie. Das nenne ich Lebensbejahung! Selbstgerettet, schwebt dann über uns der Genius

höherer Kultur, und mithelfend retten wir die Menschheit vor der Verkümmernung, vor dem Hinabsinken in die Gleichheit, in's Blöde, Aermliche und Widerliche, gewaltigere Götzen und Götter im Herzen tragend als die Masse."

Die Klänge einer guten Musik und ein Kranz alter Burschenlieder, die wie ein Echo aus weiter Ferne die Poesie deutscher Studentenherrlichkeit widerhallen liessen, verknüpfte die zahlreichen, bald heiter sprudelnden, bald sanft erwachend klingenden Reden, Toaste und Gedichte. Der Abend war ein gelungener und es ist die alljährige Wiederholung solch' einer rein gesellig-kollegialen Vereinigung zur Pflege deutsch-gemüthlichen Wesens im Sinne aller Teilnehmer.

Dr. Aug. Strauch,
Schriftführer.

Therapeutische und klinische Notizen.

—*Coryfin*, der Aethylglykolsäureester des Menthols, ein neues Mentholderivat, wird von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld, in den Handel gebracht. Coryfin stellt eine farblose, ölige, fast geruchlose Flüssigkeit dar, schwer löslich in Wasser, leicht löslich in Alkohol, Aether, Chloroform. Erwärmt man Coryfin mit Alkalien, so wird das Präparat unter Abscheidung von Menthol in seine Komponenten zerlegt. Coryfin ist ein ausgezeichnetes Linderungsmittel bei nervösen Kopfschmerzen, Migräne, auch Schnupfen und Rachenkatarrhen, da an den mit Coryfin behandelten Stellen (Stirn-Nasenschleimhaut) nach der Applikation durch Einpinseln, resp. Einreiben eine allmählich stattfindende Spaltung des Coryfins unter Abscheidung von Menthol stattfindet, wodurch ein lange anhaltendes Gefühl der Kühlung und Erfrischung hervorgerufen wird, resp. eine Erleichterung der Atmung bewirkt wird. Bei Rachenkatarrh und Heiserkeit setzt man dem lauwarmen Gurgelwasser einige Tropfen Coryfin zu oder man lässt im Munde langsam ein Stückchen

Zucker, mit drei bis vier Tropfen Coryfin beträufelt, zergehen. Coryfin kommt in Fläschchen zu 10 und 25 g in den Handel. (Leipziger med. Monatsschrift, 1907, Nr. 3.)

—*Dymal* als Streupulver wird von Linke warm empfohlen. Dasselbe ist im wesentlichen ein salicylsaures Didym und kommt als sehr feines, absolut geruchloses Pulver, daneben aber auch als Dymal-Lanolin salbe in den Handel. In Pulverform dient es zunächst zur Behandlung von Hyperhidrosis und Intertrigo. Bei sekundären Exkoriationen und Rhagaden wirkt es kühlend und austrocknend, vertreibt den penetranten Geruch, der das ganze Zimmer verpesten kann, mindert den Juckreiz, der meist durch das unwillkürliche Kratzen zu einer Verewigung des Leidens führt, und bekämpft die Entzündung. Der Preis des Dymals ist ein sehr niedriger, da es ein blosses Nebenprodukt ist, das bei Herstellung der Auer'schen Glühlichtstrümpfe abfällt und sonst weggeworfen werden müsste. (Therapeutische Neuheiten, Sept. 1906.)

New Yorker
Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der
**Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York,
Chicago, Cleveland und San Francisco.**

Redigiert von DR. A. RIPPERGER.

Bd. XIX.

NEW YORK, 1907.

No. 4.

Originalarbeiten.

Die Mandeln und ihre Bedeutung für die Entwicklung der Tuberkulose.*

Von Dr. E. DANZIGER, New York,

Adj. Otol. and Laryngol. to the Sydenham Hospital and Country Sanitarium of the
Montefiore Home in Bedford, Otol. and Laryngol.
to the German Dispensary.

Die Gaumen und Rachenmandeln sind umschriebene lymphoide Gewebsmassen, die zum grössten Teil in einer bindegewebigen Kapsel enthalten sind.

An ihrer freien, bukkalen Oberfläche sind sie mit einem Säulenepithel bedeckt, welches in den Follikeln, die tief in das Stroma der Mandeln hinein tauchen, die Form des Pflasterepithels annimmt.

Das Epithel zeigt zahlreiche Defekte, die nach Stoehr physiologisch und für die Durchwanderung von Lymphozyten bestimmt sind.

Die Mandel selbst besteht aus einem Stroma von Bindegewebe, in dem die Blut- und Lymphgefässe enthalten sind und in den Maschen des bindegewebigen Netzes Lymphozyten.¹⁾

In der Tiefe der Follikeln sind Keim-

zentren, wo wir Zellen finden, die sich mitotischer Teilung unterziehen.

Die neu entstandenen Lymphozyten werden entweder durch die Follikeln in den Rachen entleert oder wandern durch die vorher erwähnten Stoehr'schen Defekte in die tiefen Gewebsschichten der Mandeln und von dort in die Lymphgefässe oder Blutzirkulation. Wood²⁾ hat in einer Reihe von Experimenten die Lymphdrainage der Mandeln demonstriert, dadurch dass er unter Druck Anilinfarben in das Mandelgewebe einspritzte, und es gelang ihm auf diese Weise, die Vasa efferentia zu injizieren. So fand er dann, dass die Gaumenmandeln in die oberflächlichen Halsdrüsen und von dort in die tiefen vorderen Lymphdrüsen des Halses, die unter dem vorderen Rande des Sternkleidomastoi-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York am 6. Mai 1907.

¹⁾ J. Gordon Wilson: Some Anatomical and Physiological Considerations of the Fauical Tonsil. „Journal of American Med. Association,“ May 26, 1906.

²⁾ George B. Wood: The Lymphatic Drainage of the Fauical Tonsil. „Am. Jour. of Med. Science,“ August, 1905. and The Lymphatic Drainage of the Pharyngeal Tonsil. „Am. Jour. of Med. Science,“ May, 1906.

deus-Muskel gelegen sind, drainieren. Die erste dieser Kette wird, wenn sie geschwollen ist und von andern geschwollenen Drüsen vorwärts gedrängt wird, häufig mit der Submaxillardrüse verwechselt.

Die Rachenmandel drainiert in die retropharyngealen Drüsen und von dort in die subokzipitalen und tiefen hinteren Halsdrüsen unter dem hinteren Rande des Sternokleidomastoideus.

Durch Anastomose mit den retrosternalen, peritrachealen und Bronchialdrüsen kann Infektion direkt nach der Pleura und den Lungenspitzen gelangen.³⁾ Die Rachenmandel liegt am Dache des Pharynx am Eingange zum Atmungs- traktus und inspirierte Luft trifft sie direkt.⁴⁾

Die Gaumenmandeln liegen am Eingange zum Verdauungstraktus zwischen den Gaumenbögen, die beim Schlucken die Mandeln zusammen drücken.

Die physiologische Funktion der Mandeln besteht in der Produktion von Lymphozyten. Goodale⁶⁾ von Boston zeigte in einer Serie von Versuchen, wie die Mandeln auf die Einführung von fremden Substanzen reagieren. Er applizierte eine Karminlösung auf eine Anzahl Mandeln, die zur Entfernung bestimmt waren. Er liess dann verschiedenen lange Zeitabschnitte verstreichen, bevor er dieselben exstirpierte und kam zu folgenden Schlüssen: Nach einer kurzen Zeit kann man Karminpartikel in den Follikeln sehen. Hier und da findet man einen Leukozyten, der Farbstoffteilchen enthält. Allmählich dringen Karminteilchen durch die physiologischen Defekte und werden im subepi-

³⁾ Grober: Tonsillen als Eingangspforten für Infektion. Klinische Jahrbücher, 1905.

⁴⁾ T. L. Goodale: Ueber die Absorption von Fremdkörpern durch die Gaumenmandeln mit Bezug auf die Entstehung von infektiösen Prozessen.

⁵⁾ Dmochowitz: Ueber sekundäre Erkrankungen des Mundes und der Balgdrüsen an der Zungenwurzel bei Schwindsüchtigen. „Ziegler's Beiträge,“ Vol. X.

thelialen Gewebe von Leukozyten umringt, deren Kerne häufig in Teilung begriffen sind. Später dringt das Karmin tiefer in das Stroma ein und kann sogar in den Lymphgefässen gesehen werden. Bakterien werden nicht so leicht absorbiert.

Tuberkelbazillen sind aber von Dmochowitz⁵⁾ und Wood⁷⁾ gesehen worden, wie sie das Epithelium durchdrangen.

Bakterien können in die Tonsillen einwandern durch ihre eigene Bewegungsfähigkeit oder dadurch, dass sie in Kolonien hineinwachsen.

Die Wahrscheinlichkeit, ob sie in das Stroma eindringen werden oder nicht, hängt erstens von ihrer Zahl, zweitens von ihrer Virulenz, drittens von der individuellen Widerstandsfähigkeit und viertens und hauptsächlich von dem Zustand der Mandel ab.

Das Epithel scheint die Barriere zu sein, die das Eindringen von Bakterien verhindert. Ist diese zerstört, dann steht der Infektion Thür und Thor offen.

Es ist die Infektion mit der Tuberkulose, auf die ich in dieser Verbindung näher eingehen will.

Wir alle wissen, wie häufig bei Kindern eine chronische Schwellung der Lymphdrüsen stattfindet. Man pflegt in diesen Fällen von der skrofulösen oder lymphatischen Diathese zu sprechen. Schlenker⁸⁾ und Krueckmann⁹⁾ haben durch ausgedehnte Untersuchungen nachgewiesen, dass ein grosser Prozentsatz dieser Drüenschwellungen auf tuberkulöse Prozesse zurückzuführen ist. Die Infektion dieser Drüsen findet entweder durch eine

⁷⁾ Wood: A Contribution to the Study of Tuberculosis of the Tonsils. „Laryngoscope,“ May, 1906.

⁸⁾ Schlenker: Untersuchungen über die Entstehung der Tuberkulose der Halsdrüsen besonders über die Beziehung zur Tuberkulose der Tonsillen. „Virchow's Archiv,“ Bd. 134.

⁹⁾ Krueckmann: Ueber die Beziehung der Tuberkulose der Halsdrüsen zu den Tonsillen. „Virchow's Archiv,“ Bd. 138.

retrograde Thrombose der Lymphgefäße statt, die ihren Ursprung in einer Lungentuberkulose hat, oder durch eine Infektion in den Gaumen oder Rachenmandeln. Sie untersuchten in Fällen von Adenitis cervicalis tuberculosa die Mandeln histologisch und fanden in einer grossen Anzahl derselben tuberkulöse Läsionen. Sie fanden dieselben Veränderungen, wie D m o c h o w i t z und W o o d sie beschrieben haben, nämlich: eine geringe Anzahl von Tuberkelbazillen in den Follikeln, wo sie das Epithel durchwandern. Das letztere reißt sich entweder teilweise von dem unterliegenden Bindegewebe ab oder wird manchmal im Ganzen ausgestossen. In den subepithelialen Schichten findet man Tuberkeln und Riesenzellen.

Was die Häufigkeit tuberkulöser Läsionen betrifft, kommen verschiedene Forscher zu verschiedenen Resultaten in Folge der von ihnen angewandten verschiedenen Untersuchungsmethoden.

Die einen untersuchen mikroskopisch und sehen jeden Fall als tuberkulös an, in dem sie Tuberkeln und Riesenzellen finden, obgleich P i l l i e r¹⁰⁾ in einer Serie von zehn Rachenmandeln, die Riesenzellen enthielten, durch Innokulation keine Tuberkulose hervorbringen konnte.

Andererseits ist die Tuberkulationsmethode, d. h. die Einimpfung von verdächtigem Gewebe in das Peritoneum des Versuchstieres oft unzuverlässig aus folgenden Gründen:

1. wegen der individuellen Wiederstandsfähigkeit des Tieres;
2. wegen der Möglichkeit einer vorher bestehenden Tuberkulose. Man muss daher immer eine Läsion an der Impfstelle nachweisen;
3. wegen der Möglichkeit, dass Tuberkelbazillen im Sekret der Mandeln enthalten sind, ohne tuberkulöse Er-

krankung dieser Organe (S t r a u s s¹¹⁾);

4. wegen der Möglichkeit, dass das Gewebstück zufällig keine tuberkulöse Läsion enthielt, obgleich die Mandeln erkrankt sind.

Man sollte daher beide Methoden gleichzeitig anwenden, um zuverlässige Resultate zu erhalten.

Wir müssen zwei Formen der Mandeltuberkulose unterscheiden, die akute und chronische.

Die akute Mandeltuberkulose wird als eine Teilerscheinung der akuten Miliartuberkulose gefunden oder als ein metastatischer Prozess im letzten Stadium der Lungentuberkulose. Sie verursacht dann grosse Gewebszerstörungen in der Form von irregulären Ulzerationen, in dem nicht ulzerierten Gewebe sieht man die gelblichen Miliarknötchen.

Im Gegensatz zu dieser akuten Form verläuft die chronische fast immer latent und symptomlos. Diese letztere Erkrankung ist entweder primär oder sekundär. In Fällen von Lungentuberkulose wurde bei der Autopsie Mandeltuberkulose sehr häufig gefunden, obgleich *intra vitam* kein einziges Symptom darauf hindeutete.

Schlenker, Schlesinger, Walcham, Ito, Dmochowitz, Krueckmann und Strassmann fanden in 136 Fällen von Lungentuberkulose 94 von Mandeltuberkulose oder 69%.

Die Infektion der Mandeln in den sekundären Fällen findet durch das Sputum statt. Während des Hustenaktes wird der tuberkelbazillenhaltige Auswurf auf die Oberfläche der Mandeln aufgelagert, während des Schluckens drücken die Gaumenbögen die Mandeln zusammen und pressen das Sputum in die Krypten, von wo dann die Bazillen in das Stroma eindringen. Dass die sekundäre Läsion in nicht sehr bösarti-

¹⁰⁾ P i l l i e r: Note sur la présence de cellule géante dans les végétations adénoïdes du pharynx. „Bulletin de la Société anatomique de Paris, May 25, 1892.

¹¹⁾ S t r a u s s: Sur la présence du bacille de la Tuberculose dans les cavités nasales de l'homme. „Annales des maladies de l'oreille et du larynx,“ 1895.

ger Weise um sich greift und grosse Gewebszerstörungen hervorruft, ist dadurch zu erklären, dass der Körper durch die schon bestehende Lungentuberkulose einen bestimmten Grad der Immunität erreicht hat. *Bandelier*¹²⁾ und *Grawitz* haben durch eine Reihe von Beobachtungen gezeigt, dass der Prozentsatz von Mandeltuberkulose im Verhältnis zur Menge des Sputums wächst. Was die primären Erkrankungen der Tonsillen anbetrifft, so ist *Larmoyez*¹³⁾ wohl der erste, der diese Form der Tuberkulose beobachtete.

Einer seiner Patienten verfiel nach der operativen Entfernung der Rachenmandel rapide und entwickelte Lungentuberkulose. Dieser Umstand veranlasste ihn, 32 Rachenmandeln von scheinbar nicht tuberkulösen Patienten zu untersuchen, wobei er zweimal Tuberkulose dieses Organs feststellte und zwar durch die Inokulationsmethode.

Brindel, *Baup*, *Ruge*,¹⁴⁾ *Dieulafoy*,¹⁵⁾ *Gottstein*,¹⁶⁾ *Pluder* und *Fischer* bestätigen seine Untersuchungen. *Wood* stellt eine Tabelle aus der Literatur zusammen, worin unter 1671 Fällen 88mal primäre Mandeltuberkulose gefunden wurden oder 5%.

Wie findet nun die Infektion in diesen primären Fällen statt?

Die Rachenmandel liegt am Eingange

¹²⁾ *Bandelier*: Tonsillen als Eingangspforten der Tuberkulose. „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose,“ 6. Band, 1. Heft, 1906.

¹³⁾ *Larmoyez*: Des Végétations adénoïdes tuberculeuses. „Annales des maladies de l'oreille et du larynx.“ 20. April 1894.

¹⁴⁾ *Ruge*: Die Tuberkulose der Tonsillen vom klinischen Standpunkte. „Virchow's Archiv,“ Bd. 144.

¹⁵⁾ *Dieulafoy*: „Bulletin de l'Académie de Médecin.“ April and May, 1895.

¹⁶⁾ *Gottstein*: Pharynx und Gaumentonsille als primäre Eingangspforte der Tuberkulose. „Berl. klin. Wochenschrift,“ August 1896.

¹⁷⁾ *Pluder* und *Fischer*: Ueber primäre latente Tuberkulose der Rachenmandel. „Fraenkel's Archiv,“ Vol. IV.

des Atmungstraktes, und die durch die Nase eingeatmete Luft trifft dieselbe mit ziemlicher Kraft. Ist die Mandel nun hyperplastisch, und sind ihre Follikel durch vorhergehende entzündliche Zustände ihres Epithels verlustig gegangen, so kann man leicht sehen, wie die eingeatmeten Tuberkelbazillen den geeigneten Nährboden für ihr Entwicklung und Tätigkeit finden. Ist die Rachenmandel so stark vergrössert, dass die Nasenatmung unmöglich wird und Mundatmung eintritt, so ist es klar, wie auf dieselbe Weise die Infektion der Gaumenmandeln möglich wird. Am häufigsten werden die letzteren aber infiziert durch tuberkelbazillenhaltige Nahrungsstoffe. *Orth*¹⁸⁾ und *Baumgarten* fütterten Tiere mit tuberkulösem Gewebe und fanden nach kurzer Zeit immer eine Tuberkulose der Hals- und Bronchialdrüsen, allerdings auch später der Mesenterialdrüsen, meistens ohne Läsionen im Darne.

Nachdem die Infektion der Mandeln stattgefunden hat, bleibt dieselbe lokalisiert, und können die Läsionen vollständig verheilen, oder die Infektion dehnt sich auf die Halsdrüsen, Peritracheal- und Bronchialdrüsen aus, um von dort direkt in die Pleura zu gelangen oder die Lungenspitzen in Mitleidenschaft zu ziehen durch den Zerfall einer benachbarten Bronchialdrüse. Solche Fälle sind von *Wood* und *Richardson* von Chicago beobachtet worden.

Andererseits kann die Infektion auch durch den Lymphstrom direkt die Zirkulation erreichen und so eine Miliartuberkulose verursachen. Ein Beobachter fand auch, dass die Rachenmandelinfektion die retropharyngealen Drüsen angreift, durch deren Zerfall die Halswirbelsäule erkrankte und eine Pott'sche Krankheit zu Stande kam.

Als wichtig ist zu betonen, dass die chronische Tuberkulose der Mandel latent verläuft.

¹⁸⁾ *Orth*: Experimentelle Untersuchungen über die Fütterungstuberkulose. „Virchow's Archiv,“ 76.

Wenn man daran denkt, dass die Prozesse in der Tiefe der Krypten oder in dem subepithelialen Gewebe stattfinden, kann man leicht sehen, warum es unmöglich ist, diese Läsionen zu diagnostizieren. Ich habe im Montefiore Home Sanatorium hundert Fälle von Lungentuberkulose klinisch auf Tonsillenerkrankung untersucht, und obgleich es durch die vorherbeschriebenen Untersuchungen feststeht, dass ungefähr 69% an Tonsillentuberkulose leiden, konnte ich in keinem einzigen eine andere klinische Diagnose machen als hypertrophische, atrophische, katarrhalische Mandeln oder in einzelnen Fällen gelbliche Sekretanhäufungen in den Krypten. Denkend an die Schlussfolgerung *Bandelier's* über die Zunahme der Erkrankung mit der Menge des Sputums, liess ich die Patienten nach der Menge ihres Auswurfs klassifizieren, konnte aber auch klinisch nicht beobachten, dass die Mandelerkrankungen der Menge des Auswurfs entsprach.

Wenn wir nun aber wissen, dass es eine primäre Mandeltuberkulose gibt, müssen wir in Fällen von chronischen Halsdrüenschwellungen an die Möglichkeit der Infektion durch die Tonsillen denken und dürfen nicht glauben, dass mit der Entfernung der Drüsen alles getan ist. Wir müssen uns über den Zustand der Mandeln vergewissern und, wenn sie irgendwie erkrankt sind, dieselben entfernen, weil wir sonst vielleicht die *fons et origo* der Infektion zurücklassen.

Die Entfernung der Mandeln muss absolut radikal sein, weil wir wissen, dass die Läsionen in der Tiefe der Follikeln gelegen sind, die sonst die Bindegewebskapsel erreichen. Wenn nach einer solchen Operation der Patient sich nicht erholt oder abnimmt, muss man sofort die hygienisch diätetische Behandlung einschlagen, um einer möglichen Ausdehnung der Tuberkulose einen Riegel vorzuschieben.

Dr. E. DANZIGER, 6 W. 126. Str.

Auszüge aus der neuesten Journalliteratur.

Max Jacoby (Mannheim): Zur Behandlung der Dysmenorrhoe.

Ueber die Behandlungsweise der Dysmenorrhoe sind vielfach widersprechende Ansichten geäußert worden. Es beruht dies zum grossen Teil auf der Verschiedenartigkeit der Aetiologie dieser Affektion. Es ist bekanntlich durchaus nicht immer eine rein mechanische Behinderung des monatlichen Blutabflusses oder sonstige pathologisch-anatomische Veränderungen an den Geschlechtsorganen, wodurch die dysmenorrhoeischen Beschwerden hervorgerufen werden; vielmehr macht schon *Theilhaber* darauf aufmerksam, dass die Dysmenorrhoe sehr häufig eine idiopathische Krankheit sei, die eine pathologisch gesteigerte Sensibilität der uterinen Nerven zur Ursache hat. Dass

diese Nervenerregbarkeit meist einer bestehenden Chlorose zur Last fällt, dass sie sich weiterhin zu ernsteren Störungen im Zentralnervensystem, zu funktionellen Neurosen, vor allem Hysterie steigert, ist ein Vorgang, den man täglich beobachten kann.

Bei der Behandlung der dysmenorrhoeischen Erscheinungen ist es natürlich nötig, auf diese verschiedenen Ursachen Rücksicht zu nehmen. Ist die Dysmenorrhoe lediglich Folge eines bestehenden Leidens, etwa von Dislokation des Uterus, von Stenose des Muttermundes, von Entzündungsprozessen des Uterus und seiner Anhänge, von Polypen und Myomen, so wird die Beseitigung des Grundübels auch die dysmenorrhoeischen Beschwerden zum Verschwinden bringen. Anders ist es schon, wenn man einer zurückgebliebenen

benen Entwicklung der Geschlechtsorgane begegnet. In geeigneten Fällen wird hierbei zwar eine roborierende Behandlung in Verbindung mit Thure-Brandt'scher Massage fördernd einwirken, viele Fälle bieten aber jeder physikalischen Behandlung Trotz. Das Gleiche gilt auch von der so häufigen eigentlichen idiopathischen Dysmenorrhoe ohne anatomische Grundlage. Von den zahlreichen schmerzlindernden Mitteln, die hier empfohlen wurden, wird wohl am meisten die Kombination von Bromkali mit Valeriana und Extr. viburn. prunifol. angewandt, wenn auch der Nutzen dieser Medikation meist recht zweifelhaft sein dürfte.

J. lenkt nun die Aufmerksamkeit auf eine Therapie, die ihn in einer grossen Anzahl von Fällen noch nicht im Stiche gelassen und ihm deshalb angesichts der schwierigen Behandlung der idiopathischen Dysmenorrhoe wohl zu verdienen scheint, in die weitesten Kreise zu dringen. Es ist die Verabreichung relativ hoher Dosen von Styptol. Alle Autoren stimmen darin überein, dass wir im Styptol ein wertvolles Mittel zur Bekämpfung von Gebärmutterblutungen besitzen, dessen Wirkung auch dann meist noch eintritt, wenn andere Mittel versagt haben. J. fand diese Angaben bestätigt. Ebenso wie die meisten Autoren zieht er das Styptol den sonst angewandten Haemostaticis, besonders dem Extract. hydrastis. canad., dem Stypticin und dem Sekale entschieden vor, da die Wirkung dieser letzten nicht nur unsicher ist, sondern speziell bei den Sekalepräparaten auch öfters unangenehme Nebenwirkungen beobachtet werden. Er zweifelt deshalb nicht, dass das Styptol in Zukunft die übrigen uterinen Haemostatica immer mehr verdrängen wird, denn es hat ausser der besseren Wirkung auch den Vorzug der Billigkeit. Was nun die Wirkungsweise des Styptols betrifft, so haben sich damit ausser Abel und Mohr, Vieth (Ludwigshafen), auch Chiappe und Ravano in der Bossi'schen Klinik (Genua) befasst. Die Experimente derselben zeigten, dass das Styptol keine Wirkung auf

die Uterusmuskulatur ausübt, so dass es z. B. auch in der Schwangerschaft gegeben werden kann, ohne Wehen zu erzeugen, und ferner ging aus ihnen besonders eine deutliche sedative Wirkung des Mittels hervor. Mit grösseren Dosen beobachtete man auch bei Menschen beruhigende und Schlafmachende Wirkung. Diese sedative Wirkung scheint nun von grosser Bedeutung bei der Verwendung des Styptols gegen Dysmenorrhoe zu sein. Ausserdem weist J. auch noch auf einen Versuch von Mohr hin, der eine direkte Verminderung der Erregbarkeit der uterinen Nerven durch Styptol zu beweisen scheint. Mohr legte bei einem trächtigen Kaninchen den Uterus frei und erzeugte durch elektrische Reizung der Nerven des Plexus hypogastricus, die zum Ganglion uterinum verlaufen, Kontraktionen des Uterus. Als dann Styptol injiziert worden war, wurde durch den gleichen Reiz an gleicher Stelle keine resp. nur eine sehr schwache Kontraktion hervorgerufen. Die Reizempfindlichkeit der uterinen Nerven war also offenbar durch das Styptol herabgesetzt worden. Bedenkt man nun weiter, dass die Dysmenorrhoe vornehmlich mit einer hohen Empfindlichkeit des Endometriums, die sich besonders bei der Berührung mit der Sonde zeigt, in Verbindung zu bringen ist, so erklärt sich hiermit leicht, dass ein Mittel, welches eine Verminderung der Erregbarkeit der diesbezüglichen Nerven bewirkt, auch schmerzlindernd bei Dysmenorrhoe wirken muss. Diese kombinierte sedative und hämostatische Wirkungsweise des Styptols verleiht diesem Mittel besondere Vorzüge vor den anderen Stypticis, vornehmlich den Präparaten des Mutterkorns, welche bekanntlich Uteruskontraktionen erregen und die daher zur Behandlung der Dysmenorrhoe ebenso wie bei Blutungen in der Schwangerschaft kontraindiziert sind.

Auch die pharmakologische Zusammensetzung des Styptols ergibt leicht eine Erklärung für seine Doppelwirkung. Das Styptol ist bekanntlich das neutrale phtalsäure Salz des Cotarnins. Sowohl beim Cotarnin wie bei der

Phtalsäure ist die blutstillende Wirkung nachgewiesen. Die sedative Wirkung des Styptols wird verständlich durch seine Darstellung aus dem Opiumkaloid Narkotin. Man könnte die Wirkungsweise des Styptols bei Menstrualkolik sehr wohl mit derjenigen des Opiums bei Darmkolik vergleichen. Anfänglich wurde das Styptol bekanntlich lediglich als Haemostaticum in die Therapie eingeführt. So wurde auch in Breslau an der dortigen gynäkologischen Abteilung Styptol bereits allgemein angewandt, aber nur zur Bekämpfung von Blutungen. Erst die Versuche von Abel und Vieth veranlassten J., Styptol auch als Sedativum bei Dysmenorrhoe zu geben. J. hat nun seit geraumer Zeit seine Aufmerksamkeit diesem Gebiete besonders zugewandt und verfügt zur Zeit über einige fünfzig solcher Fälle. Die Erfahrungen, die er hierbei mit Styptol machte, waren meist so überraschend gute, dass er den Kollegen nur angelegentlichst empfehlen kann, einen Versuch damit zu machen. Um den gewünschten Erfolg zu erzielen, ist aber durchaus zu beachten, dass nicht zu kleine Dosen verabreicht werden. Die ungünstigen Erfahrungen, die z. B. Weissbart mit Styptol bei Dysmenorrhoe machte, finden ihre Erklärung in der geringen Dosis, in der er das Mittel verordnete. Er selbst schiebt den Misserfolg auf den Umstand, dass es sich um Patientinnen handelte, bei welchen der Schmerzen wegen bereits eine Menge Medikamente zur Anwendung gelangt wären, und die dadurch skeptischer wurden. Er verordnete pro die zirka 4 Tabletten à 0,05 g. Da von sämtlichen Autoren die geringe Giftigkeit des Styptols nachgewiesen wurde, so ist es ganz unverständlich, dass dieses Mittel von einem Teil der Autoren in so geringen Dosen verordnet wird. Gewiss wird bei einfachen Menorrhagien oft schon nach 3mal täglich 1 Tablette gute Wirkung gesehen, aber wenn auch die styptische Dosis so niedrig liegt, so liegt doch die sedative Dosis, auf die es bei Dysmenorrhoe ankommt, wesentlich höher. Dies liegt wohl daran, dass die sedative Wirkung

hauptsächlich vom Cotarnin ausgeht, während die styptische auch von Phtalsäure mit unterstützt wird. Auch Chiappe, Ravano und Paolletti heben hervor, dass, wenn jemand einmal von Styptol keine zufriedenstellenden Resultate bekommt, dies meist auf Rechnung einer zu geringen Dosis zu setzen ist. J. hat von diesem Mittel, das übrigens in Form von roten Tabletten in Originalröhrchen zu 20 Stück à 0,05 g in den Handel kommt, sofort 4 mal 2 Tabletten pro die gegeben, in schweren Fällen von Dysmenorrhoe sogar mit 4 mal 3 Tabletten pro die begonnen, ohne auch nur einmal eine nachteilige Wirkung auf eines der Organe beobachtet zu haben. Einmal begegnete ihm eine Patientin, die Tabletten nicht zu schlucken vermochte. Er liess für solche Fälle folgendes Rezept anfertigen:

Rp. Styptol pulv. 1,0
 Sir. simpl. 50,0
 Aqu. foenicul. 50,0

M. D. S. 3 mal täglich 2 Teelöffel am besten mit etwas Kognak zu nehmen. Diese Ordination wurde gut vertragen und erzielte die gewünschte Wirkung.

Es ist ferner wichtig, mit der Darreichung des Styptols nicht erst bis zum Tage des Auftretens der dysmenorrhoeischen Beschwerden zu warten, sondern mit der Verabreichung schon 2—3 Tage vorher zu beginnen. J. gibt in der Regel 3 Tage vor dem Termin der Menses 3 mal 2 Tabletten und steigert dann allmählich die Dosis bis 5 mal 2 Tabletten. Das Mittel wird dann während der ganzen Dauer der Menses genommen. Diese schon vorzeitig beginnende Darreichung des Mittels übt zu gleicher Zeit auch einen viel günstigeren Einfluss auf die Blutung aus. Sehr häufig sind die dysmenorrhoeischen Beschwerden von lange dauernden und starken Menorrhagien begleitet. J. hat fast stets bei eben beschriebener Darreichung sowohl die Stärke der Blutung vermindern wie ihre Dauer verkürzen können.

Noch auf einen Punkt weist J. bezüglich der therapeutischen Anwendung des Styptols hin. Wie schon früher hervorgehoben, stellen ein

grosses Kontingent zu den mit dysmenorrhoeischen Beschwerden behafteten Personen die chlorotischen Individuen. Die Wirkungsweise des Styptols wird nun wesentlich unterstützt, wenn man diesen Patientinnen während der intermenstruellen Zeit ein blutbildendes Mittel verbunden mit einer Milchkur verabfolgt. Es ist dabei nur zu beachten, dass man mit der Darreichung der blutbildenden Präparate vor Beginn der Menses, also vor Verabfolgung des Styptols aufhört.

Zum Schluss fasst J. seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen:

Es ist zu unterscheiden zwischen Dysmenorrhoe als Symptom und Dysmenorrhoe als idiopathische Krankheit. Gegen die idiopathische Dysmenorrhoe besitzen wir in Styptol ein Heilmittel, welches nicht nur vorübergehend beruhigend wirkt, sondern die Krankheit meist dauernd zu heilen imstande ist. Infolge seiner doppelten sedativen und hämostatischen Wirkung ist es ein sicheres Mittel gegen schmerzhafte und langdauernde Menstruation. Die sedative Wirkung bleibt fast nie aus, wenn es in genügend starker Dosis verordnet wird. Die tägliche Dosis sei 4—5 mal 2 Tabletten à 0,05 g oder 3 mal 3 Tabletten. Irgend welche toxische Wirkungen sind bei Gebrauch des Styptols bisher überhaupt noch nicht beobachtet worden. Mit der Darreichung des Styptols gegen dysmenorrhoeische Beschwerden ist schon einige Tage vor Beginn der zu erwartenden Menses anzufangen. Bei gleichzeitig bestehender Chlorose ist während der intermenstruellen Zeit ein blutbildendes Präparat verbunden mit einer Milchkur zu verordnen. (Die Therapie der Gegenwart, Jhrg. VIII. H. 6.)

H. Vieth und O. Ehrmann: Untersuchungen und Beobachtungen über ältere und neuere Balsamica.

Man hat bis in die neueste Zeit angenommen, dass die reinen Balsamica, z. B. das reine Sandelöl, als solche keine Nebenwirkungen hervorbringen und diese nur von deren Verunreinigungen resp. Verfälschungen mit Zu-

satzpräparaten hervorgerufen werden. Es lässt sich jedoch mit Sicherheit nachweisen, dass auch ganz reine Präparate unangenehme Nebenwirkungen hervorrufen können. Allerdings ist bei der Prüfung der Balsamica zu beachten, dass sie auch im echten und unverfälschten Zustande nicht immer gleichmässig beschaffen sind, da sie in dem Verhältnis ihrer natürlichen Komponenten oft beträchtlich schwanken. Der Kopaivabalsam z. B. besteht aus Kopaivaölen und Kopaivaharzen, deren gegenseitiges Mengenverhältnis aber nicht konstant ist, sodass schon darin gewisse Wirkungsunterschiede bedingt sein können.

Es wurden untersucht: Terpentinöl, Fichtenharz, die Kopaivabalsamarten, das ostindische und westindische Sandelöl, Zedernöl, Wacholderbeeröl, Kubebenextrakt und Kawaharz.

Die Prüfungen und Versuche basierten auf der Zerlegung der Balsamica in ihre Komponenten, wobei von Vieth vier verschiedene Körperklassen isoliert wurden, welche in einem nahen genetischen Zusammenhang stehen, nämlich: I. Terpene, II. Terpenalkohole, III. Harzsäuren, IV. Resene und andere Neutral-Harze und -Ester. Alle Balsamica liefern bei der Trennung eine oder mehrere solcher Gruppen.

Mit den erhaltenen Substanzen wurden nun bei den Tierversuchen zuerst äussere, lokale Applikationen vor der innerlichen Verabreichung gemacht, zur genauen Feststellung, welche Körpergruppen hauptsächlich die Reizwirkung auf die Oberflächen lebender Gewebe ausüben.

Körperklasse I: Terpene, $C_{10}H_{16}$ und Sesquiterpene, $C_{15}H_{24}$, reine Kohlenwasserstoffe. Dazu gehören: Terpentinöl, die Kopaivaöle aus den verschiedenen Kopaivabalsamarten, das Santalen des Oleum santali, die Hauptmassen des Zedernöls und Wacholderbeeröles. Bei äusserlicher Anwendung sind alle diese Oele starke Reizmittel. Die Versuche wurden hauptsächlich an Kaninchenohren gemacht, die am empfindlichsten reagieren. Pur eingerieben rufen sie alsbald Entzündung, manchmal schon nach 24 Stunden Ex-

sudation hervor. Bei innerlicher Anwendung treten ebenfalls Reizerscheinungen, speziell der Nieren auf. Die Diurese steigt schon nach kleinen Dosen, bei gesunden Menschen um etwa 50 Prozent nach Dosen von 1—2 g. Bei fortgesetzter Darreichung geht diese Vermehrung der Harnsekretion allmählich zurück.

Körperklasse II: Terpenalkohole. Hierhin gehören: das Santalöl des ostindischen Sandelöls, Amyrol des westindischen Sandelöls und Credol des Zedernöls. Bei ein- bis zweimaliger Einreibung der Sandelöle (die hauptsächlich aus den Alkoholen bestehen) oder der reinen Terpenalkohole sieht man noch keine Reizwirkung. Erst bei fortgesetzter Anwendung wird beginnende Reizung beobachtet. Nach innerlichem Gebrauch grösserer Dosen bei Kaninchen (1 g pro Kilo) sieht man Magendarmstörungen und Temperaturherabsetzung von 38° auf 36°; speziell junge Tiere gehen bei fortgesetzten Gaben meist ein, unter ähnlichen Erscheinungen wie nach Verabreichung der Terpene. Diese Körper sind also zwar milder als die reinen Terpene der Klasse I, doch ist es keineswegs angängig, sie als ganz reizlos zu bezeichnen, wie dies von manchen neueren Autoren geschieht. Das zeigt auch die klinische Erfahrung.

Körperklasse III: Harzsäuren. Hierhin gehören: Fichtenharz oder Kolophonium, die verschiedenen Kopaivaharzsäuren, ferner wahrscheinlich Kubebenharzsäure und Kawaharzsäure (beide noch wenig untersucht). Bei der äusseren Anwendung zeigen nun die Substanzen dieser Gruppe zum Unterschiede von denen der vorhergehenden, dass die lokale Reizwirkung fehlt. Dasselbe ist auch nach innerer Anwendung bei Pflanzenfressern (Kaninchen) der Fall. Bei Fleischfressern und beim Menschen aber tritt hier ein neuer Faktor auf: im alkalischen Darmsaft werden bei ihnen die Harzsäuren in Harzseifen übergeführt, und diese rufen (ähnlich den gewöhnlichen Seifen) dann Durchfall hervor. Auch Kolophoniumharz macht Leibscherzen und Durchfall. Die Kopaivaharzsäuren machen sämmtlich Durchfall.

Auch Quincke fand bei Menschen auf Gaben von 2—3 g Leibscherzen. Nierenreizung wurde aber nicht beobachtet.

Körperklasse IV: Resene und neutrale Ester. Hier fehlt die Reizwirkung, die bisher von Gruppe zu Gruppe abnahm, gänzlich, auch die spezifische Darmwirkung der Harzsäuren ist nicht vorhanden. Tiere und Menschen vertragen relativ hohe Dosen ohne Störung. Die Körper dieser Klasse haben vor denen der früheren Gruppen noch den Vorzug, dass sie meist nur einen schwachen Geruch und Geschmack besitzen und daher von allen am besten für interne Darreichung geeignet sind.

Nach diesen Versuchen lag der Gedanke nahe, durch Ausschaltung der am stärksten reizenden Körper (Gruppe I), resp. durch chemische Umwandlung der übrigen Bestandteile in resenartige Substanzen ein geeignetes Harnbalsamikum darzustellen, welches die günstigen antibleorrhoidischen Eigenschaften besitzt, gleichzeitig aber von den störenden Nebenwirkungen der gewöhnlichen Balsamica frei ist. Abgesehen von dem Gonosan, das lediglich eine Mischung von 80 Prozent Oleum Santali in unverändertem Zustand mit 20 Prozent Kawaharz darstellt, wurde schon früher versucht, aus Sandelöl durch Trennung von Komponenten die schädlichen Nebeneffekte auszuschalten. Allein auch damit wurde kein wesentlicher Fortschritt erzielt.

Ein anderen Weg beschrift nun Vieth, indem er statt einfacher Mischung oder Trennung von Balsambestandteilen durch chemische Verbindung neue Balsamkörper herstellte, welche derart beschaffen waren, dass sie erst nach der Resorption im Organismus in ihre ursprünglichen Bestandteile gespalten wurden. Beim Kopaivabalsam sind allein die Harzsäuren der Veresterung zugänglich. Sie wurden mit verschiedenen Säuren, speziell mit Benzoessäure chemisch verbunden, und so wurde eine neutrale Substanz erhalten, welche in ihren Eigenschaften den Resenen gleicht: das Benzoylkopaivaharz.

Schon im Tierversuch zeigte sich der

erwartete Unterschied, indem die neue Substanz keinerlei Darmreizung mehr hervorrief. Während nach 2 g Kopaivaharz Durchfall eintrat, wurden 4 g Benzoylkopaivaharz reaktionslos vertragen. Auch bei Tripperkranken wurden nach den den zahlreichen Beobachtungen E h r m a n n s niemals Magendarmreizungen gesehen, auch bei grossen Dosen nicht (dreimal täglich 2 g). Dagegen zeigten sich die nicht seltenen Kopaivaexantheme wie beim Kopaivaharz auch beim Benzoylharz. So beobachtete E h r m a n n an einem Eisenbahnbeamten ein hochgradiges Benzoylkopaivaexanthem, bestehend in einem allgemeinen, roten Fleckausschlag mit zum Teil lividen Färbungen, es waren z. B. die Handrücken tiefblau bis violett gefärbt. Der Ausschlag sass an Brust, Gesäss, Ellbogen, Beinen und Händen. Später trat bei demselben Patienten — nach Aussetzen und Wiedereinnehmen des Mittels — am Schenkel ein leichter urtikarieller Ausschlag auf. Aus diesen pharmokologisch interessanten Beobachtungen musste man den Schluss ziehen, dass die Umwandlung des Kopaivaharzes in seine Benzoylverbindung nicht genügte, um die Exantheme hervorrufenden Prinzipien ebenso zu eliminieren, wie dies für die Magendarmreizungen tatsächlich erreicht war.

Deshalb mussten die Verf. trotz der sonst guten Eigenschaften des neuen Präparates sich einem anderen Balsamikum zuwenden, das ohnehin bei innerlicher Darreichung nicht so leicht Hautreizungen macht wie Kopaiva und seine Derivate, und zwar dem ostindischen Sandelöl, dessen nicht seltene Reizwirkung auf das Magendarmsystem aber genügend bekannt ist.

In dem Salizylsäureester des Sandelöls wurde ein Präparat mit den gewünschten Eigenschaften gefunden, welches den Namen „Santyl“ erhielt: Ausser dem Salizylester wurden auch noch andere Ester wie Santalolum benzoicum und carbonicum geprüft, doch verdient der erste den Vorzug, weil er im Organismus neben dem Santalol die bei Cystitis recht wirksame Salizylsäure abspaltet. Santyl ist ein fast

geruch- und geschmackloses Oel von hellgelber Farbe, welches 60 Prozent Santalol, als Ester chemisch an Salizylsäure gebunden, enthält. Es ist in unverändertem Zustande etwa so reizlos wie Olivenöl. Es wird im Organismus, nachdem es den Magen, ohne ihn zu reizen, passiert hat, allmählich in seine Komponenten gespalten. Durch diese allmähliche Abspaltung sind die inneren Reizeffekte so herabgemildert, dass keine Nierenschmerzen mehr auftreten. Auch die Expirationsluft bleibt infolgedessen frei von jenem unangenehmen Geruch, der die Sandelpatienten so oft kennzeichnet. Tierversuche an jungen Kaninchen zeigten, dass das Mittel auch in grossen Dosen gut vertragen wurde, während schon kleinere Dosen reinen Santalols denselben Tieren die Fresslust benahmen. Die Ausscheidung mit dem Urin beginnt bei gesunden Menschen nach etwas einer Stunde und ist nach etwa 24 Stunden beendet. Bei ihnen ruft es keinerlei Beschwerden hervor. Die Tatsache, dass das Santyl seines angenehmen Geschmacks wegen in Tropfen genommen werden kann, während alle anderen Sandelpräparate in Kapseln genommen werden müssen, ist in doppelter Beziehung ein Vorteil: manche Patienten können keine Kapseln schlucken, und die Resorption wird nicht durch die Gelatinemasse erschwert. Der angenehme Geschmack ist daher beim Santyl ein nicht zu unterschätzender Vorzug.

Es wurde nun im Laufe eines Jahres von den Verf. bei 40 Patienten mit meist gonorrhöischer Urethritis Santyl verordnet. Dabei ergab sich, dass der Magendarmtraktus in keiner Weise durch das Mittel affiziert wurde, ebenso wurde bisher in keinem einzigen Falle Nierenschmerzen oder Albuminurie beobachtet. Wenn auch das Material von 40 Fällen zu klein ist, um darüber ein definitives Urteil abgeben zu können, so steht doch jetzt schon fest, dass durch die chemische Bindung des Santalols mit Salizylsäure auch die Reizwirkung auf die Nieren im Vergleich mit den bisherigen Santalpräparaten zum mindesten sehr herabgemildert ist.

Ueber die therapeutischen Resultate der Santylmedikation fassen die Verf. ihr Urteil dahin zusammen, dass sie vom Santyl die gleiche Heilwirkung gesehen haben, die man im allgemeinen vom reinen Sandelöl und seinen Präparaten, dem Gonorol und Gonosan, zu sehen gewohnt ist. Das Brennen in der Harnröhre, die Schmerzen bei der Miktion, der Urindrang lassen in den meisten Fällen unter Santylbehandlung schnell nach, die manchmal auftretenden schmerzhaften Erektionen verschwinden gewöhnlich, der Ausfluss wird geringer und der trübe Urin klärt sich. Besonders bei Urethritis posterior, bei der die Balsamica von alters her einen guten Ruf genießen, wurde auch mit Santyl gute Wirkung erzielt. Freilich ist die meist schnell eintretende Klärung des Urins ohne Lokalbehandlung öfter nur vorübergehend. Die Verf. haben zwar einige Fälle gesehen, in denen Santyl noch wirksam war, nachdem die anderen Balsamika bereits versagt hatten, sie stehen aber auf dem Standpunkt, dass weder Santyl noch irgend ein anderes Balsamikum ohne Lokalbehandlung als eigentliches Heilmittel gegen den Tripper zu betrachten sei. Auch die bei Urethrocystitis allgemein recht empfehlenswerte Kombination von Hexamethylenamin mit einem Balsamicum versagt gelegentlich, während oft die Lokalbehandlung (ein bis zwei Instillationen in die pars posterior) rasch den Urin klärt (freilich wird auch hier gelegentlich kein so rascher Erfolg gesehen). Auch bei Terminalblutungen haben sie in einigen Fällen den günstigen Einfluss des Santyls feststellen können und die entzünd-

liche Hyperämie und Blutung rasch verschwinden sehen, während in anderen Fällen sowohl Santyl als auch Gonosan ohne Wirkung blieben und erst nach Darreichung von Styptoltabletten (dreimal zwei Stück pro die) die Blutung stand.

Was nun die Herabminderung der Schmerzhaftigkeit betrifft, so haben die Verf. hier mit besonderer Aufmerksamkeit das Santyl mit dem Gonosan verglichen, von welchem ja behauptet wird, dass es durch seinen Gehalt an Kawa harz spezifisch anästhesierende Wirkung habe. Es ist zwar allen Praktikern bekannt, dass auch reines Sandelöl ohne Kawa lindernd auf die subjektiven Beschwerden bei Gonorrhoe wirkt, wir haben aber zu wiederholten Malen bei starken Schmerzen reines Kawaextrakt verabreicht, ohne jedoch eine andere Wirkung als vom gewöhnlichen Sandelöl gesehen zu haben. Loh n s t e i n meint, dass das Kawa harz nach dieser Richtung ebenso wirksam sei wie Ol. Santali; alle weitergehenden Angaben über anästhesierende Wirkungen der Kawa im Gegensatz zum Sandelöl können wir nicht bestätigen. So sahen V. und E. auch vom Santyl, welches ja keine Kawa enthält, gleiche anästhesierende Effekte wie vom Gonosan. Auch die „unbedingt anaphrodisische“ Wirkung des Gonosans konnte z. B. M e r z b a c h nicht bestätigen, da er in die Lage kam, durch Gonosan nicht beeinflusste Erektionen mit Narkotizis zu bekämpfen. Analog dem Gonosan hat auch das Santyl bei den schmerzhaften Erektionen gelegentlich versagt. (Deutsche med. Wochenschr., 1906, No. 2.)

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York.

Sitzung vom 1. April 1907.

Präsident Dr. Carl Beck eröffnet die Sitzung.

Sekretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der Sitzung vom 4. März, welches genehmigt wird.

Dr. J. Wiener Jr. berichtet über eine Anzahl von Strumenfällen, gibt deren Geschichte und die durch Operation erzielten Erfolge und demonstriert die Präparate.

Dr. Carl Pfister: **Fall von Appendicitis.**

Mittwoch vor drei Wochen wurde ich gerufen, um einen an Appendicitis erkrankten Patienten zu sehen, der damals bereits vier Tage krank war. Der Prozess war vollständig im Abklingen und der Patient sollte im Intervall operiert werden. Als ich den Patienten sah, hatte er normale Temperatur und guten normalen Puls — ebenso am Donnerstag. Es bestand auch keine Druckempfindlichkeit. Sonntag Abend stieg plötzlich die Temperatur auf 101°. Montag früh Temperatur 102°, Puls 140. Unter den Umständen hielt ich es nicht für ratsam, mit der Operation zu warten. Um 3 Uhr Nachmittags betrug die Temperatur fast 104°. Bei Oeffnung der Bauchhöhle fand ich absolute Gangrän. Es war nur noch ein Rudiment vom Appendix vorhanden. Ganz in der Tiefe war ein Abszess. Ich entleerte 3—4 Löffel übelriechenden Eiters, tupfte und vernähte und legte ein kleines Zigarettdrain ein. Am Dienstag Nachmittag hatte der Mann schon Stuhlgang, noch 102° Temperatur; heute ist der Patient genesen.

Der Fall ist von Interesse wegen des eigentümlichen Verlaufs vor der Operation. Man wird so oft gefragt, soll man mit der Operation warten oder nicht. Dieser Mann machte absolut keinen kranken Eindruck und hatte keine Schmerzen, und doch bin ich überzeugt, wenn ich ihn Dienstag

Morgen statt Montag Abend operiert hätte, wäre er unrettbar verloren gewesen.

Diskussion. Dr. J. Wiener: Man muss dem Kollegen Pfister zu dem brillianten Resultat gratulieren.

Präsident Dr. Carl Beck: Ich habe den Patienten gesehen, als Dr. Pfister gerade die Bauchhöhle öffnete. Ich kann mich den Worten von Dr. Wiener nur von Herzen anschliessen. Es ist sehr erfreulich, dass auch solche Fälle, die im allgemeinen als rettungslos angesehen werden, doch ab und zu durchkommen.

Präsident Dr. Carl Beck: Ich benütze die Pause, um Ihnen mitzuteilen, dass Herr Professor Friedrich Müller von München, einer unserer bedeutendsten deutschen Kliniker, sich bereit erklärt hat, uns einen Vortrag über die **Beziehungen der Affektionen der weiblichen Geschlechtsorgane zu inneren Krankheiten** zu halten. Leider ist der genannte Herr nicht imstande, zu unserer regelmässigen Sitzung zu kommen, da er am 17. dieses Monats bereits zurückreist. Die Frage entsteht nun, ob wir eine Extra-Sitzung für ihn abhalten sollen oder nicht. Wir haben im vorigen Monat bereits eine Extra-Sitzung gehabt, und ich möchte es daher nicht auf mich allein nehmen, eine zweite Extra-Sitzung zu veranstalten, so sehr auch die Versuchung nahe liegt. Ich brachte die Angelegenheit heute Abend vor den Verwaltungsrat, und dieser hat einstimmig beschlossen, Ihnen zu empfehlen, dass wir Herr Professor Müller einladen, uns am 15. dieses Monats einen Vortrag zu halten.

Dr. Carl Pfister: Ich stelle den Antrag, unter allen Umständen den Vortrag abhalten zu lassen, denn wir können es uns zur grossen Ehre rechnen, wenn Prof. Müller uns den Vortrag halten will. (Unterstützt.)

Die Versammlung beschliesst einstimmig diesem Antrag gemäss.

Präsident Dr. Carl Beck: Wir haben ferner heute Abend im Verwaltungsrat beschlossen, in der nächsten Sitzung einen Nachruf für den hervorragenden Chirurgen, Prof. von Bergmann, sprechen zu lassen. Die Einzelheiten darüber sind noch nicht bestimmt. Ich glaube, es ist unnötig, Sie zu einem Antrag in dieser Hinsicht zu veranlassen, und fordere Sie vorläufig auf, sich zum Andenken an den Dahingeschiedenen zu erheben.

Die Versammlung erhebt sich.

Die Abstimmung hat die Aufnahme der beiden Kandidaten, Dr. Franz Lehmann und Dr. Marcus Finkelstein, ergeben, und ich erkläre dieselben zu Mitgliedern der Gesellschaft.

Ferner liegt das Resignationsgesuch von Dr. Klotz Jr. vor.

Dasselbe wird mit Bedauern angenommen.

Präsident Dr. Carl Beck: Ich möchte hierzu noch bemerken, dass diese Resignation schon im vorigen Dezember eingereicht wurde und dass sie durch unsere eigene Schuld so lange brach gelegen hat, weil wir den Versuch gemacht haben, den Herrn umzustimmen. Herr Dr. Keppeler ist schwer erkrankt und teilt mit, dass er seinen Vortrag nicht halten kann. Da ich dies erst heute erfahren habe, war ich nicht in der Lage, einen Substituten zu finden.

Dr. J. Wiener verliest ein Vortrag über **Prostatahypertrophie und ihre Behandlung**.

Diskussion. Dr. H. Goldenberg: Ich glaube, man kann getrost sagen, dass die Prostatektomie in Amerika sich das Bürgerrecht erworben hat. Vor einigen Jahren war das noch sehr diskutierbar. Wenn früher über Prostatahypertrophie und deren Behandlung diskutiert wurde, so geschah die Diskussion nicht ganz sine ira et studio. Es gab gewissermassen zwei oder drei Lager. Die einen wollten gar keine Operation, die anderen waren für Bottini und die dritten sprachen damals noch sehr schüchtern von Prostatektomie. Ich glaube, die Zeit ist vorüber.

Ich stimme im grossen und ganzen mit Dr. Wiener überein. Es handelt sich heute um klare Tatsachen, die von den wenigsten disputiert werden. Nur in einigen wenigen Punkten bin ich anderer Ansicht. Ich habe auch, in gelegentlicher Privatunterhaltung mit Dr. Wiener, betont, dass ich seine Angst vor der Cystoskopie nicht teile. Ich halte die Cystoskopie, wenn ich die suprapubische Prostatektomie machen will, vielleicht manchmal für entbehrlich, aber nicht unbedingt und jedenfalls nicht für schädlich. Ich habe es mir zur Regel gemacht, vor jeder Operation, wenn die Cystoskopie ausführbar ist, sie vorzunehmen, und zwar ist das nicht ein theoretisches Raisonnement, sondern ist auf praktische Erfahrung und Beobachtung gestützt, und zur Erhärtung will ich einen Fall anführen. Ein Patient, der von einem bekannten und tüchtigen Chirurgen prostatektomiert wurde, geht nach Hause. Seine Beschwerden sind noch dieselben wie vorher. Ich sehe ihn ungefähr zwei Monate nachher und finde durch Cystoskopie, dass der prostatektomierte Patient einen Stein in der Blase hat. Nach der cystoskopischen Untersuchung nehme ich die Sectio alta vor, in Beckenhochlagerung, und finde zu meinem grossen Erstaunen den Stein nicht. Der Stein war in der Trendelenburg'schen Lage in den Fundus der Blase gerutscht und wäre mir entgangen, ebenso wie dem Kollegen, der die Prostatektomie ausgeführt hatte, wenn ich nicht vorher cystoskopierte hätte. Das zeigt, dass die Cystoskopie, die gar kein Eingriff ist, namentlich wenn man den Patienten nachher operiert, doch eine Indikation bei der Prostatahypertrophie ist.

Was den Katheter betrifft, so lasse ich mich von der sozialen Stellung des Patienten leiten. Ich bin überzeugt, dass jeder Patient, der ein Katheterleben führen muss, besser prostatektomiert wird. Immerhin gibt es Patienten, die sich den Luxus des Katheters mit gründlicher Asepsis durch Arzt oder Diener leisten können und die dabei gut wegkommen. Ich habe derartige Patienten lange in Beobachtung

gehabt. Wenn dagegen ein Handwerker oder Arbeiter ein Katheterleben führen müsste, wäre er viel besser daran, wenn er sofort prostatektomiert würde.

Was die Bottinische Operation betrifft, so teile ich vollständig die Ansicht von Dr. Wiener.

Bezüglich der Wahl der Methode möchte ich dem, was Dr. Wiener angeführt hat, hinzufügen, dass mich bei der Wahl der Operation — ich habe sowohl die perineale wie die suprapubische ausgeführt — unter anderem der Umstand leitet, dass meine funktionellen Resultate bei der suprapubischen weitaus bessere sind. Das mag individuell sein. Ich will auf der anderen Seite hinzufügen, dass Young von Baltimore, der ca. 200 perineale Operationen gemacht hat, über ausgezeichnete funktionelle Resultate nach seiner Methode berichtet.

Bezüglich der zweizeitigen Operation bin ich ganz der Ansicht des Vortragenden. Ich habe es mir namentlich seit etwas über einem Jahre zur Regel gemacht, wenn der Zustand des Patienten nicht sehr gut ist, wenn möglich immer die zweizeitige Operation auszuführen; die erste, in lokaler Anästhesie, gelingt sehr leicht, die zweite event. unter Lachgas. Dass man mit der Operation selbst bei Patienten, die lange Jahre ein Katheterleben geführt haben, noch gute Resultate bekommen kann, zeigte mir ein 82jähriger Patient, der 18 Jahre ein Katheterleben führte. Ich habe ihm in zweizeitiger Operation von 5—6 Wochen die Prostata entfernt. Er uriniert jetzt schon sehr gut und bedarf des Katheters nicht mehr.

Dr. Carl Pfister: Dr. Wiener und Dr. Goldenberg haben eigentlich das Feld vollständig erschöpft. Ich möchte nur bemerken: fast alle Prostatapatienten, die ich gesehen habe und die nur für ganz kurze Zeit den Katheter gebraucht haben, waren infiziert. Wenn die Leute noch so vorsichtig sind, es kommt doch vor, dass der Katheter nicht richtig auskocht oder mit schmutzigen Händen angefasst wird — kurz, ich habe noch keinen Fall gesehen, der nicht infiziert

war. Trotzdem kommt es sehr oft vor, dass die Leute Jahre lang mit dem Katheter auskommen, denn vor 10 Jahren ist kaum eine Prostatektomie gemacht worden.

Ich habe bis vor kurzer Zeit absolut keine andere Prostatektomie gemacht als die perineale, und zwar beide, die französische Boutonnière und den dreieckigen Lappenschnitt, der noch vorzuziehen ist. Aber in der letzten Zeit habe ich auch die Blase eröffnet. Meine Resultate waren sehr gut darin, und ich muss gestehen, dass der dreieckige Lappenschnitt der beste Eingriff ist, um die Prostata zu entfernen.

Ich habe die zweizeitige Operation nicht gemacht, sondern nur an demselben Tag operiert, nämlich deswegen, weil meine Fälle, die ich operiert habe per sectionem altam, nicht so infiziert waren wie die von Dr. Wiener operierten.

Von der Bottinischen Operation bin ich immer ein ausgesprochener Gegner gewesen. Ich habe sie aus dem Grunde nicht für richtig gehalten, weil man schliesslich etwas tut, einen Schnitt macht, den man nicht sehen, den man mit den Augen nicht kontrollieren kann.

Dr. J. Wiener (Schlusswort): Ich möchte nur eines Dr. Goldenberg erwidern, nämlich in Bezug auf die Cystoskopie. Ich hätte gewiss nichts gegen die Cystoskopie, wenn jeder das Cystoskop so häufig und so sorgfältig gebrauchte wie Dr. Goldenberg, und es wundert mich nicht, dass er keine schlechten Resultate vom Gebrauch des Cystoskops gesehen hat. Aber ich habe bei anderen Kollegen schlechte Resultate gesehen, und zwar am Anfang meiner Tätigkeit auf diesem Felde. Und deshalb habe ich es häufig betont, dass die cystoskopische Untersuchung mit Gefahr verbunden ist, und ich glaube, Dr. Goldenberg wird mit mir übereinstimmen, dass der allgemeine Gebrauch des Cystoskops nicht ohne Gefahr bei diesen Fällen ist.

Was die besseren funktionellen Resultate vom hohen Blasenschnitt betrifft, so kann ich mit Dr. Goldenberg übereinstimmen. Ich habe die

Literatur ziemlich sorgfältig verfolgt, und danach sind die Resultate vom hohen Blasenschnitt besser. Ich könnte Ihnen aus meiner Praxis verschiedene Fälle vorlegen, wo die Patienten nicht nur potent nach der Operation waren, sondern viel besser potent nachher als vorher. Ich möchte nur an einen Patienten erinnern, der acht Wochen nach der Prostatektomie einen vollkommen normalen Beischlaf mit seiner Frau hatte. Ich könnte auf andere Fälle hinweisen, wo die Patienten zwei bis drei Jahre keinen geschlechtlichen Umgang haben konnten und nach der Prostatektomie ihn genossen. Das ist aber nicht das gewöhnliche Resultat. Das gewöhnliche Resultat ist, dass Leute, die vorher potent waren, auch nachher potent sind, und die vorher nicht potent waren, auch nachher nicht potent werden. Aber von der Literatur kann ich konstatieren, dass nach der perinealen Operation eine höhere Impotenz vorhanden ist, als bei dem hohen Blasenschnitt.

Die zweizeitige Operation ist noch nicht allgemein in Brauch und ist doch von sehr grossem Wert. Ich könnte auf 3—4 Fälle hinweisen, die sicher zu Grunde gegangen wären, wenn wir nicht die zweizeitige Operation ausgeführt hätten.

Vortrag von Dr. A. Herzfeld über **vorzeitige Ablösung der normal sitzenden Placenta.**

Die Arbeit erscheint in extenso in der Festschrift zu Professor von Winckel's (München) 70jährigem Geburtstag. Der Vortragende beschreibt im Anschluss an einen eigenen Fall die Gefahren, welche diese schwere und gefürchtete Komplikation für Mutter und Kind im Gefolge hat und welche grosse Anforderungen dieselbe an den Geburtshelfer stellt. Er bespricht die Terminologie und die Geschichte der Krankheit, welche schon im 16. Jahrhundert bekannt war und von Baudelocque genau beschrieben wurde. Im Anschluss an 250 aus der Literatur gesammelte Fälle beschreibt H. die Symptomatologie und die Differenzialdiagnose, bei welcher besonders die Placenta praevia, Rup-

tura uteri und Perforationsperitonitis in Betracht kommt.

Das sofortige Grösserwerden des Leibes, seine ungewöhnliche Schmerzhaftigkeit bei Berührung, das schnelle Einsetzen schweren Kollapses und der Anämie, die Schwierigkeit in dem Palpieren der Kindesteile und der konstante Blutabgang sprechen für die vorzeitige Ablösung der normal sitzenden Placenta. Diese schwere Komplikation der Geburt ist häufiger, als wir nach älteren Statistiken denken sollten, viele der Fälle werden nicht richtig beurteilt und nicht bekannt.

Aetiologisch kommt zunächst die Nephritis in Betracht, ein Fünftel aller Fälle wären durch diese häufige Komplikation der Schwangerschaft verursacht. Chantreuil war der erste, der auf diese Ursache der vorzeitigen Ablösung der Placenta aufmerksam machte. Die vorzeitige Ablösung des Mutterkuchens wird ferner durch Trauma, Endometritis, Kürze der Nabelschnur und Vergiftung verursacht. Entgegen der früheren Annahme beweist H., dass die vorzeitige Ablösung die Primiparae ebenso häufig befällt als die Multiparae, und das Alter der Frau hat keinen Einfluss auf diesen Unfall. Die Prognose ist besser als früher, doch immer noch sehr schlecht für das Kind, von 248 Frauen starben 72=29 Prozent, von 246 starben 204=82.9 Prozent. In der Pathologie weist der Vortragende speziell auf die Arbeiten von Weiss, Schickele, Gottschalk, Veit und Seitz hin, welche letzterer in einem Falle vorzeitiger Ablösung der normal sitzenden Placenta, trotz genauester Untersuchung keine andere Veränderungen an Uterus und Placenta nachweisen konnte, wie anders wir sie an diesen Organen am Ende der normalen Schwangerschaft zu finden gewohnt sind, und deswegen führt Seitz die Ablösung der normal sitzenden Placenta auf Toxinwirkung zurück. Die Therapie hat sich im Laufe der Jahre in ihren Prinzipien nicht geändert, auch heute noch wie damals ist die Beschleunigung der Geburt, die Entleerung der Gebärmutter das einzige Heilmittel.

Eine einheitliche Behandlung gibt es nicht, jeder Fall muss für sich beurteilt werden. Ist die Gebärmutter noch nicht geöffnet, kann je nach der Lage des Falles die Tamponade, Gummiballons, das Bozzi'sche Dilatorium, der vaginale und der reguläre Kaiserschnitt in Betracht kommen. Vor der vorzeitigen Blasensprengung wird gewarnt. Ist die Gebärmutter bereits geöffnet, so kommt die Zange resp. Wendung in Betracht. *Prima ratio est foetus extractio.*

Diskussion. Dr. Ewald bemerkt, dass er in den meisten Fällen den vaginalen Kaiserschnitt als das indizierte und ideale Verfahren betrachte.

Dr. A. Herzfeld (Schlusswort): Ich möchte zu dem, was Dr. Ewald gesagt, bemerken, dass ich den vaginalen Kaiserschnitt auch für ein ideales Verfahren halte. Aber wenn man in einem Tenement-Haus im 4. Stock operiert, ganz allein ist und die Frau im Sterben liegt, da kann man sich nicht mit dem vaginalen Kaiserschnitt befassen. Man muss versuchen, die Gebärmutter so schnell wie möglich zu eröffnen, was vielleicht am besten noch mit dem Bozzi'schen Instrumente geschehen dürfte.

Dann hat Dr. Ewald die Atonie des Uterus erwähnt, und ich möchte hinzufügen, dass die Atonie des Uterus 22 Prozent von allen Todesfällen verursacht hatte.

Hierauf Schluss der Sitzung und Vertagung.

Ausserordentliche-Sitzung Montag,
den 15. April 1907.

Präsident Carl Beck eröffnet die Sitzung, indem er Herrn Prof. Dr. Friedrich Müller von der Universität München der Versammlung vorstellt.

Tagesordnung.

Dr. Max Einhorn demonstriert ein Reagenzpapier zur Vereinfachung der Blutprobe bei Magenkarzinom.

Prof. Dr. Friedrich Müller (München) verliest einen Vortrag über die Beziehungen der Affektionen der weiblichen Geschlechtsorgane zu inneren Krankheiten.

Diskussion. Präsident Dr. Carl Beck: Sie haben den ausserordentlichen Vortrag eines ausserordentlichen Klinikers gehört und werden sicherlich einen unauslöschlichen Eindruck mit nach Haus nehmen. Ich möchte fürchten, dass die Vornehmheit des Vortrags in Ihnen den Wunsch rege macht, denselben durch keine Diskussion versehrt zu sehen, damit Sie ihn völlig unbeeinflusst nach Hause tragen. Herr Prof. Müller hat aber in seiner geraden Weise den Wunsch ausgesprochen, dass Sie seine Anführungen doch diskutieren, und ich fordere Sie deshalb auf, dem gemäss zu handeln.

Prof. Dr. A. Jacobi: Wir haben eben gehört, Herr Prof. Müller, dass es Ihr besonderer Wunsch sei, den Vortrag diskutiert zu sehen. Ich würde sonst dasselbe Gefühl gehabt haben, welches der Präsident eben ausgesprochen hat. Mit Ihrer Erlaubnis aber will ich ein paar Bemerkungen machen, da sie in der Ordnung zu sein scheinen.

Zunächst eine Bemerkung über das Verhältnis des Darms zum Weibe. Die Enteritis mucosa seu membranacea kommt nicht blos bei Weibern vor, aber ich habe sie nur bei neurotischen Individuen beobachtet. Ich weiss mit Bestimmtheit, dass ich sechs Fälle bei Kindern gesehen habe; davon zwei bei einem 3jährigen Jungen und einem 5—6jährigen Mädchen, ausgesprochene Jahre lang dauernde membranöse Enteritis. Die beiden Geschwister kamen in einer durchweg neurotischen Familie vor. Ich habe einen Fall gesehen, an den ich mich deutlich erinnere, bei einem Jungen von 10—11 Jahren, den ich nicht lange beobachtet habe und von dem es hiess, dass er seine charakteristischen Stühle neben Nervenerscheinungen hysterischer Art seit vielen Jahren gehabt hatte. Dann kommt sie bei Männern vor, wo ich sie zweimal in der Privatpraxis gesehen habe, und in der „Medical History of the Rebellion“, ich weiss nicht, in welchem Bande, I. oder II., im Zusammenhange mit andern bei Soldaten vorkommenden Erkrankungen der Darmschleimhaut beschrieben. So

kommt die Enteritis membranosa also bei Männern, Kindern und Weibern vor, allerdings die bei weitem grösste Anzahl von Fällen bei Weibern.

Die Fälle von chronischen Lungenentartungen auf Grundlage von Pneumonie, von denen Prof. Müller gesprochen hat, sind meiner Erfahrung nach nicht immer das Resultat einer genuinen Pneumonie. Man hat früher wohl die beiden als synonym bezeichnet. Das anatomische Resultat ist wenigstens nicht immer dasselbe. In solchen Fällen findet man Verschrumpfungen und Retraktionen des Lungengewebes. Das eigentliche Lungengewebe verschwindet, es bleibt eine grosse Masse von Bindegewebe zurück, das allmählich vernarbt, sich zusammenzieht und Gelegenheit gibt, den Brustkorb zu retrahieren, besonders in den oberen Partien und ganz besonders der rechten Lunge. In solchen Fällen kommt man sehr häufig in die Gefahr, eine chronische Tuberkulose zu diagnostizieren. Man findet da Abflachung, sogar Einfallen der Brustwand, vermindertes oder bronchiales Atmen, aber sie atmen fast immer ohne irgend welche Rasselgeräusche. Das ist ein Vorkommen, das meiner Erfahrung nach nicht so selten ist.

Was das Herz anbetrifft und die Zirkulation, so werden sie gewiss in der Weise gestört, wie Prof. Müller beschrieben hat. Die Angiome der verschiedensten Art werden immer gross während einer Schwangerschaft, haben die Neigung, sich dann wieder zu verkleinern, aber die Gefahr ist immer da, dass mit jeder folgenden Schwangerschaft das Angiom grösser bleibt. Was das Herz anbetrifft und die Veränderungen und die Arrhythmie, die man während der Schwangerschaft und kurze Zeit nach dem Wochenbett noch findet, so muss die doch von den Veränderungen der Muskulatur abhängen. Ich habe die Arrhythmie nicht durch einfachen Klappenfehler erklärt, sondern sie hängt ab von einer Veränderung in der Muskulatur des Herzens selber. Die ist geneigt, nach dem Wochenbett allmählich besser zu werden.

Dr. F. Krug: Ich bin hierher gekommen, um zu hören, nicht um gehört zu werden, aber da es gewünscht wird, will ich gern ein paar Worte sagen. Wollte ich auf jeden Punkt eingehen, den der geehrte Redner des Abends berührt hat, so müsste ich beinahe soviel Zeit in Anspruch nehmen, als bereits gebraucht worden ist. Ich will daher nur sagen, dass ich in den meisten Punkten mit ihm übereinstimme, und will nur wenige Punkte berühren, in denen ich verschiedener Ansicht bin.

Prof. Müller hat gesagt, dass das artifizielle Klimakterium, das nach Exstirpation der beiden Adnexe erfolgt, schlimmer sei, wenn zu gleicher Zeit auch der erkrankte Uterus entfernt wird als das artifizielle Klimakterium, das bei Exstirpation der Adnexe allein erfolgt. Meine Erfahrung ist diametral entgegen gesetzt. Ich betone, dass ich hier nur die Fälle berühre, in denen die Adnexa hoffnungslos erkrankt sind, denn ich bin sehr konservativ in meinen Anschauungen. Müssen die Adnexa jedoch entfernt werden, so habe ich gewöhnlich gefunden, dass das Leiden ebenso im Uterus Platz gegriffen hat, sogar meistens, wie bei der gonorrhöischen Infektion, zuerst, und dass, wenn der zuerst erkrankte Uterus auch mit entfernt wird, das artifizielle Klimakterium leichter für die Frau ist, als wenn blos die Ovarien exstirpiert worden sind und der ebenfalls erkrankte Uterus zurück gelassen wird. Ich kann nicht mit dem Redner übereinstimmen, dass es notwendigerweise einen derartig radikalen Einfluss auf die Ambition der Frau haben soll, wenn sie kastriert ist. Im Gegenteil, ich habe in vielen Fällen gefunden, wo z. B. eine jung verheiratete Frau mit Gonokokkus infiziert worden war von einem Mann, dem vom Hausarzt versichert worden war, dass er vollständig geheilt sei, und wo auf der Hochzeitsreise die akute Infektion stattfand und schliesslich nach langem chronischen Siechtum die radikale Operation gemacht werden musste, — in diesen Fällen habe ich häufig gefunden, nachdem jahrelang palliative Mittel angewandt worden waren, dass die Frau

erst anfang zu leben und ihr Leben zu genießen, nachdem die Radikaloperation gemacht war. Mit gehöriger Behandlung und diätetischen Vorschriften ist ausgeschlossen, dass sich die Form der Frau so verändern sollte, dass sie notwendig wie eine alte Frau aussieht.

Kröpfe finden wir hier in Amerika mit Ausschluss der Eingewanderten nur sehr selten. Myome finden wir sehr häufig, das Myomherz erst recht. Ich habe mich schon häufig bemüht, einen rationellen Zusammenhang zwischen Myomherz und, was ich dabei speziell erwähnen möchte, dem niedrigen Hämoglobingehalt des Blutes bei Myom zu finden, und auf der anderen Seite nach der Exstirpation der Myome zu finden, dass, ohne viele Tonika zu geben, der Hämoglobingehalt sowohl wie das Herz sich von selbst wieder restituirt. Ich habe noch niemals eine Myomoperation wegen schlechten Herzens refüsiert, dagegen viele mit ausgezeichneten Resultaten operiert, die von Anderen refüsiert waren. Besondere Vorsichtsmassregeln bei der Narkose habe ich gebraucht und vor allem versucht, so rasch wie möglich zu arbeiten, ohne grossen Blutverlust. Ich habe noch niemals, auch bei den schlimmsten Myomfällen, eine Kontraindikation wegen des Herzens gefunden, und ich habe mich mehr und mehr überzeugt, dass man das Myom nicht zu einem Grade anwachsen lassen soll, bis das ausgesprochene Myomherz da ist.

Dr. J. Kaufmann: Ich möchte zunächst auf eine Krankheit hinweisen, die nicht so selten im Verlauf der Schwangerschaft sich entwickelt, nämlich das Magengeschwür. Ich habe eine Anzahl von Fällen gesehen, wo sich bei bis dahin magengesunden Frauen zunächst während der ersten Monate der Schwangerschaft ganz erhebliche Uebersäuerung des Magens einstellte mit all den subjektiven Beschwerden, die wir bei dieser Störung zu sehen gewöhnt sind, insbesondere regelmässiges Auftreten sehr heftiger epigastrischer Schmerzen nach den Mahlzeiten. Gewöhnlich sistieren diese Erscheinungen nach Verlauf der ersten

drei Monate. In anderen Fällen aber entwickelt sich der Zustand weiter bis zum vollen Bild des Magengeschwürs mit Bluterbrechen, das erst nachlässt mit Ablauf der Schwangerschaft. Ich habe in einer Anzahl von Fällen im Beginn der Schwangerschaft, wenn diese Beschwerden sehr ausgeprägt waren, sie behandelt, wie wir sie behandeln in Fällen, in denen keine Schwangerschaft vorliegt, und ich glaube, dass das ein zweckmässiges Verfahren ist, einmal mit Rücksicht auf die Möglichkeit der Entwicklung des Magengeschwürs, sodann zur Beseitigung der manchmal sehr unangenehmen Beschwerden.

Ich möchte aus der Gruppe von Erkrankungen, die im Klimakterium beobachtet werden, auf schwere motorische Störungen des Magens hinweisen, die sich in gewissen Fällen ganz plötzlich entwickeln können und manchmal mit häufigem Erbrechen verknüpft sind. In mehreren derartigen Fällen, die ich gesehen habe, kam es zu Stagnation von Mageninhalt und zur Entwicklung des ganzen Symptomenkomplexes, den wir als Magenerweiterung zu bezeichnen gewöhnt sind, sodass dann die Patientinnen so herunterkommen, dass der Verdacht einer malignen Neubildung erweckt würde. Das gänzliche Verschwinden aller dieser Erscheinungen mit dem Ablauf des Klimakteriums gab aber den Beweis dafür, dass das Klimakterium die Ursache dieser schweren motorischen Störungen des Magens war.

Ich möchte dann bestätigen, was Prof. Müller bezüglich der Häufigkeit des ersten Gallensteinanfalls kurz nach einer Entbindung gesagt hat. Ich kann das aus meiner eignen Erfahrung nur durchaus bestätigen.

Was die Frage der Schleimkolik anbetrifft, d. h. der echten Schleimkolik, die in Anfällen auftritt mit heftigen Schmerzen und dem Abgang von einer grossen Menge Schleim und bei freien Intervallen mit gesunden Darmfunktionen, so muss ich dem beistimmen, was Dr. Jacobi bereits erwähnt hat, dass diese Fälle von echter Schleimkolik nicht ausschliesslich bei Frauen, sondern auch bei Männern, allerdings

nur bei Männern neurotischer Natur, beobachtet werden. Bei Durchsicht der Krankengeschichten einiger Fälle, welche ich als echte Schleimkolik bei Männern in der Erinnerung hatte, finde ich, dass alle diese Patienten an chronischem Darmkatarrh litten. Dieselben können also nicht als Fälle von reiner Colica mucosa geführt werden, wenn man die Colica mucosa als eine Neurose ansieht.

Dr. Willy Meyer: Die hochinteressanten, von Herrn Prof. Müller berührten Fragen liegen meiner Spezialität leider so fern, dass ich nicht viel zur Diskussion beitragen kann. Ich möchte nur kurz unterschreiben, was Dr. Kaufmann eben erwähnt hat, dass die Bemerkung von Prof. Müller auch hier in unserem Lande so häufig zutrifft, dass kurz nach der Entbindung ein oder gar der erste Gallensteinanfall eintritt. Ich habe mehrere solcher Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Auf einen Punkt möchte ich nur noch eingehen, das ist die Pyelitis, das Auftreten und manchmal sehr ernste Auftreten einer Pyelitis während der Schwangerschaft, ein Zustand, den man natürlich nicht mit einer Pyonephrose verwechseln darf. Ich habe 2 solcher Fälle im Laufe der Jahre gesehen, bei denen ich behufs Operation zugezogen wurde. Das heisst, es fand sich soviel Schleim-Eiter im Urin seit längerer Zeit, und es war solch hohes Fieber vorhanden gewesen, dass man sich zur Operation entschloss. Ich habe mich in beiden Fällen gegen die Operation gestemmt, und zwar hauptsächlich aus dem Grunde, weil zufällig die Patientinnen schon in der Schwangerschaft ziemlich weit vorgeschritten waren. Sie befanden sich beide im siebenten Monat, und der Allgemeinzustand war nicht ein solch schwerer, dass es gerechtfertigt schien, zu den schon vorhandenen Unbequemlichkeiten nun noch eine Inzision der Niere zu setzen, denn um diese konnte es sich nur handeln, um das Nierenbecken während des Restes der Schwangerschaft abzudrainieren. Ich habe mich deshalb nach verschiedenen Besprechungen mit den die Fälle be-

handelnden Kollegen gegen die Operation ausgesprochen. Wir kamen überein, nachdem die Untersuchung des Harns den Colon-Bazillus in nahezu Reinkultur zeigte, dass es sich um einen ascendierenden Prozess handele, dass sich zur Ureteritis eine Pyelitis gesellt hatte und dass nach Entleerung des Uterus Besserung zu erwarten war. Und so ist es in beiden Fällen eingetreten. Ich habe später bei einer der beiden Patientinnen die Ureteren katheterisiert und fand noch nach vielen Monaten Zeichen vorhandener Nierenbeckenerkrankung. Auch darin möchte ich Herrn Prof. Müller bestimmen, dass solche Patientinnen ja nicht als gesund angesehen werden sollten, nach dem die Entbindung eingetreten, sondern dass sie sorgfältiger Weiterbeobachtung und Nachbehandlung bedürfen.

Dr. H. J. Boldt: Ich will nur zwei Punkte berühren. Der erste betrifft die Schleimhautkolik, worüber Prof. Müller gesprochen hat. Ich muss offen gestehen, dass ich noch nicht einen einzigen Fall bei gynäkologischen Leiden gesehen habe, wo ich sagen könnte, dass das gynäkologische Leiden die Schleimkolik verursacht hat. Ich basiere meine Behauptung darauf, dass in einer sehr grossen Zahl von gynäkologischen Patientinnen, die Schleimhautkolik haben, sämtliche derartige Patientinnen neurotisch sind, und in den Fällen, wo der gynäkologische Zustand post operationem oder nach der Behandlung vollständig gebessert wurde, die Schleimhautkoliken trotzdem nicht aufgehört haben und ebenfalls der neurotische Zustand der Patientinnen derselbe blieb.

Der zweite Punkt, den ich aber unterstützen möchte, ist der Zusammenhang von Wurmfortsatz-Erkrankung und Adnex-Erkrankung. Ich habe jetzt einige hundert Wurmfortsätze ganz genau pathologisch untersuchen lassen; sie wurden zur Zeit der operativen Eingriffe bei Beckenleiden entfernt, und nur eine verhältnismässig kleine Zahl, zwischen 5 und 8 Prozent dieser Wurmfortsätze wurde normal gefunden; der grosse Rest war erkrankt. Zum Teil war der entzündete

Zustand so bedeutend, dass es wirklich erstaunlich ist, dass nicht schwere Symptome durch die Appendizitis hervorgerufen wurden — sodass ich davon überzeugt bin, dass wir einen direkten Zusammenhang zwischen Adnexentzündungen und Wurmfortsatzentzündungen haben.

Dr. S. J. Meltzer: Das einzige, was ich zu sagen habe, ist, dass es fast 25 Jahre her sind, dass ich den Genuss gehabt habe, einen so zusammenfassenden Vortrag zu hören.

Dr. Otto G. Th. Kiliani: Ich möchte auch mein Interesse an dem Vortrag durch Teilnahme an der Diskussion bezeugen, nur möchte ich sagen, dass das Bild der Appendixstumpf-Abszesse, von dem Prof. Müller uns gesagt hat, „Sie kennen alle das Bild“, uns unbekannt ist. Ich weiss nicht, woher das kommt. Nicht bloss mir persönlich, sondern auch einer Reihe anderer Chirurgen ist das Bild der Appendixstumpf-Abszesse nicht bekannt. Liegt es daran, dass wir mehr schliessen, nicht drainieren, dass wir die Patienten nur kurze Zeit im Bett lassen? Ich lasse gewöhnlich Intervall-Patienten nach 4 Tagen aufstehen. Worüber die deutschen Kollegen in der Literatur berichtet haben, ist uns jedenfalls hier nicht bekannt.

Ein anderer Punkt, auf den ich vielleicht hinweisen darf, obwohl er sehr selten ist, ist der, dass auch die Neuralgien während der Schwangerschaft ausserordentlich an Heftigkeit zunehmen. Dass dies bei Ischias der Fall ist, ist leicht erklärlich; dass aber auch sonstige Neuralgien gesteigert werden, ist weniger leicht zu erklären.

Wenn ich noch einen Punkt erwähnen darf, so bezieht sich der nicht so sehr auf das, was Prof. Müller, als auf das, was Dr. Meyer hervorgehoben hat über Schwangerschaftsnieren. Ich muss sagen, dass ich in den letzten zwei Fällen, wo ich operiert habe, ebenso froh darüber war, dass ich operiert habe, wie Dr. Meyer froh war, dass er nicht operiert hat. Die Schwangerschaft ist dadurch nicht unterbrochen worden. Die eine Frau, die schwere Temperaturen durchgemacht hat, 104—105°, wurde mit dem Mor-

gen, wo die Niere geöffnet wurde, besser. Das Fieber fiel ab. Die Frau wurde gesund, die Schwangerschaft blieb fortbestehen. Das Kind wurde geboren, und in dem anderen Fall wird der Geburt entgegengeschen.

Dr. C. A. von Ramdohr: Ich habe dem Vortrag auch mit viel Genuss zugehört und möchte nur noch auf einige wenige Punkte aufmerksam machen. Speziell auf das Klimakterium. Ueber das künstliche Klimakterium spricht jeder ex cathedra, hat seine eigene Erfahrung. Das künstliche Klimakterium ist in manchen Fällen durchaus nicht von so bösartigen Folgen, wie sie Prof. Müller geschildert hat. Selbst das natürliche Klimakterium scheint in der Stadt New York gewöhnlich ohne spezielle schwere Symptome vorbeizugehen. Das künstliche Klimakterium scheint aber in der Stadt New York von gar keinem besonderen Wert zu sein. Die Frauenzimmer lassen sich sämtliche Eierstöcke und den Uterus herausnehmen und fühlen sich ganz wohl. Sie setzen Fett da an, wo es ihnen am meisten gut tut, und haben später noch viel Vergnügen von ihrem Leben.

Was die Pubertätszeit betrifft, von der wir speziell in New York mehr hören als sonst wo, so finden wir auch bei den unglücklichen anämischen Mädchen kaum irgend welche schwere Symptome. Sie waren entweder schlecht ernährt oder sie hatten Eltern, die auf Ernährung während der Zeit wenig Wert legten. Sonst kommen die Mädchen hier ganz gut über die Pubertätszeit fort.

Was die Tuberkulose anbetrifft, so ist im allgemeinen hier in New York der gynäkologische Standpunkt: solange die Fortpflanzung der Tuberkulose auf den Foetus nicht erwiesen ist, lässt man im allgemeinen die Schwangerschaft ruhig durchgehen, und der allgemeine Standpunkt ist, dass das Kind ganz gesund ist, und der Mutter schadet es nichts.

Was Schwangerschaftsnieren und schwere Nierenerkrankung betrifft, so hat das Prof. Müller ausgezeichnet festgesetzt. Das Resultat ist, dass man eine Frau, die eine schwere Nierener-

krankung hat, nicht absolut zur Kinderlosigkeit verdammen soll, denn es kann ganz gut gehen, und die geschwächte Niere, eine halbe oder viertel Niere kann sich später regenerieren, und die Frau kann gesunde Kinder gebären.

Dr. Max Einhorn: Ich wollte nur sagen, dass ich mit Prof. Müller darin übereinstimme, dass nach Exstirpation der Ovarien entschieden Fälle vorkommen, die sehr schwere Leiden nachher verursachen. Kollege Krug hat das so dargestellt, als ob sie nachher ganz gesund sind. Ich weiss nicht, das mag wohl in vielen Fällen stimmen, aber ich habe eine grosse Anzahl von Patientinnen gesehen, die sehr schwer leiden an allen möglichen Magenerscheinungen und sonstigen Neurosen, die sehr schwer zu bekämpfen sind und die man auf das Fehlen der Drüsen der Ovarien zurückführen muss.

Dr. B. S. Talmey: Ich möchte hinzufügen, dass ich dieselbe Erfahrung habe wie Dr. Einhorn, und wenn Dr. Krug und der andere Kollege gefunden haben, dass Frauen, die kastriert worden sind, so gesund sind, so kommt das daher, dass sie, nachdem man ihnen alles heraus genommen hat, nicht mehr zum Gynäkologen wegen ihrer Leiden gehen, sondern zum Kliniker.

Dr. Gustav Seeligmann: Aus dieser Gegend des Hauses sind schon mehrere Bemerkungen gemacht worden über die Frage der Pyelitis bei Schwangerschaft, und wenn Sie mir eine Minute gestatten wollen, so möchte ich im Anschluss an die Bemerkungen von Dr. Meyer und Dr. Kiliani sagen, dass diese Frage in den letzten Jahren hier in Amerika lebhaft studiert worden ist. Wir haben schöne Arbeiten darüber, unter anderen die von Cragin, der sich hier ziemlich als erster mit der Frage beschäftigt hat. Das Zusammentreffen von Pyelitis und Schwangerschaft von Herr Prof. Müller heute Abend so konzis und so scharf beleuchtet zu sehen, war eine wahre Freude. Der Satz gegen Ende seiner Ausführungen,

dass nämlich selbst nach glücklichem Ablauf der Gravidität und damit scheinbarem Ablauf der Pyelitis, diese Frauen nicht als gesund zu betrachten seien, sondern als krank und demgemäss weiter beobachtet werden sollen, ist gewiss zu unterschreiben. Von zwei ziemlich schweren Fällen meiner Beobachtung, einem Privat- und einem Hospitalfall, die ich erwähne, weil beide seitdem eine zweite Gravidität und Geburt durchgemacht haben, erinnere ich mich, ganz entgegengesetzte Resultate gesehen zu haben. Der eine war eine Graviditäts-Pyelitis, die von 3 Aerzten gesehen und nur symptomatisch behandelt wurde. Trotz wochenlangem Fieber, Schüttelfrösten ging die Affektion nach der Geburt zurück, auch keine Erscheinungen nachher — allerdings auf Bakteriurie wurde nicht untersucht — und bei der zweiten Schwangerschaft und Geburt vor etwa einem Jahre keinerlei Symptome, während der andere Fall während der anderthalb Jahre, die zwischen der ersten und zweiten Geburt lagen, Symptome hatte und dieser Zustand sich während der zweiten Schwangerschaft prompt wieder zu einer ausgesprochenen Pyelitis verschlimmerte. Ich glaube, dass das Resultat, das die Chirurgie bei diesen bis jetzt nicht operierten Fällen von Pyelitis in der Schwangerschaft erreicht, eher ermutigend ist, und dass die Frage nach der Therapie vielleicht jetzt so zu beantworten ist, dass man bei Pyelitis im Beginn der Schwangerschaft, nach Entleerung des Uterus wenn nötig, die Pyelitis operativ angreift, bei Fällen gegen Ende der Gravidität dagegen wenn möglich konservativ verfährt und die Geburt abwartet.

Was die Idee angeht, die Schwere des Uterus und den Druck, den er auf die Ureteren ausübt, ätiologisch mit Dilatation der Ureteren und Pyelitis in Verbindung zu bringen, so darf ich mir die kurze Bemerkung erlauben, dass ich mit Rücksicht auf die alte Theorie der Ureterenkompensation durch den Uterus bei Eklampsie in zwei Fällen von Section cæsarea, die ich wegen Eklampsie gemacht habe, auf beide Ureteren achtete und in bei-

den Fällen nicht imstande war, eine Dilatation zu finden.

Dr. J. G. W. Greff: Ich möchte noch Nephroptose und Enteroptose als schwere Folgen der Schwangerschaft erwähnen.

Dr. Barkan: Bei tuberkulösen Ehekanidatinnen, die bemittelt sind, könnte man auch den Ausweg finden, sie nach Florida zu schicken. Sie genesen da, werden schwanger, und alles läuft sehr schön ab.

Ueber das Erbrechen bei Schwangeren möchte ich mir folgende Bemerkung erlauben: Bei Seekranken beobachtet man das Uebergehen der Krämpfe des Magens auf ausgiebige Uteruskämpfe. Mit anderen Worten, Seekranke gebären mit ausgezeichneten Wehen. Sollte da nicht auch das Gegenteil eintreten, dass der Uterus, der durch die Schwangerschaft gestemmt und gekrampft wird, auch diese Expansionen auf den Magen überträgt?

Prof. Dr. Friedrich Müller (Schlusswort): Ich danke zunächst allen den Herren, die sich an der Diskussion beteiligt und damit ihr Interesse zum Ausdruck gebracht haben.

Ich möchte nur noch auf ein paar Punkte eingehen, zunächst die Frage der Colica membranacea. Es handelt sich um eine Zusammenstellung auf Grund eigener Erfahrung, und ich habe noch keinen Fall von wirklicher Colica mucosa bei einem Mann oder einem Kinde gesehen. Es interessiert mich daher destomehr, dass mitgeteilt worden ist, dass diese Krankheit auch bei Männern und Kindern vorkommt. Ich glaube ganz sicher, dass wir verschiedene Arten von Colica mucosa zu unterscheiden haben. Zunächst haben wie den Ausdruck Colica membranacea mit Vorsicht zu gebrauchen. Es sind keine Membranen. Wir haben die Masse untersucht und gefunden, dass sie fast ganz aus komprimiertem Mucin besteht. (Dann habe ich zwei Fälle gesehen, wo diese Massen sehr viel enthalten haben, obwohl keine Parasiten vorhanden waren.) Das ist ein Verhalten, welches wir bei Asthma

finden, das ich auch z. Z. beschrieben habe. Ist es nicht vielleicht möglich, dass wir es mit adäquaten Zuständen des Darms zu tun haben, ähnlich denen bei den Bronchien. Auch vom Asthma gilt, dass es sich hauptsächlich bei nervösen Individuen findet. Uebrigens müssen wir uns hüten, den Darmkarrh mit Colica membranacea oder mucosa zu verwechseln, das sind verschiedene Dinge.

Es ist darauf hingewiesen worden, dass Herzfehler sich während der Schwangerschaft verschlimmern, und auch hier tritt die Frage auf: soll man den Mädchen verbieten zu heiraten, wenn sie einen Herzfehler haben?

In Betreff des artifiziellen Klimakteriums möchte ich wiederum betonen, dass jeder seine eigenen Beobachtungen macht. Ich war unglücklich genug, solche Fälle zu sehen, und sie haben mir einen unauslöschlichen Eindruck gemacht. Die Fälle, welche günstig ausgefallen sind, bekomme ich nicht zu sehen.

Ich habe aus dem, was gesagt worden ist, entnehmen können, dass ein häufiges Zusammenkommen von gynäkologischen Erkrankungen und Schleimhautkolik oder Erkrankung des Darms besteht. Halten wir uns an das Zusammenkommen und lassen wir Theorien bei seite.

Ob man Pyelitis operieren soll, darüber möchte ich mich etwas reserviert ausdrücken. Es kann vorkommen, dass alles glatt ausgeht. Aber ich habe einen Fall gesehen, wo die Kompression der Ureteren sehr bedenklich war und der Harn lange Zeit immer nach hinten abfloss. Man hat die Niere herausnehmen müssen, und die andere Niere war nicht gesund, und die Frau war in grosse Gefahr gekommen. Sie lebt noch. Das Resultat war aber nicht sehr schön.

Präsident Dr. Carl Beck: Ich glaube, ich spreche in Ihrer aller Sinn, wenn ich Herrn Prof. Müller unseren allerverbindlichsten Dank für seinen geistvollen und überzeugenden Vortrag ausspreche. Er hat uns durch seine meisterhaften Ausführungen

nicht nur einen genussreichen Abend bereitet, sondern auch mit seinen neuen Gesichtspunkten uns fruchtbringende Anregungen gegeben und überhaupt einen so tiefen Eindruck auf

uns gemacht, dass wir ihn schwerlich je vergessen werden.

Hierauf Vertagung.

Dr. John A. Beuermann,
Prot. Sekretär.

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt Chicago.

Vereinsjahr 1906-1907.

I. (138) Sitzung am 4. Oktober 1906 im Hotel Bismark.

Das Protokoll der letzten Sitzung des verflossenen Sommersemesters wird verlesen und angenommen.

Der Schatzmeister, Herr Dr. Saurenhaus berichtet über die Ergebnisse seiner Rechnungsführung während des letzten Vereinsjahres. Die zu Revisoren ernannten Herren, Dr. Harms und Dr. Ries, prüfen den Bericht, worauf dem Herrn Dr. Saurenhaus unter Anerkennung der Musterhaftigkeit seiner Buchführung und der Genauigkeit des Aktivsaldos der Dank des Vereines ausgesprochen und Decharge erteilt wird.

In der Vorstandswahl wird für das beginnende Vereinsjahr gewählt: Präsident Herr Dr. Herzog, M.; Vizepräsident, Herr Dr. Decker, A.; 1. Beisitzer und Kassier, Herr Dr. Saurenhaus, E.; 2. Beisitzer, Herr Dr. Schirmer, G.; Schriftführer, Herr Dr. Strauch, A.

Es wird ferner beschlossen, das übliche Festessen zur Eröffnung des Semesters am 20. Oktober 1906 im Hotel Bismark abzuhalten; es wird ein Komitee ernannt, bestehend aus den Herren Dr. Harms und Dr. Barnard.

Endlich wird das Austrittsgesuch des Herrn Dr. Schalek verlesen und angenommen. Herr Dr. Schalek hat einen ehrenvollen Ruf als Professor für Haut- und Geschlechtskrankheiten nach Omaha bekommen und angenommen. Die besten Wünsche der Anwesenden begleiten die Annahme seines Gesuches.

Hierauf legt der abtretende Schriftführer, Herr Dr. T. Holinger, sein Amt in die Hände des Nachfolgers und spricht die Hoffnung aus, dass die

Deutsche Medizinische Gesellschaft von Chicago weiter wachsen und gedeihen möge durch gute wissenschaftliche Arbeit und sorgfältige Kritik derselben, zur höchsten Genugtuung der Mitglieder und zum Wohle ihrer Patienten.

Dr. A. Strauch,
Schriftführer.

II. (139.) Sitzung am 1. November 1906.

Vorsitzender: Herr Dr. Herzog.

Programm.

1) Dr. Carl Beck: **Multiple septische Thrombophlebitis und deren Behandlung** (mit Krankenvorstellung).

2) Dr. Kolischer: **Ueber Blasen-tumoren.**

Das Protokoll der letzten Sitzung wird gelesen und genehmigt.

Dr. Carl Beck stellt ein ca. 7jähriges Mädchen vor, das vor 9 Wochen ein Trauma erlitt, indem eine Wagendeichsel gegen die Brust stiess. Das Mädchen leidet seither an Herzklopfen, dem sich später Erstickungsanfälle und Hüsteln hinzugesellten. Objektiv finden sich starke, verbreitete Herzaktion und intensives Katzenschnurren über dem ganzen Herzen, am stärksten an der Herzbasis. Das Röntgenstrahlenbild zeigt einen Schatten in den obersten Interkostalräumen, bis zur Clavicula hinaufreichend. Das Fremissement ist systolisch und diastolisch; in der Fossa jugularis deutliche Pulsation. Radialispuls beiderseits gleich. Keine Heiserkeit, laryngoskopisches Bild normal. Nach Gelatinefütterung trat eine leicht Besserung in der letzten Zeit auf. Diagnose: Traumatisches Aneurysma des Aortenbogens.

Dr. L a c k n e r hält eine traumatische Erweiterung des linken Atrium für wahrscheinlicher.

Dr. D o e p f n e r weist darauf hin, dass die objektiven und subjektiven Symptome für ein Aneurysma sprechen.

Hierauf hält Dr. C a r l B e c k seinen Vortrag über **Venenentzündungen**.

Bei oberflächlicher Venenentzündung ist die Diagnose leicht, bei tiefer ist sie schwieriger, manchmal unmöglich oder erst dann zu machen, wenn eitriger Zerfall mit Abszessbildung eingetreten ist. Dr. C. B e c k berichtet über drei Fälle.

I. Fall. Ein Mann erlitt eine Verletzung an einem Finger, worauf Lymphangitis und Lymphadenitis der Axilla auftrat. Nach der Exstirpation der Drüsengeschwulst durch einen Arzt stellte sich Schüttelfrost ein, langdauerndes Fieber mit rückläufiger Entzündung des Armes, von der Achselhöhle ausgehend.

Inzisionen zeigten keinen Eiter, aber eine gelatinöse Infiltration um die Oberarmvenen. Trotz lokaler Heilung dauert das schwere Allgemeinbefinden mit täglichen Schüttelfrösten und Schweissen als pyämische Manifestation an.

Unter Schmerzen im Unterbauch trat ein auffallendes Symptom auf, dem Dr. C. B e c k eine grosse semiotische Bedeutung zuschreibt: Abwechselndes An- und Anschwellen eines Beines mit Druckschmerzhaftigkeit der Gegend der Fossa ovalis. Bei der Inzision zeigte sich die Gefässscheide verdickt, die Vene solid, strangartig, thrombotisch bis zur Vena iliaca und umgeben von plastisch-gelatinösem Exsudat. Auch die Vene wurde inzidiert, drainiert, worauf in den nächsten Tagen reichliche Sekretion eintrat, am vierten Tage erst von eitrigem Charakter. Das Fieber dauerte noch 3 Monate infolge Abszessformation bis zum Diaphragma hinauf, sodass eine Kontrainzision mit Drainage zwischen 11. und 12. Rippe nötig wurde. Trotz sich wickelnder Amyloidose trat schliesslich Heilung ein.

II. Fall. Junger Mann erhielt einen Schlag auf den Kopf mit Fraktur des

Oberkiefers. Naht der Wunde durch einen Arzt; darauf Fieber, Benommenheit, Durchfall. W i d a l'sche Reaktion negativ. Es traten bald Nasenbeschwerden auf und schliesslich wurde von Dr. J o s e f B e c k ein Sequester aus der Nasenhöhle entfernt, sowie massenhafte Granulationen ausgelöffelt, die sich um den Sequester gebildet hatten. Nach dieser Operation trat unter Fieber und Schmerzen eine Entzündung des rechten Armes auf, mit auffallendem An- und Anschwellen derselben. Die oberflächlichen Venen des Armes und der Schulter waren entzündet. Multiple Inzisionen mit Drainage. Es bestand zugleich eine septische lokale Hautaffektion.

III. Fall. Thrombophlebitis (Paranephritis) zwischen rechter Niere und Peritoneum. Von anderen Aerzten wurde an Appendizitis und Gallensteine gedacht. Bei der Laparotomie wurde jedoch ein plastisches Exsudat mit Thrombose der Venen bis zur Leber hinauf gefunden. Es wurden Drains eingelegt, durch die sich nach einigen Tagen ein Abszess entleerte. Unter beständigen Fieberbewegungen tritt im Trigonum Petiti Fluktuation auf; nach Inzision und Entleerung von gangränösen Massen erfolgte Heilung.

Dr. C a r l B e c k zieht drei wichtige Schlüsse aus diesen Fällen:

1) Bei akut entzündlichen Venenprozessen soll eine Radikaloperation mit Entfernung des Gewebes vermieden werden, um nicht eine Propagation des Prozesses zu befördern. Einfache Inzision mit Drainage muss genügen.

2) Nach Entfernung eines Knochensequesters sollen die Granulationen nicht ausgelöffelt werden, die Ausräumung von Thromben soll unterlassen und durch blosse Drainage ersetzt werden.

3) Flüchtige Oedeme mögen für tiefe Thrombophlebitis pathognomisch sein.

Diskussion. Dr. L i e b e r t h a l, der den zweiten Fall gesehen hatte, teilte näheres über die am Arme lokalisierte Hautaffektion mit. Es handelte sich um ganz oberflächlich, zum Teil blutigen Inhalt besitzende Blasen von der Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu der eines Quarters. Variola war

leicht auszuschliessen. Gegen Pemphigus acutus sprachen das lokalisierte Auftreten und der hämorrhagische Charakter. Ueberdies bestanden beim Patienten einfache Hämorrhagien der Haut auf Wangen und Stirne. Gegen Malleus, woran anfangs mit Rücksicht auf die Nasenaffektion gedacht werden konnte, sprach der negative bakteriologische Befund. Für toxisches Erythem war die Erscheinung viel zu beschränkt. Blasen mit blutigem Inhalt werden hier überdies nicht beobachtet. Es kann sich somit nur um eine septische Hautaffektion handeln.

Dr. Zimmerrmann fragt, warum Dr. Beck die Vena femoralis angeschnitten habe. Antwort: Wenn eine eitrige Schmelzung vorliegt, so erfolgt der Eiterdurchbruch in der Richtung des geringsten Widerstandes. Dies gilt auch für die Venenentzündung; und tatsächlich entleerte sich auch im ersten Falle Eiter am vierten Tage durch die Drains. Dr. Zimmerrmann hingegen erwidert, er würde eine unstillbare Blutung durch dieses Vorgehen befürchten; denn mit dem Lösen und Heraustreten des Thrombus aus der Wunde könnte der Weg für das Blut eröffnet werden.

Dr. Holinger: Die Otologie hat sich viel mit der Behandlung der Sinusthrombose zu befassen. Die Gefahr der Blutung ist hier nicht sehr gross, da es sich um kleinere Venen handelt und weil Knochen die Venen ringsumschliessen, sodass Druck zur erfolgreichen Blutstillung ausgeübt werden kann.

Bezüglich der Radikalbehandlung stehen sich zwei Meinungen gegenüber: Die eine will sofort nach der Diagnose tief eingehen, die Vena (jugularis) unterbinden, dem Sinus folgen und so die ganze Vene offenlegen. Nach der anderen Meinung soll einfach der Proc. mastoideus eröffnet und dann abgewartet werden. Die Statistik ergibt auf der einen Seite 63 Prozent, auf der anderen 65 Prozent Heilung, spricht also weder gegen das eine noch gegen das andere Verhaltensprinzip.

Durch die radikale Operation wird

aber das Leben, das durch die Krankheit ohnehin gefährdet ist, noch mehr in Gefahr gebracht; hingegen hat die Idee, den Thrombus soviel wie möglich in Ruhe zu lassen und abzuwarten, viel für sich.

Dr. Ochsner: Das Prinzip des Dr. C. Beck, in Fällen von Thrombophlebitis nicht viel zu tun, ist das bedeutsamste Prinzip, das er vorführt. Dr. Ochsner hat gegenwärtig fünf schwere Fälle von Thrombophlebitis im Spital. Vier Fälle betreffen die oberen Extremitäten, und wurden bereits schwer septisch ins Spital gebracht. Das von Dr. C. Beck hervorgehobene Symptom, nämlich das abwechselnde An- und Abschwellen, war auch hier zu sehen. Das Anschwellen führt Dr. Ochsner auf fehlerhafte Behandlung zurück, wenn nämlich nicht vollkommene Ruhe beobachtet wird. Ruhe des Gliedes ist am meisten geeignet, den septischen Prozess stationär zu machen; umgekehrt kann das septische Produkt durch Bewegungen der Muskeln weitergedrückt werden. Unzweifelhaft beruht der Fortschritt der Infektion zum Teile auf dem Druck der sich kontrahierenden Muskeln auf die Vene. Wenn die Muskeln ruhig gestellt sind, genügen die übrigen Venen, den Blutkreis zu besorgen. Ruhe ist das Wichtigste. Bei Eiterformation soll jedoch sofort Inzision mit Drainage gemacht werden. Der Verbandwechsel soll nicht zu oft und nur mit Vorsicht unter Vermeidung von Druck und Bewegung des Gliedes gemacht werden.

Dr. Doeppner hat den ersten Fall des Herrn Dr. C. Beck gesehen. Auch die Gegend der linken Glutaealmuskeln war schmerzhaft und in den pyämischen Prozess hineinbezogen. Es handelte sich bei diesem Patienten um eine nicht sehr virulente Infektion. In der rechten Lunge bestand kleinblasiges Rasseln. Die Krankheitskeime dürften nach Passierung der Lungen auf dem Wege der Blutbahnen (Bakteriämie) nach den verschiedenen Körperstellen verschleppt worden sein. Das An- und Abschwellen weist darauf hin, dass es sich um bloss murale Thromben handeln kann und nicht um

totale — sodass eben noch ein Teil der Vene durchgängig ist. Man soll darum expektativ sein.

Dr. C. Beck teilt im Schlusswort mit, dass er die Inzision in die Vena femoralis erst dann gemacht habe, nachdem die Punktion der Vene kein Blut ergeben hatte.

Hierauf hält Dr. Kolischer seinen Vortrag.

Diskussion. Dr. Ochsner: Dr. Kolischer hat das Thema sehr gründlich behandelt und es ist nicht viel hinzuzufügen. Seine Thesen sind chirurgisch richtig; wir müssen diesen im Interesse der Patienten folgen. Wir müssen zuerst die gutartigen von den bösartigen Geschwülsten differenzieren, dann genau lokalisieren und bei der Operation die Blase möglichst schützen, nicht zerren, nicht so viel wischen, kurz so wenig als möglich verletzen.

Im Schlusswort betont Dr. Kolischer, dass die Cystoskopie unter den Aerzten populär sein solle und dass man in die Urologie allgemein chirurgische Prinzipien einführen müsse.

Neue Mitglieder sind: Dr. Darling, 3802 Ellis Ave.; Dr. L. A. Müller, 306 East Division St.; Dr. Rembe, 100 State St.; Dr. Reichmann, 405 Schiller Building; Dr. Seufert, 107 Evergreen Ave.; Dr. Wahlteich, 1624 Addison St.; Dr. Zimmermann, 142 Howe St.

Sitzung vom 6. Dezember 1906.

Vorsitzender: Dr. Herzog.

Programm.

1) Dr. R. Rembe: **Cysticercus cellulosa der Iris.** (Der Vortrag ist in der Mainnummer ds. Jahrgangs als Originalarbeit erschienen.)

2) Dr. H. Schiller: **Hauterkrankungen während der Menstruation.**

Diskussion zu Dr. Rembe's Vortrag.

Dr. Abele: Cysticercus findet sich häufiger im Glaskörper, wo er mittels Augenspiegel gesehen werden kann. Die Beobachtung des Parasiten in der Iris ist naturgemäss leichter als beim

Sitze in der Tiefe des Auges. Dr. Abele sah in Königsberg, resp. in Danzig, drei Fälle von Augencysticercus; davon einen in der vorderen Augenkammer. Das Resultat der Operation bei letztgenanntem Sitze des Blasenwurmes ist gewöhnlich ein gutes, wie auch in unserem Falle; aber nicht so gut beim Sitz im Glaskörper und zwar wegen der Trübungen und entzündlichen Veränderungen im Augennern, hervorgerufen durch die Gegenwart des Fremdkörpers. Immerhin wird auch hier oft ein Sehvermögen erzielt, das praktisch verwertbar ist. In Deutschland war der Augencysticercus in der Periode vor Einführung der Fleischschau viel häufiger als gegenwärtig. Nach früheren Zusammenstellungen kam ein Cysticercus auf 1000 Augenkranke, gegenwärtig aber (nach Hirschberg ein Cysticercus auf 20,000 bis 30,000 Augenkranke als Erfolg der obligatorischen Fleischschau.

Dr. Sintzal hatte in der kleinen Ortschaft, wo unser Patient wohnt, im letzten Jahre über 20 Fälle von Taenia solium gesehen und behandelt; die Häufigkeit des Vorkommens dieses Bandwurms ist auf den dort üblichen Genuss von rohem Schweineschinken zurückzuführen. Bei einigen Bandwurmträgern hatten sich zwei Taenien vorgefunden.

Dr. Strauch: Der von Dr. Rembe herangezogene Erklärungsmodus der Infektion unseres Patienten durch Genuss von rohem, nur flüchtig gereinigtem Gemüse aus Feldern, welche mit menschlichen Exkrementen gedüngt waren, liegt im Bereiche der Möglichkeit. Der Import der Taenieneier in den menschlichen Magen kann aber auch durch Selbstinfektion des Trägers stattfinden oder die Eier können von einem Individuum der Umgebung direkt herrühren. Der Uebertritt der Proglottiden in den Magen des Bandwurmwirtes kann durch antiperistaltische Bewegungen des Darmes oder infolge von Erbrechen geschehen. Bei geisteskranken Koprophagen oder bei Kindern, welche sowohl die eigenen als auch gelegentlich fremde Faekalien essen, kann das Schlucken von Taenien-

eiern, sogar von Proglottiden stattfinden; oder es können die Eier während des Schlafes mit den beschmutzten Fingern vom After nach dem Munde gebracht werden. Ob unser Patient oder dessen nächste Umgebung einen Bandwurm hat, konnte bisher aus äusseren Gründen nicht sichergestellt werden. In vielen Fällen, die symptomlos verlaufen, kann nur die mikroskopische Untersuchung der Stühle auf Taenieneier Sicherheit geben. Die Bandwurmabtreibung ist mit Rücksicht auf die Gefahr der Selbstinfektion im Interesse sowohl des Bandwurmtägers als auch dessen Umgebung indiziert. Interessant von diesem Gesichtspunkte ist der Fall (K a r e w s k i), wo ein $\frac{3}{4}$ jähriger Säugling mit *Augencystercercus* durch die Mutter, die Bandwurm hatte, infiziert worden war. Gehirn und Muskeln bilden die wichtigsten Prädispositionsstellen für *Cystercercus cellulosae*; selten ist das Unterhautzellgewebe der Sitz des Parasiten.

Dr. S c h m a u c h hält im allgemeinen den kürzeren Infektionsweg vom „After zum Mund“ für den wahrscheinlicheren. Auf eine Anfrage des Dr. R e m b e teilt Dr. H e r z o g mit, dass die Blase dem Parasiten angehört. Beim *Ecchinococcus*, — so wissen wir — besteht die Wand der eigentlichen Blase aus einer chitinartigen Substanz; nach aussen schliesst sich die vom benachbarten Parenchym durch reaktive Entzündung gebildete Bindegewebskapsel; die Riesenzellen werden natürlich ebenfalls vom Wirt geliefert.

Diskussion zu Dr. S c h i l l e r's Vortrag.

Dr. L i e b e r t h a l: Während der Menstruation findet eine Umstimmung oder Verstimmung des Nervensystems und *ceteris paribus* eine Beeinflussung der Zirkulation statt, die zuweilen auch an der Haut zum Ausdruck kommt. In dreifacher Weise werden Veränderungen wahrgenommen: Entweder entstehen dann Hautaffektionen oder es werden bereits bestehende in progressiver oder regressiver Weise verändert. So sehen wir oft Akne, Ekzem u. s. w. sich verschlimmern, während bei manchem Pruritus das Jucken abnimmt oder für die Zeit der Menstruation ganz schwindet. Da

nun die Erscheinungen der neu entstandenen Hauteruptionen meist Charaktere der polymorphen und toxischen Erytheme tragen, so erklärt sich, dass an eine Infektion oder Intoxikation gedacht wird. Möglicherweise sind manche Eruptionen Manifestationen von durch die Menstruation ausgelösten latenten Erkrankungen. Das Auftreten von Erysipel der Nase in einer Anzahl der Fälle jedoch liesse sich vielleicht dadurch erklären, dass manche nervöse Personen, und es sind ja meist unzweifelhaft nervös veranlagte Individuen, bei denen Hauterscheinungen während der Menses auftreten, leicht geneigt sind, in der Nase mit den Fingern zu bohren, und somit eine Infektion begünstigen. Erythema multiforme wird kaum mit der Menstruation zurückkehren; wahrscheinlich wird es dann nur stärker. Ausbruch von Urticaria wurde beim Platzen von Ovarialcysten wohl infolge der Absorption des Serums beobachtet. Es soll mehr Aufmerksamkeit der Beziehung zwischen Menstruation und Hauterkrankungen zugewendet werden.

Dr. H e r z o g kritisiert die statistische Grundlage der Behauptung, dass zwischen Nasenerysipel und Menstruation eine Beziehung bestehen könne; eben dieselbe Statistik, welche von Dr. S c h i l l e r für das Bestehen einer solchen Beziehung herangezogen wird, kann zum Beweise des Gegenteiles benützt werden. Statistiken sind oft zu subjektiv gefärbt. Dr. H. kannte eine junge Dame, welche während jeder Menstruation an einer „roten Nase“ litt (Erythem). Nach Ergotin blieb diese Affektion aus.

Dr. S c h m a u c h: Der Zusammenhang zwischen Menstruation und Ovulation ist durchaus nicht sichergestellt; wahrscheinlich haben dieselben zeitlich gar nichts mit einander zu tun. Während der Menstruation vollzieht sich im Organismus eine Art Wellenbewegung der Funktion. Die Energie der sämtlichen Funktionen der Organe sind kurz vor Beginn der Menstruation gesteigert, um dann mit dem Beginn der Blutung selbst rasch abzunehmen. Eine Art Wellenbewegung

und Periodizität wird aber auch beim männlichen Geschlechte unter Umständen beobachtet, z. B. bei Hämorrhoidariern, welche jede 3 bis 4 Wochen bluten. Eine Alteration des Blutes während der Menstruation ist sehr problematisch. Viele Frauen mit stinkendem Ausfluss oder mit ulzerierendem Uteruskarzinom zeigen keine Exantheme. Dr. Schmauch beobachtete einmal das Platzen einer Ovarialcyste ohne nachfolgende Hauterscheinungen.

Dr. Schiller (Schlusswort) teilt auf eine Anfrage mit, dass unter der Bezeichnung Lichen menstrualis Fälle beschrieben sind, bei denen sich zur Zeit der Menstruation papuläre, lichenartige Effloreszenzen über Rücken, Schulter etc. verbreitet, entwickelt haben.

Ein Zusammenhang zwischen Menstruation und dem im Vortrag erwähnten Nasenerysipel ist durch die genauen Beobachtungen Jerusalem's in Wien, der 18 hierher gehörige Fälle beschreibt, hinreichend erwiesen.

Geschäftliches.

Dr. Herzog teilt den Wunsch mehrerer Herren mit, ein Bankett mit Damen zu veranstalten. Dr. Schiller stellt den bezüglichen Antrag, der unsterstützt wird.

Sitzung vom 20. Dezember 1906.

Vorsitzender: Dr. Decker.

Programm.

Dr. Herzog: **Meine medizinischen Erlebnisse und Beobachtungen auf den Philippinen-Inseln.**

Dr. Herzog führt im Anschluss an seinen interessantesten, mit lebhaften Schilderungen ausgeschmückten Vortrag in Beantwortung einiger an ihn gerichteten Fragen folgendes aus: Er hat zu wiederholten Malen sowohl primäre als auch sekundäre Lungenpest gesehen, eine Krankheitsform, die nicht nur eine sehr hohe Mortalität besitzt, sondern auch durch das reichliche Vorhandensein von Pestbazillen im Sputum eine grosse Infektionsgefahr für die Umgebung mit sich bringen. Bei Lungenpest findet man ausser subpleuralen und anderweitigen Hämorrhagien interlobuläre Herde bis

zur Grösse einer Haselnuss und darüber; dieselben sind konsolidiert, graurötlich-weiss bis braunrot und umgeben von intensiv hyperämischem Gewebe. Durch Konfluenz können die Herde das Bild der lobären Konsolidation zeigen. Die primären Bubonen werden von den Bronchiallymphdrüsen gebildet.

Die Infektion mit Pestbazillen bei der gewöhnlichen Form der Erkrankung, nämlich der Beulenpest geschieht durch Hautläsionen; die Propagation erfolgt auf dem Wege der Lymphbahnen; es schwellen die regionären Lymphdrüsen, meist die in inguine und in axilla an und bilden den sogenannten primären Bubo. Später können die anderen Lymphdrüsen ergriffen werden.

Der therapeutische Wert der verschiedenen Pest-Sera ist ein sehr fraglicher; dies wird auch durch die Erfahrungen am Arthur Road Hospital in Bombay, dem grössten Pestspital, bestätigt, wo die Patienten mit graden Aufnahmszahlen mit, die mit ungraden Aufnahmszahlen ohne Serum behandelt worden waren, ohne dass sich eine besondere Differenz in der Mortalität der beiden Gruppen gezeigt hatte. Der prophylaktische Wert z. B. der Hafkin'schen Vakzine wird zugestanden; die Präventivwirkung derselben erstreckt sich auf ca. 6 Monate; doch ist diese Art der Immunisierung sehr schmerzhaft.

In Manila wurden 3000 Chinesen gegen Pest immunisiert; von diesen soll innerhalb der folgenden zwei Jahre kein einziger an Pest gestorben sein; doch ist mit Rücksicht auf die Unzuverlässigkeit des chinesischen Materiales nicht allzuviel Wert auf diese Statistik zu legen. In Indien wurden gute Erfahrungen mit der Präventivbehandlung im grossen Massstabe gemacht.

Dr. Zeit macht die Mitteilung, dass hier in Chicago Trypanosomiasis unter den Ratten vorkomme.

Mit Beziehung auf Dr. Herzog's Beschreibung der Amoeba histolytica und Amoeba coli sei zu bemerken, dass der morphologische Unterschied zwischen beiden so gering ist, dass Dr.

Zeit bei seinen Experimenten den biologischen Beweis hat heranziehen müssen. Amöben von Menschen, welche an Durchfall litten, wurden Katzen und Hunden ins Rektum gespritzt; die Tiere starben und zeigten bei der Sektion Ulzerationen und stark-hyaline Amöben im Darne. *Amoeba coli* ist für Katzen jedoch harmlos.

Dr. Herzog: Das Protozoen, das Lösch zuerst als *Amoeba coli* beschrieben hat, ist nach den Untersuchungen Schaudinn's und anderer ein ganz harmloser, gelegentlicher Bewohner des Darmes. Die Amöbe, welche die Dysenterie oder Tropenruhr erzeugt, nämlich *Amoeba histolytica*, ist verschieden von der erstgenannten. Dieselbe bildet nach den genauen Untersuchungen Schaudinn's ganz andere Sporen und zeichnet sich durch eine stark-hyaline Beschaffenheit des Ektoplasmas aus. Da jedoch die rein morphologische Unterscheidung dieser beiden Arten, wie Dr. Zeit eben erwähnte, von einander oft sehr schwierig ist, so bediente sich

auch Schaudinn des Experimentes an Katzen und Hunden, für welche nur die *Amoeba histolytica* pathogen ist. Affen sind ebenfalls für Dysenterie empfänglich und Orang-Utangs sterben an künstlich erzeugter Amöben-dysenterie.

Geschäftliches.

Herr Dr. Edward Seuffert, 107 Evergreen Ave., wird einstimmig als Mitglied aufgenommen.

Dr. G. Schirmer stellt den Antrag, dass künftighin als Gesuche zur Aufnahme in die Deutsche Medizinische Gesellschaft gedruckte Formulare dienen sollen, welche eine Rubrik für Alter, Geburtsort, Ort und Zeit der medizinischen Studien, des Doktorates und des Staatsexamens enthalten. Antrag angenommen.

Es wird weiterhin beschlossen, ein Bankett mit Damen zu veranstalten. Zur Vorbereitung und Leitung desselben wird ein Vergnügungskomitee ernannt.

Dr. Aug. Strauch,
Schriftführer.

Therapeutische Notizen.

—*Validol bei Magenleiden.* Nach einer Mitteilung im „Journal des Praticiens“ hat Ambiaud während mehrerer Jahre die Wirkung des Menthols bei Gastralgie geprüft und zieht er dieses Mittel dem Cocain mit seiner Giftwirkung vor.

Dejace hat seit mehr als 6 Jahren das Menthol valerianic, oder Validol mit Erfolg verwendet und fand, dass dieses leicht verträgliche Anästhetikum Schmerzen und Erbrechen lindert, dabei ausgesprochen antiseptisch auf den Mageninhalt wirkt und entschiedenen Einfluss auf den Blutkreislauf ausübt.

Die Baldriansäure ergänzt die kalmierende und antiseptische Wirkung des Menthols noch durch ihre antispasmodischen Eigenschaften.

Validol ist bei Dyspepsie zu empfehlen, sofern diese nicht durch ein organisches Leiden verursacht, sondern vorzugsweise die Folge von funktionellen und sekretorischen Störungen darstellt, mögen diese durch vorübergehende Intoxikations- oder Innervations-Erscheinungen verursacht werden. Bei Blutarmut, Bleichsucht, Neurasthenie, sowie bei

Schwangerschaft mildert Validol den Magenschmerz und beseitigt rasch die Uebelkeit.

Auch bei Seekrankheit hat sich Validol als vorzügliches Mittel bewährt.

Validol kann man auch bei Kindern anwenden.

Verabreicht wird es am einfachsten in Tropfen auf gestossenem Zucker, wobei man zweckmässigerweise etwas Wasser nachtrinken lässt. Gaben von 10—15 Tropfen zweimal pro die genügen häufig, um Anfälle von Gastralgie zu beseitigen. (Therap. Revue der Allgem. Wiener med. Ztg., 1907, S. 21.)

—*Typhusbehandlung mit Pyramidon.* Auf Grund der in der letzten Zeit erschienenen, günstig lautenden Publikationen von Valentini, Sabarthez, Hödlmoser, Krauhals u. a. über die Typhusbehandlung mit Pyramidon hat Robitschek, während einer Typhusepidemie in der Garnison in Hermannstadt, da die Bäderbehandlung mit grosser Schwierigkeit verbunden war, auf dieses Mittel zurückgegriffen.

Robitschek fasst die Ergebnisse dieser Behandlung in folgendem zusammen:

Bei der Undurchführbarkeit der Bäderbehandlung hat das Pyramidon allein und in Verbindung mit leichten hydratischen Prozeduren einen vollkommenen Ersatz für die gebräuchlichste Behandlungsmethode bei Typhus geboten. Nur musste jedesmal individualisierend und mehr symptomatisch bei der Darreichung des Mittels vorgegangen werden.

Dieses Medikament erwies sich selbst bei längerem Gebrauche, namentlich in rechtzeitiger Verbindung mit Stimulantien und Herztonika, als vollkommen unschädlich.

Es beeinflusste in der vorteilhaftesten Weise das subjektive Befinden der Kranken und die verschiedenen nervösen Störungen, ermöglichte eine bessere Nahrungsaufnahme und bewirkte, dass auch Kranke mit vielen Komplikationen sich rasch erholten.

Eine direkte Beeinflussung des Typhusprozesses wurde wohl nicht beobachtet; indirekt beeinflusst Pyramidon gerade wie die Bäderbehandlung den Verlauf insoweit günstig, als es auch durch prompte und schnelle Herabsetzung der abnormen Temperaturen die durch dieselben bedingte Schädigung der parenchymatösen Organe behindert.

Dass sich das Pyramidon auch in der Kinderpraxis bewährt hat, kann aus den der Arbeit Robitschek beigegebenen Temperaturkurven ersehen werden, von denen die eine ein siebenjähriges Mädchen und die zweite ein fünfjähriges Mädchen betrifft. Bei dem letzteren trat nach zehn fieberfreien Tagen ein Rezidiv auf, in dessen Verlauf schon Gaben von 0,05 g Pyramidon eine Herabsetzung der Temperatur um mehr als 3° C. herbeiführten; bei dem ersteren wurde von Anfang bis zu Ende ausschliesslich nur Pyramidon angewendet. (Allgemeine militärärztliche Zeitung.)

— *Ein neues Asthmamittel.* Dr. Z. Zehden empfiehlt ein alkaloidfreies Mittel, das imstande sein soll, den Asthmaanfall prompt zu kupieren, nämlich das aus einer von der „Deutschen Asthmakarbon-Gesellschaft“ eingeführten neuen Droge hergestellte Asthmakar-

bon. Die aus Argentinien stammende, bisher in Europa noch nicht verwertete *Punaria Ascochingae* ist eine interessante und schöne Pflanze; sie gehört zur Familie der Kompositen, und zwar zum Typus der *Tribuliflorae*. Sie wächst strauchartig, die Blumenkrone ist zweilippig mit dreiteiliger Unter- und zweiteiliger Oberlippe, der Griffel ist unter den Narben pinselförmig behaart; die Blätter sind ganzrandig, linealisch und zurückgerollt. Zu Heilzwecken wird sowohl das Kraut, als auch die Wurzel benutzt. Wirksam, aber gänzlich ungiftig ist ein darin enthaltenes Glykosid und ein Harz. Alkaloide fehlen in der Pflanze, ein grosser Vorteil gegenüber den bisherigen Räuchermitteln.

Die Pflanze kommt unter der Bezeichnung „Asthmakarbon“ in einer nach Namen und Form geschützten Aufmachung in den Verkehr. Kraut und Wurzeln werden hiezu aufs feinste pulverisiert, dann werden 5 g zu einer Tablette komprimiert, die ungefähr die Grösse und Form eines Markstückes hat. Die Tablette ist auf einer zylindrisch gestanzten, feinsporösen Holzkohle befestigt. Dieses ganze als „Asthmakarbon“ bezeichnete Antiasthmatikum wird in folgender Weise angewandt: Beim Beginn des Anfalles wird die Kohle mittels eines Streichholzes auf dem beigegebenen Blechuntersatz zum Glühen gebracht. An der Kohle entzündet sich die Tablette. Sobald die charakteristisch riechenden, weissen Dämpfe aufsteigen, wird das Asthmakarbon in die Nähe des Kranken gebracht, der die Dämpfe langsam aus einiger Entfernung einatmet. Die Wirkung macht sich dann in eklatanter Weise bemerkbar, dass nach anfänglichem leichten Hustenreiz die Atmung ruhiger wird und sich vertieft, dass die asthmatischen Beschwerden aufhören, und dass der Kranke meist nach einiger Zeit in ruhigen Schlaf verfällt. Erwähnenswert scheint auch die günstige Einwirkung auf die Atmungsbeschwerden der Phthisiker, namentlich bei starken nächtlichen Hustenanfällen, die sonst stets mit erheblichen asthmatischen Beschwerden verbunden waren. (Med. Woche, Nr. 35, 1906.)

New Yorker
Medizinische Monatschrift

Offizielles Organ der
**Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York,
Chicago, Cleveland und San Francisco.**

Redigiert von DR. A. RIPPERGER.

Bd. XIX.

NEW YORK, AUGUST, 1907.

No. 5.

Originalarbeiten.

Ueber den Mund der Speiseröhre.*

VON GUSTAV KILLIAN in Freiberg am Breisgau.

Meine Herren! Sie werden sich über das eigenartige Thema meines Vortrages gewundert haben. Hat denn die Speiseröhre einen Mund?

Es wird mir ein Vergnügen machen, Ihnen dies genauer auseinander zu setzen, nachdem ich mich in den letzten Monaten eingehend mit dieser Frage beschäftigt und eine grössere Zahl spezieller Beobachtungen gesammelt habe.

Wenn wir mit dem Finger in den Hals eingehen, so erreichen wir beim Erwachsenen höchstens den Kehlkopfeingang, und es ist kaum möglich, sich über die vorliegende Frage zu orientieren. Der Praktiker weiss nur, dass das Einführen von Instrumenten in die Speiseröhre hinter dem Kehlkopf fast immer gewisse Schwierigkeiten macht. Es gehört Übung dazu, hier mit leichter Hand vorbei zu kommen.

Wer sich von den Vorstellungen leiten lässt, welche uns die Bilder der

Anatomen erwecken und die sich auf Beobachtungen an der Leiche stützen, der kann es nicht begreifen, weshalb man so schwer hinter dem Kehlkopf vorbei in die Speiseröhre gelangt, denn bei der Leiche besteht hier gar kein Hindernis und die Anatomen zeichnen den Weg hinter dem Kehlkopf vorbei so, wie sie es an der Leiche gesehen haben, weit offen. Besseren Aufschluss gibt hier die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel. Betrachten wir uns ein Kehlkopfspiegelbild, so ist es für den Neuling gar nicht leicht, zu sagen, wo der Weg in die Speiseröhre vorbei geht. Man bekommt in der Tat von den Studenten auch auf eine diesbezügliche Frage manchmal recht sonderbare Antworten. Dazu gibt allerdings bis zu einem gewissen Grad die Veränderung der Lagebeziehungen durch die Spiegelung Anlass. So sieht man in diesem Bild den Kehldeckel oben, während er in Wirklichkeit vorn gelegen ist und die Arygegend unten, während sie in Wirklichkeit die hintere Begrenzung des Kehlkopfeinganges lezeichnet. Es kann danach nicht

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York am 3. Juni 1907.

schwer sein, den Weg in die Tiefe des Speisekanals zu finden; er muss in diesem Bild hier unter der Hinterwand des Kehlkopfes gelegen sein und wird, wie Sie sehen, durch eine einfache Linie zeichnerisch festgelegt. Man erkennt daraus, dass beim Lebenden der Kehlkopf der Vorderfläche der Wirbelsäule anliegt und dass der Weg zur Speiseröhre im Ruhezustand, h. h. solange nicht geschluckt wird, geschlossen ist.

Lässt man bei der Spiegeluntersuchung einen Ton singen, so gibt sich der weitere Verlauf des Speisewegs hinter dem Kehlkopf noch eine Strecke weit zu erkennen. Die Aryknorpel bewegen sich nämlich bei der Phonation (um so mehr, je höher die Töne sind) etwas nach vorn und heben sich von der hinteren Rachenwand ab. So sieht man noch eine Strecke weiter in die Tiefe, eventuell bis zum oberen Rand der Ringknorpelplatte und seitlich tief in die Sinus pyriformes, bei dem einen mehr, bei dem andern weniger.

Vom oberen Rande der Ringknorpelplatte an bleibt der Weg fest geschlossen. Ich habe mir gewöhnlich vorgestellt, und so wird es Ihnen auch ergangen sein, dass dieser Verschluss durch die Art der Aufhängung des Larynx und seine Fixation durch Muskeln und Bänder bedingt sei, wobei die Muskeln sich vollständig untätig verhalten und sich im Ruhezustand befinden, ähnlich wie bei der Leiche. Nun besteht aber doch ein wesentlicher Unterschied, auf den wir erst aufmerksam geworden sind, als wir versuchten, den Kehlkopf von der Wirbelsäule abzu ziehen. Bei der Leiche ist das, wenn keine Muskelstarre besteht, leicht zu bewerkstelligen; beim Lebenden aber begegnet man einem bedeutenden Widerstand. Man braucht nur an einem mageren Hals den Versuch zu machen, den Kehlkopf von vorn zu fassen und anzuziehen oder von hinten her mit beiden Händen nach vorn zu drängen oder mit einer Zange zu

packen, die von vorn her hinter dem Ringknorpel eingreift. Der Widerstand ist enorm. Die gesammte Muskulatur, welche mit dem Kehlkopf in Beziehung tritt, wehrt sich energisch dagegen, ohne dass der Wille beteiligt ist. Es besteht also in diesem Gebiet ein Muskeltonus, der den Kehlkopf in seiner Lage festhält und nur durch zentrale Impulse geändert werden kann, wie z. B. beim Schlucken, Erbrechen, Singen und dergl. mehr, wobei Ortsbewegungen des Larynx eintreten.

Dass man bei der Phonation manchmal noch tiefer sehen kann, habe ich in einer Reihe von Fällen direkt beobachtet, jedoch nur unter besonderen Umständen. Wenn man den Patienten beim Laryngoskopieren den Kopf stark nach vorn beugen lässt und von unten nach oben in den Hals sehend laryngoskopierte, so kann man manchmal noch eine Strecke der Schleimhaut sehen, welche die Rückenfläche der Ringknorpelplatte betrifft. Ja vereinzelt ist es mir sogar gelungen, bis gegen die Mitte oder selbst das untere Drittel der Ringknorpelplatte in die Tiefe zu blicken, wenn auch nur momentweise.

Mit grosser Sicherheit erreicht man dieses Ziel, wenn man die v. Eicken'sche Hypopharyngoskopie anwendet. Dabei wird mit einer starken Kehlkopfsonde (dem Larynxhebel) in den kokainisierten Kehlkopf eingegangen und das ganze Organ kräftig nach vorn gezogen. Man kann aber auch in anderer Weise vorgehen, indem man ein passendes Instrument hinter den Larynx schiebt und ihn direkt nach vorn zieht.

Alle diese Untersuchungen lehren eines: Der Pharynx zieht hinter dem Kehlkopf zunächst in seiner ganzen Breite in die Tiefe und verengt sich konzentrisch rasch zu einer mittleren schmalen Zone, welche im Bereiche des unteren Drittels der Ringknorpelplatte gelegen ist. Man sieht deutlich, wie

seine seitlichen Wände nach dieser Stelle konvergieren, wie seine vordere Wand (dargestellt durch die hintere Wand des Kehlkopfes) in grader Richtung nach dieser Stelle hinzieht, aber man kann auch etwas Neues beobachten: Je mehr man den Kehlkopf abzieht, desto mehr biegt die hintere Rachenwand in sanftem Bogen gegen die genannte Stelle nach vorn ab. Hier ist also ein energischer Verschluss vorhanden.

Es fragt sich vor allem, wie sich die Speiseröhre von dieser Stelle an, welchen wir als ihren Anfang bezeichnet haben, weiter nach abwärts verhält. Wir müssen also jetzt noch weiter in die Tiefe vorzudringen suchen. Ich habe zu diesem Zweck vor allem den Versuch gemacht, durch einen wesentlich energischeren Zug, als er von oben ausgeführt werden kann, den Larynx von der Wirbelsäule abzuziehen. Dazu standen mir 3 Tracheotomierte zur Verfügung. Der subglottische Raum wurde von der Wunde aus gut kokainisiert, dann ging ich mit einem Haken nach oben zu ein und zog energisch am Ringknorpel selber, während ich gleichzeitig mit dem Spiegel bei vorgebeugtem Kopf (um den Hals des Patienten möglichst zu erschaffen) den Hypopharynx betrachtete. Ich stellte so fest, dass auch bei einer derartigen Kraftentfaltung der Anfang der Speiseröhre — denn als solchen müssen wir offenbar diese Stelle auffassen — nicht zum Klaffen zu bringen ist. Das Mündungsgebiet bleibt fest geschlossen und wird mitsammt dem Kehlkopf nach vorn gezogen. Die hintere Rachenwand wird über dem Eingang von der Wirbelsäule stark entfernt und angespannt. So fest haftet die Stelle des Speiseröhreneinganges am Kehlkopf, dass sie sich eher mit dem Kehlkopfeingang nach vorn ziehen lässt, als dass sie sich öffnet.

Es ist jetzt klar, im Anfangsteil der Speiseröhre liegen die Schleimhaut-

flächen nicht einfach aneinander wie bei anderen Hohlorganen, sondern sie werden durch die tonische Muskelkontraktion einer Art Sphincter in festem Kontakt gehalten — eine ringförmig angeordnete Muskulatur schliesst dauernd die Speiseröhre ab.

Aber noch mehr! Diese Muskulatur muss mit dem Ringknorpel in fester Verbindung stehen, sonst wäre es nicht möglich, dass der Oesophaguseingang beim Zug am Kehlkopf nach vorn diesem folgt. Die anatomische Untersuchung lehrt, dass in der Tat derjenige Teil des Constrictor inferior, den wir als Crico-pharyngeus bezeichnen, die hier geforderten Bedingungen erfüllt. Er entspringt an der Seite des Ringknorpels hinter dem Crico-thyroideus, zieht in Schleifenform um den Anfangsteil des Oesophagus herum und erreicht die andere Seite des Ringknorpels. Der tonische Kontraktionszustand dieses Muskels erklärt die genannte Erscheinung.

Weitere Aufschlüsse kann uns die Oesophagoskopie verschaffen. Es ist ein Leichtes, mit einem Rohr von passendem Kaliber hinter dem Ringknorpel vorbei bis zum Oesophaguseingang vorzudringen und dann das Rohr unter fortgesetzter Beobachtung in den Oesophagus hinein zu schieben. Wir finden dabei auf einer Strecke von einigen Zentimetern ein fest geschlossenes Lumen, das sich vor dem Rohr langsam entfaltet (Mundstück der Speiseröhre), und kommen erst dann in den klaffenden Teil der Speiseröhre. Die analoge Beobachtung lässt sich beim Herausziehen des Rohres anstellen, worauf schon v. Mikulicz hingewiesen hat. Schon in seiner Arbeit über die Oesophago- und Gastroskopie im Jahre 1881 begegnen wir der Bemerkung, dass der Oesophaguseingang durch den Constrictor inferior geschlossen gehalten werde. Wie ich gezeigt habe, kommt nur der Ringknorpelanteil dieses Muskels in Betracht,

offenbar beteiligt sich aber auch die Ringmuskulatur des Oesophagus selber eine Strecke weit.

Die Tatsache, dass die Speiseröhre nach unten von ihrem Anfangsgebiet bis zur Cardia eine klaffende Röhre darstellt, die mit Luft gefüllt ist, hat v. Mikulicz über allen Zweifel erhoben und auch auf physiologischem Weg eingehend geprüft. Bei jeder Oesophagoskopie kann man sich von neuem von ihrer Richtigkeit überzeugen; v. Mikulicz zeigte auch, dass die Luft in der Speiseröhre unter einem negativen Druck steht. Ich dachte vorübergehend, man könne mit diesem negativen Druck vielleicht das Geschlossensein des Anfangsstückes der Speiseröhre erklären und habe, um mir Klarheit zu verschaffen, während der Ausführung der unteren Hypopharyngoskopie einen Katheter in den Luftraum der Speiseröhre eingeführt. Das Anfangsstück des Oesophagus umschloss den Katheter krampfhaft, kam aber nicht weiter zum Klaffen.

Durch die Annahme eines sphincterartigen Verschlusses des Oesophagus-einganges wird der Vergleich mit der Cardia des Magens angeregt. Auch die Cardia ist durch tonische Muskelkontraktion geschlossen. Ihr Verschluss löst sich auf reflektorischen Wege während des Schluckens und während des Erbrechens. Wie verhält sich das Mundstück der Speiseröhre in dieser Hinsicht? Ich kann hierüber eine Reihe höchst interessanter Beobachtungen anführen, vor allen Dingen den Fall, der meine Aufmerksamkeit auf diese Verhältnisse hinlenkte und den Karl v. Eicken in seinem Aufsatz über die Hypopharyngoskopie bereits erwähnt hat. Es handelt sich um eine Patientin, welche während der laryngoskopischen Untersuchung durch den Kitzel des Spiegels zu Würgebewegungen veranlasst wurde. v. Eicken beobachtete dabei, dass man einen tiefen Blick in den Hypopharynx gewann und dass sich manch-

mal sogar die Speiseröhre selber weit öffnete. Ihr gesamtes Mundstück kam zum Klaffen. Ich hatte in einem günstigen Augenblick sogar Gelegenheit, etwas höchst Eigenartiges zu sehen. Im Bereiche des unteren Drittels der Ringknorpelplatte sprang eine dicke halbmondförmige Falte vor, welche sich von der hinteren Wand des Hypopharynx beiderseits nach vorn zum Ringknorpel hin erstreckte. Als wir diese Erscheinung noch weiter beobachten wollten, versagte leider die Patientin, „sie tat ihre Speiseröhre nicht mehr auf.“ Das Gesehene beschäftigte mich sehr. Ich erkannte die Wichtigkeit dieser Beobachtung und dachte sofort an die Parallele mit dem Bassavant'schen Wulst, welcher sich bekanntlich im Bereiche des oberen Endes des Constrictor superior bildet gegenüber dem Velum palatinum, wenn der Epipharynx beim Sprechen oder Schlucken abgeschlossen werden soll. Gern hätte ich das Phänomen noch weiter studiert, die Patientin wurde noch öfter bestellt, aber sie tat uns merkwürdiger Weise nicht den Gefallen, ihren Speiseröhrenmund wieder zu öffnen. So trat die ganze Frage in den Hintergrund, bis dieselbe Patientin im Anfang dieses Jahres wieder auf der Bildfläche erschien. Diesmal war es ein Leichtes, durch Kitzeln mit dem Larynxspiegel Würgebewegungen auszulösen, das Mundstück der Speiseröhre zum Klaffen zu bringen und meine halbmondförmige Falte, die Lippe des Speiseröhrenmundes, mit überzeugender Klarheit festzustellen.

Jetzt kam es darauf an, zu prüfen, ob diese Lippe einen zufälligen Befund darstellte, eine Eigentümlichkeit unserer Patientin aus dem Glottertal, oder ob es sich um eine allgemeine Erscheinung handelte. Ich führte zu diesem Zweck bei einer Reihe von Patienten die Hypopharyngoskopie aus und bemühte mich, Würgebewegungen auszulösen. Es gelang mir zwar nicht in

jedem Fall, aber doch bei einer genügenden Anzahl dasselbe zu erzielen wie bei der oben zitierten Patientin. Das Mundstück des Oesophagus kam im Moment des Würgens zum Klaffen und die halbmondförmige Lippenfalte trat deutlich hervor. Man konnte sich überzeugen, dass es sich nicht um eine reine Schleimhautfalte handeln konnte, sondern offenbar zugleich auch um einen Muskelwulst. Misserfolge hatte ich, wenn die Würgbewegungen so heftig eintraten, dass keine reguläre Beobachtung mehr möglich war. Durch ausgiebige Kokainisierung liess sich der ganze Vorgang so mildern, dass noch ein positives Resultat zu Stand kam. An dem regelmässigen Auftreten der halbmondförmigen Lippenfalte des Oesophagusmundes beim Würgen ist also kaum mehr zu zweifeln. Wir lernen aber auch zugleich, dass das Mundstück der Speiseröhre sich beim Würgen verhält, wie die Cardia. Die Würgbewegung ist ja nur ein Teil der Brechbewegung und bei dieser kommt die Cardia zum Klaffen, gleichzeitig mit dem Mund der Speiseröhre.

Nun fehlte mir noch die Beobachtung der Verhältnisse beim Schlucken, denn die Würgbewegung ist ja eine retrograde Bewegung, die Schluckbewegung dagegen eine vorwärtsschreitende. Die Ausführung der Hypopharyngoskopie mit einem langen graden Spatel, den v. E i c k e n nach dem Muster des Amerikaners H. P. M o s h e r hatte anfertigen lassen, gab mir Gelegenheit, meinen Schleimhautmuskelwulst auch beim Schlucken zu sehen, ebenso wie die Eröffnung des Mundstückes der Speiseröhre. Zwei Patienten, die ich in dieser Art prüfte, konnten bequem an dem schmalen Spatel vorbeischlucken. Dabei kam die Lippe des Oesophagusmundes zum Vorschein und der Mund selber klaffte.

So unterliegt es also keinem Zweifel, dass die Speiseröhre über einen Verschlussmechanismus verfügt, gerade

so wie der Mageneingang. Daraus ergibt sich die Aufklärung einer ganzen Reihe von Erscheinungen, über die wir uns früher nicht genügend klar geworden sind.

Es ist bekannt, dass es Personen gibt, welche 1 oder 2 mal angeschlucken und danach grosse Flüssigkeitsmengen ohne sichtliche Schluckbewegungen in den Magen hinunter giessen können. Die Helden im Bierjüngentrinken sind ein prägnantes Beispiel dafür. Hier wird offenbar durch Willensimpuls der Tonus der Sphincteren am Anfang und am Ende der Speiseröhre eine zeitlang gehemmt.

Wir werden wohl nicht fehlgehen, wenn wir die Konstriktionsempfindungen, Globusgefühle in der Halsgegend mit einem verstärkten Kontraktionszustand des Speiseröhrenmundes in Beziehung bringen. Ich erinnere an die Empfindung beim raschen Schlucken stark kohlenensäurehaltiger Flüssigkeiten.

Verätzungsstrikturen der Speiseröhre findet man häufig gerade im Bereiche ihres Mundes, weil die Säure hier intensiver eingewirkt hat. Wahrscheinlich lässt der Oesophagusmund die Säure nicht anstandslos passieren und legt ihr durch Kontraktur trotz der angesetzten Schluckbewegung ein gewisses Hindernis in den Weg.

Fremdkörper bleiben mit Vorliebe im Bereiche des Oesophagusmundes stecken. Die Berührung der Schleimhaut mit der fremdartigen Masse führt zu einer Kontraktur des Sphinkters. Ich erinnere mich nachträglich in zwei Fällen von verschluckten Münzen, welche im Mundstück des Oesophagus feststeckten, einen Kontraktionsring über der Münze gesehen zu haben, welcher der Extraktion gewisse Schwierigkeiten bereitete.

Ungenügend gekaute, noch grobe Bestandteile enthaltende Bissen wirken ähnlich wie Fremdkörper. Der Oesophagusmund lässt die Nahrung nur in weicher Form gern passieren. So ent-

steht, wenn das hastige Schlucken ungenügend gekauter Nahrung jahrelang betrieben wurde, der bekannte Zustand des Oesophagospasmus, den ich in zahlreichen Fällen beobachtet habe. Die Patienten geben dabei deutlich an, dass sie ein Konstriktionsgefühl haben im Bereiche des Oesophagusmundstückes und dass hier öfter die Speisen schwer durchgehen. Der Oesophagospasmus kann mit dem Kardiospasmus vergesellschaftet sein und beide sind oft sekundäre Neurosen bei chronischen Erkrankungen des Magens. Bei der Erklärung der Dilatation der Speiseröhre infolge von Kardiospasmus darf das Verhalten des Oesophagusmundstückes nicht mehr ausser Betracht gelassen werden, wenn die in die Speiseröhre gelangte Nahrung zwischen zwei Sphincteren gepresst wird, so lässt sich eine Dilatation leichter verstehen.

Helles Licht bringt meine Beobachtung in die Frage der Entstehung der Pulsionsdivertikel der Speiseröhre. Wir wissen jetzt, dass diese Divertikel nicht mehr zur Speiseröhre, sondern zum Hypopharynx zu zählen sind, denn sie liegen regelmässig über der halbmondförmigen Lippe des Speiseröhrenmundes. Diese Lippe ist identisch mit dem, was ich früher als Schwelle des Divertikels bezeichnet habe. Präpariert man die Muskulatur dieser Gegend beim Divertikel, so kann man meine Behauptung bestätigen. Die Fasern des Crico-pharyngeus ziehen stark hypertrophiert durch die Schwelle des Divertikels. Das Divertikel erstreckt sich nach hinten, es gehört der hinteren Wand des Hypopharynx an. Es ist leicht verständlich, dass diese Wand bei erhöhten Druckverhältnissen während des Schluckens nachgeben muss, denn die vordere wird von der Ringknorpelplatte gebildet. Von einer kleinen Bucht aus,

welche über der Lippe des Speiseröhrenmundes entstanden ist, kann sich allmählig sehr wohl durch weitere Ausbuchtung ein grösserer Sack entwickeln. In der Regel handelt es sich um Patienten, die schlecht gekaut und hastig geschluckt haben — Leute in höherem Alter. Diese Pulsionsdivertikelbildung ist das Analogon der Dilatation der Speiseröhre nach Kardiospasmus. Wir werden nicht fehlgehen, wenn wir annehmen, dass spastische Vorgänge am Oesophagusmund mit zur Divertikelbildung helfen.

Damit soll nicht gesagt sein, dass diese mechanische von Zenker inaugurierte Theorie die Geheimnisse der Pulsionsdivertikelbildung im Bereiche des Hypopharynx vollständig enthüllt. Bekanntlich hat v. Bergmann immer noch für die Entstehung aus einer angeborenen Anlage plaidiert. Ich bin der Ansicht, dass beide Theorien wahrscheinlich zu Recht bestehen. Mir scheint namentlich, dass die bei jugendlichen Individuen beobachteten Divertikel mit engem Eingang doch wohl kaum rein mechanischen Ursprunges sein können. Vor kurzem haben wir einen solchen Fall beobachtet und mit allen unseren Hilfsmitteln genau studiert. Hier konnte man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass doch wohl anfänglich eine Anlage da gewesen sein muss, welche auf mechanischem Wege zu einem Sack erweitert wurde. Aus meinen Untersuchungen über die Bursa pharyngea weiss ich noch, dass bei gewissen Säugetieren in der bewussten Gegend Pharynxdivertikel regelmässig vorkommen. Warum sollte das nicht auch beim Menschen in allerdings ungewein seltenen Fällen möglich sein? Vielleicht löst einmal der Zufall diese interessante Frage.

Ueber Wanderniere.

Von Geh.-Rat Prof. Dr. KUESTER.

Meine Herren! Gestatten Sie mir zunächst, meiner Genugtuung Ausdruck zu geben, dass Ihre freundliche Einladung mir Gelegenheit gibt, vor Ihnen ein Thema zu erörtern, mit dem ich mich Jahre meines Lebens beschäftigt habe, die Nierenchirurgie. Ich habe aus diesem sehr umfangreichen Thema ein Kapitel gewählt, welches mir besonders zur Erörterung geeignet erscheint, nicht etwa aus dem Grunde, weil ich imstande bin, wesentlich Neues zu bieten, sondern weil innerhalb der elf Jahren, seit meine Nierenchirurgie erschienen, eine Reihe von Arbeiten gekommen sind, welche neue Gesichtspunkte aufstellen und welche meine Ansichten zum Teil bekämpfen. Es ist mir eine besondere Freude, diese Erörterung vor einer Gesellschaft zu machen, deren Mitglieder zum grossen Teil in Europa nicht nur bekannt sind, sondern deren Namen einen ausserordentlich guten Klang hat.

Die Wanderniere ist eine so ausserordentlich häufige Krankheit, dass man wohl sagen kann, sie ist eine der Geiseln des weiblichen Geschlechts. Schon von diesem Gesichtspunkt aus ist es wirklich der Mühe wert, sich eingehend mit der Sache zu beschäftigen. Wenn die Wege, welche für die Behandlung der Wanderniere eingeschlagen worden sind, nicht immer dem entsprechen, was ich wünschen möchte, so trägt daran die Schuld ein Mann, der sehr grosse Verdienste um die Nierenchirurgie sich erworben hat, ein sehr verdienter Kollege und Freund, James Israel, der aber in dieser

Frage sich seit Jahren durchaus ablehnend verhält. Ich werde nachzuweisen versuchen, mit welchem Recht.

Die erste der Fragen, in welcher eine sehr verschiedene Anschauung sich geltend macht, ist die Frage nach der Entstehung der Wanderniere. Immer wieder taucht die Meinung auf, dass in sehr vielen Fällen die Wanderniere nur ein kongenitales Leiden sei. Meine Herren! Das ist weder pathologisch-anatomisch noch klinisch zu rechtfertigen. Wenn wir pathologisch-anatomisch ein verlagerte Niere sehen, welche auf kongenitaler Basis beruht, sehen wir, dass es nicht bloss die Ektopie ist, welche das Wesen der Sache darstellt, sondern dass zugleich eine ganze Reihe von anderweitigen Veränderungen, Verkürzung der Harnleiter und dergleichen vorhanden ist. Wir werden also in einem Fall, in welchem wir die Sektion zu machen Gelegenheit haben, kaum jemals irgend welche Zweifel haben. Aber auch klinisch ist die Sache sehr wohl zu unterscheiden. Wenn wir einen Tumor finden, etwa am Rande des Beckens, den wir durch anderweitige Untersuchung als eine Niere ansehen müssen, ist es kaum einem Zweifel unterlegen, dass wir es mit einer kongenital verlagerten Niere, nicht mit einer Wanderniere zu tun haben. Die Wanderniere kann fest werden, nicht aber ist sie es von vornherein, und wir werden aus dem Munde der Kranken in den meisten Fällen erfahren, dass sie eine bewegliche Geschwulst schon seit Jahren im Bauch gefühlt haben, bis unter gewissen Erscheinungen diese Geschwulst fest wurde. Das ist ein so sicherer Gang der Ereignisse, dass wir auch

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York am 3. Juni 1907.

klinisch nicht im Zweifel sein können, was wir vor uns haben. Wenn wir so die kongenitale Verlagerung als in Bezug stehend zur Wanderniere ablehnen müssen, so fragt es sich, ob wir überhaupt eine kongenitale Wanderniere annehmen können. Die Frage muss verneint werden, denn wir sehen, dass gerade eine bestimmte Anzahl von Frauen, die schlanken, mageren, eine besondere Prädisposition für die Entstehung der Wanderniere haben. Es muss also etwas an dem Bau des Körpers sein, was den treibenden Einflüssen, die Wanderniere hervorrufen, freien Spielraum gibt, und so dürfen wir annehmen, dass zwar eine kongenitale Disposition vorhanden ist, nicht aber eine kongenitale Wanderniere. Der Einfluss, welcher die Wanderniere bedingt, ist ausschliesslich traumatischer Natur, und zwar in zwei grossen Gruppen, entweder so, dass das Trauma ganz akut wirkt oder dass eine oft wiederholte traumatische Einwirkung die Verbindungen lockert, die die Niere an ihrem Platz festhalten. Diese Verbindungen sind nicht nur die Nierenkapseln, Fettkapseln, sondern von der Nierenkapsel strahlen eine Anzahl von Bindegewebesträngen aus, die durch alle diese Hüllen hindurch in Verbindung dringen mit der Faszia der Muskeln der Vorderseite und welche selbst zwischen die Muskelbündel sich hinein schieben. Wie überall, kann auch unter solchen Umständen etwas gelockert werden, und dann verliert die Niere ihren Halt. Es ist aber ein Moment vorhanden, welches für die ganze Frage der traumatischen Entstehung der Wanderniere in erster Linie in Betracht kommt, die Adhäsionsbewegung der elften und zwölften, der beiden freien Rippen. Wir können uns nun unschwer davon überzeugen, dass es durch einen Druck oder Schlag ge-

lingt, die Nieren so stark der Wirbelsäule zu nähern, dass dadurch entweder die Niere eingequetscht wird und verletzt werden kann oder dass sie in ihrem Lager gelockert wird. Es haben statistische Erhebungen festgestellt, dass die verschiedenen Erscheinungen, die nach solchen Adhäsionsbewegungen auftreten, nämlich die Zersprengung der Niere und die Lockerung der Niere, sich in auffälliger Weise auf beide Geschlechter verteilen, sodass sie in umgekehrtem Verhältnis stehen. Sprengung der Niere in 92 Prozent beim Mann, 8 Prozent beim Weib, während die Wanderniere in 86—88 Prozent aller Fälle beim Weib und 12—14 Prozent beim Mann vorkommt. Es geht daraus hervor, dass die gleichen Traumen einwirken können, ohne doch die gleichen Veränderungen zu erzeugen, sodass etwas im Bau des Körpers vorhanden sein muss, was diese Verschiedenheiten bedingt, und das ist in der Tat zu suchen in der verhältnismässig kurzen Taille des Weibes, dem Fettpolster der Hüfte, wodurch eine Anzahl von Traumen verhindert werden. Die Adhäsion der 11. und 12. Rippe ist es nun, welche uns einzig und allein das Verständnis eröffnet für die früher nicht recht erkannte und auch jetzt noch vielfach bekämpfte Anschauung, dass durch Muskelzug eine Wanderniere entstehen kann, ebenso wie dadurch unzweifelhaft eine Sprengung der Niere entstehen kann. Die Literatur weist eine Menge von Beispielen nach, z. B. einen Fall von einem Mann, der einen vom Wagen fallenden Sack aufzuhalten sucht, plötzlich heftige Schmerzen in der Nierengegend fühlt, Urindrang bekommt und reines Blut durch den Urin entleert. In gleicher Weise sehen wir, dass eine solche heftige Muskelanstrengung, das Heben eines schwe-

ren Gegenstandes, das Hochlangen und Herunterheben eines schweren Gegenstandes bei dem Weibe plötzlich eine Wanderniere zu erzeugen vermag. Wir haben also anzunehmen, dass unter solchen Umständen eine Zerreiſung der Aufhängebänder der Niere stattfindet und so die Niere aus ihrer Lage verschoben wird.

Neben dieser Form der traumatischen Einwirkung haben wir eine Reihe von anderen Einwirkungen. Es sind diese traumatischen Einwirkungen aber zweifellos unendlich häufiger, als man früher angenommen hat. Jemehr Wandernieren ich gesehen habe, destomehr bin ich zu der Ueberzeugung gekommen, dass akute Traumen ziemlich häufig derartige Einwirkungen darstellen, welche die Niere zum Lockern bringen.

Die zweite Gruppe traumatischer Einwirkungen ist chronischer Natur. Diese wirken langsam und allmählich. Unter ihnen spielt eine besondere Rolle das Schnüren, aber das Schnüren nicht bloss in der Form, wie es in früherer Zeit beim Weibe üblich war, dass mit grosser Gewalt der untere Brustkorb zusammengezogen wird, sondern es genügt dazu schon das Zubinden der Röcke. Wenn diese etwas stark angezogen werden, verursachen sie Einschnürung in der Lendengegend, und wenn dabei schwere Arbeit verrichtet wird, wird bei jeder tiefen Inspiration das Rockband tiefer einsinken und bei der konischen Form der Lendengegend beim Weibe gegen die untere Rippe gedrückt werden. So kann ein anscheinend unbedeutendes Trauma doch genügen, um im Verlauf von Wochen oder Monaten allmählich die Haltebänder so zu beeinflussen, dass sie nachgeben, und zwar geschieht das am häufigsten auf der rechten Seite, schon deshalb weil die rechte Niere mit

ihrem unteren Boden in die 12. Rippe hinaufreicht und deshalb leicht nach unten gedrückt werden kann. Ich möchte noch hinzufügen, dass man sich von der Einwirkung der Schnürrvorrichtung nach den Versuchen in der Kieler Klinik, die von Bartels und seinen Schülern gemacht wurden, sehr gut überzeugen kann. Wenn man den Leib einer Leiche öffnet und mit einer kräftigen Schnürrvorrichtung den unteren Teil des Thorax zusammendrückt und die Hand in die offene Bauchhöhle einführt, fühlt man, wie die Niere unter dem Druck etwas nach aufwärts geht.

Ich kann mich also in Bezug auf die Aetiologie dahin zusammenfassen, dass in der Tat die kongenitale Entstehung der Wanderniere abgewiesen werden muss und dass einzig und allein traumatische Einflüsse akuter oder chronischer Natur die Wanderniere veranlassen.

Wie ist nun der Verlauf eines solchen Leidens? Für unsere therapeutische Besprechung werden wir in erster Linie die Frage aufstellen müssen, ob denn eine Wanderniere sich selbst überlassen, so schwere Störungen hervorruft, dass wir mit einfachen Mitteln nicht mehr auskommen. Ist das der Fall oder nicht? Darauf ist zu antworten: Ja. Es sind zwei Gruppen von Erkrankungen, die sich ziemlich regelmässig oder zum grossen Teil der Wanderniere anschliessen, wenn auch erst nach Jahren. Die eine Gruppe betrifft allgemeine Störungen, die andere örtliche. Ich sehe von Dingen ab, die ja regelmässig vorhanden zu sein pflegen, Störungen der Verdauung und dergleichen. In der Regel sind dieselben nicht so erheblich, dass operative Eingriffe dadurch herausgefordert werden, aber eine andere Gruppe von Erscheinungen ist von der grössten Wichtig-

keit, das sind die nervös-hysterischen Erscheinungen, die sich fast regelmässig an Wanderniere anschliessen. Es ist von grosser Wichtigkeit, zu zeigen, dass alle Formen von hysterischen Erscheinungen die Folgen einer Wanderniere sein können, sowohl Hyperästhesie als Anästhesie. Wie schwer durch Hysterie das Leben der Patientinnen beeinträchtigt wird, brauche ich nicht zu schildern. Wohl aber möchte ich an die Tatsache erinnern, dass die hysterischen Erscheinungen, welche auf irgend welche körperliche Veränderungen zurückgeführt werden können, wenn sie sehr lange bestanden haben, auch dann nicht mehr rückgängig werden, wenn sie sich gewissermassen von dem Mutterboden, auf dem sie aufgewachsen sind, losgelöst haben und ganz selbständig geworden sind. Das ist eine Tatsache, die zu kennen für die Behandlung von der grössten Wichtigkeit ist. Es liegt auf der Hand, dass wir von vornherein uns sagen müssen, dass wir nicht alle Hysterischen heilen können.

Die andere Gruppe der Erscheinungen ist örtlicher Natur. Sie beschränkt sich auf Veränderungen in der Niere. Es ist Tatsache, dass ein sehr grosser Teil der Sackniere, wie ich sie genannt habe, zurückgeführt werden kann auf Stauung, hervorgerufen durch Wanderniere, und merkwürdigerweise gerade der Gegner dieser Anschauung, nämlich Israel, welcher nachgewiesen hat, dass in mindestens 92 Prozent aller Fälle die Sackniere auf eine bewegliche gewordene Niere zurückgeführt werden kann. Sie wissen, dass der Harnleiter die allerverschiedensten Stellungen einnimmt. Es kann zu einer bogenförmigen Krümmung kommen, in den Fällen aber, in denen irgend ein entzündlicher Prozess im oberen Teil des Harnleiters stattgefunden

hat, kann es zu winkliger Knickung kommen. Nach Tierversuchen ruft nun dies Stauung im Becken hervor. Wir sehen daraus schon, dass es nicht in allen Fällen auf einfache Stauung beschränkt bleibt, sondern nun noch entzündliche Prozesse irgend welcher Art hinzukommen, in der Regel infolge einer Infektion. Denn wie bei allen Entzündungen des Inhalts von Hohlräumen spielt die Stauung eine ganz erhebliche Rolle, welche den eingedrungene Bakterien Gelegenheit zu ruhiger Weiterentwicklung gibt. So auch hier. Es mögen erst einfache sein, dann kommt es zu winkliger Knickung, dann zu Pyonephrose, zur Bildung einer Sackniere, wo dann der Inhalt eitrig wird.

Das sind die beiden Gruppen von Gefahren, die den Patienten drohen, die von Wanderniere heimgesucht werden. Diese Gefahren sind gross genug, um Veranlassung zu geben, dass man nicht mit gefalteten Händen solchen Patienten gegenüber steht, sondern sobald die Diagnose gestellt ist, seine Massnahmen trifft, ihnen entgegen zu treten.

Die Diagnose ist leicht zu stellen. Es handelt sich darum, solche Patienten in verschiedenen Stellungen zu untersuchen und nicht die Sache als abgeschlossen anzusehen, wenn man bei einmaliger Untersuchung nichts gefunden hat. Zwei Tage darauf findet man vielleicht deutlich einen Tumor, der bei der ersten Berührung unter die Rippen schlüpfte.

Wie sollen wir der Wanderniere entgegentreten? Die Bemühungen, welche man gemacht hat, um ohne blutige Opfer zum Ziele zu kommen, können wohl im wesentlichen als gescheitert angesehen werden. Es ist schon richtig, dass man bei nicht zu hochgradigen Fällen mit Darreichung eines Kor-

setts auskommt. Ich habe eine Anzahl solcher Fälle gesehen, in denen in der Tat alle Erscheinungen verschwanden und die Frauen sich sehr wohl fühlten. Bei diesen ist von Operation nicht die Rede. Aber diese Fälle gehören zu den seltenen Ausnahmen, und in der Mehrzahl wird man immer die Antwort bekommen, es hat nichts geholfen, ich fühle mich schlechter als vorher. Die Frauen haben recht. Wir sind also auf die operative Behandlung angewiesen. Hier haben wir zunächst eine Operation, die man im ersten Enthusiasmus anwendet, die Nephrektomie. Dieselbe könnte in Frage kommen, wenn man auf eine völlig veränderte, degenerierte, kaum noch operationsfähige Wanderniere trifft. In allen übrigen Fällen ist von einem so radikalen Verfahren abzusehen. Es handelt sich vielmehr um eine Methode der Nephropexie, welche uns die Möglichkeit gibt, die Niere an ihrer Stelle festzuhalten — meine eigene Methode, die nun seit mehr als 25 Jahren angewendet wird. Da jeder Vater sein Kind lieb hat, so gestatte ich mir, Ihnen meine Methode zu schildern, da ich sie für diejenige halte, welche das beste Resultat gibt.

(Erläuterung der Methode durch Zeichnung an der Tafel.)

Das ist die Methode, wie ich sie in den letzten zwei Jahren regelmässig geübt habe. Was erreicht man mit dieser Methode? Zunächst einmal ist die Methode ganz ungefährlich. Die Statistiken der Wanderniere ergeben, dass ungefähr 2 Prozent Todesfälle vorgekommen sind, und ich selber habe unter 200 Operationen 4 Todesfälle gehabt, die ich aber mit einer Ausnahme unmöglich auf die Operation zurückzuführen kann. Dreimal ist es geschehen, dass die Patientinnen 10 oder 12 Tage nach der

Operation sich im Bett umdrehen, aufsetzten oder wider das Verbot aufstanden, umfielen und tot waren. Wir erleben solche Todesfälle auch anderweitig. Es ist immer auffällig, zu sehen, dass dreimal unter 200 Fällen ein solcher Zufall eingetreten ist. Ich bin nicht im stande, einen Zusammenhang zwischen der Operation und diesem Ereignis zu konstatieren. Der andere Fall ist klar: der Patient starb am 2. oder 3. Tag an Erbrechen, offenbar hervorgerufen durch das Anziehen der Niere aus ihrer Stellung bei im übrigen ziemlich ausgedehnter Nephropexie. Ich hatte vor, den Leib zu eröffnen und die Verhältnisse in Ordnung zu bringen. Da erfolgte das Erbrechen während der Narkose, noch ehe ich das Messer eingeführt hatte, und er ging daran zu Grunde.

Wie steht es im übrigen, was erreichen wir durch die Operation? Hier komme ich nun auf die Einwendungen, welche Israel meiner Statistik gegenüber gemacht hat. Er sagt, wenn ich im ganzen 80% dauernde Heilung ohne jede weitere Störung gesehen habe, dass das kein so günstiges Resultat sei, weil andere noch bessere Verhältnisse gesehen haben. Dabei macht er selber die Bemerkung, dass man doch unterscheiden müsse zwischen Fällen, welche unkompliziert waren, und komplizierten Fällen. Wenn ich das tue, habe ich von meinen unkomplizierten Fällen 92 Prozent dauernde Heilung und von den komplizierten Fällen ungefähr 62 Prozent. Immerhin ist auch bei diesen komplizierten Fällen, bei denen also schon Störungen in der Niere vorhanden waren, 62 Prozent ein ausserordentliches gutes Resultat, welches bei der relativen Ungefährlichkeit der Operation es verlohnt, dass man die Operation macht.

Ich glaube, dass die Operation der

Wanderniere in der Tat es verdient, mehr geübt zu werden, als bisher der Fall gewesen. Ich kann Ihnen die Versicherung geben, dass ich selten dankbarere Patientinnen gesehen habe wie die, welche von langjähriger Wanderniere befreit worden waren. Sie schreiben mir von Zeit zu Zeit immer noch einmal, um mir zu danken, dass ich sie von diesem abscheulichen Leiden befreit habe, und die Fälle, welche nicht so günstige Resultate ergeben, gehören in der Regel zum weitaus grössten Teile in die Gruppe der komplizierten Fälle.

Nun könnte man sagen, ich operiere fortan überhaupt nur unkomplizierte Fälle. Das wäre sehr grausam, denn viele komplizierte Fälle sind derart, dass Erscheinungen vorhanden sind, die völlig verschwinden, wenn man die Operation macht. Ich möchte deshalb damit schliessen, dass ich Ihnen dringend ans Herz lege, die Operation der Wanderniere recht häufig zu üben, um sich zu überzeugen, dass es in der Tat eine ausserordentlich segensreiche Operation ist.

Zur vorzeitigen Ablösung der normal sitzenden Plazenta.*

Von Dr. A. HERZFELD.

Die vorzeitige Ablösung der normal sitzenden Plazenta während der Schwangerschaft resp. Geburt ist einer der unglücklichsten Zufälle, denen wir in der Ausübung unseres Berufes begegnen. Selbst wenn die Wehen einer normalen Geburt bereits begonnen, kann dieses Ereignis plötzlich ohne jedwede Prodromalerscheinungen einsetzen und das Leben der Mutter und des Kindes auf das höchste gefährden. Nichts in der Geburtshilfe stellt an die diagnostische Fähigkeit, Geschicklichkeit, Vorsicht und rasches Eingreifen des Geburtshelfers grössere Anforderungen als die gefürchtete und gefährliche Blutung, verursacht durch die Loslösung der Plazenta von ihrer normalen Haftfläche im Uterus vor Ausstossung des Kindes. Glücklicherweise ist dieses Ereignis selten, doch keineswegs so selten, wie uns die älteren Statistiken lehren, denn mit dem Fortschritt unserer diagnostischen Ausbildung und Hilfsmittel werden diese

Fälle genauer beobachtet und besser beurteilt. Welche Schwierigkeiten diese Fälle uns in der Diagnose verursachen können, lehrt uns v. Winkel (1) in seinem Lehrbuche: „Der Patient kann dem starken Blutverluste erliegen, noch ehe das Leiden erkannt ist.“

Wie die Diagnose oft schwierig, so ist die Prognose schlecht für Mutter und Kind, die Aetiologie und die Pathologie noch nicht genügend gekannt, die Therapie schwierig und ihre Resultate unbefriedigend. Diese Umstände haben mich bewogen, im Anschluss an einen eigenen Fall eine grössere Anzahl Fälle aus der Literatur zusammenzustellen, denn: „The feeblest ray of light is welcome, when shed upon obscure diseases.“ (G o o d e l l.)

Anamnese und Krankengeschichte meines Falles ist folgende:

M. R., 38 Jahre alt, 6 para, von Geburt Italienerin, 13 Jahre in Amerika. Die Frau hat 4 normale Geburten durchgemacht und eine Frühgeburt bald nach ihrer Verheiratung, sonst ist sie stets gesund gewesen. Anfangs

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York am 1. April 1907. Archiv für Gynäkologie, Band 82.

des 7. Monates dieser Schwangerschaft bemerkte sie Oedem an beiden Unterschenkeln und Füssen. Sie hat diese Oedeme bei ihrer dritten Schwangerschaft bereits bemerkt. Während dieser Schwangerschaft klagte sie zeitweise über heftige Schmerzen in der Lebergegend. Ikterus war nie vorhanden. Dieses ist die ganze Vorgeschichte, die ich in Verbindung mit dem Falle erhalten konnte.

Am 19. 6. 04 wurde ich frühmorgens von einer italienischen Hebamme zu der Patientin gerufen. Die Hebamme teilte mir mit, dass, obwohl sie mehrere Stunden gewartet, sie keinen Fortschritt in der Geburt bemerkt und keinen vorliegenden Teil fühlen konnte. Die Frau hatte alle 5 Minuten ziemlich heftige Wehen. Bei der äusseren Untersuchung konnte man den Kopf deutlich links auf der Darmbeinschaukel palpieren, der Rücken vorn und links, die kleinen Teile rechts und der Steiss im Fundus rechts. Die kindlichen Herztöne links vom Nabel deutlich und normal. Bei der inneren Untersuchung konnte ich obigen Befund bestätigen, der Kopf war vom Beckeneingang abgewichen, stand auf der linken Darmbeinschaukel, das Os uteri war für zwei Finger durchgängig, die Wasserblase drängte sich dem untersuchenden Finger entgegen. Da kein Grund für einen sofortigen Eingriff vorlag, so lagerte ich die Patientin auf ihre rechte Seite, verliess sie, um nach einer halben Stunde zurückzukehren. Vor dem Hause der Patientin stürzte mir eine Frau entgegen, die mir zu verstehen gab, dass „oben was Schreckliches sich ereignet, die Frau liege im Sterben“. Ich fand die Frau in schwerem Kollaps, pulslos, kalt, langsam stöhnende Respiration, die Augen halb geöffnet, in kaltem Schweiss. Der Bauch war sehr aufgetrieben, der Kopf schien noch an derselben Stelle zu stehen, die Kindes- teile undeutlich. Im Bette lagen zwischen den Beinen der Frau mehrere

Coagula und noch sickerte Blut aus den Genitalien der Frau. Die Hebamme teilte mir mit, dass dieser Zustand vor wenigen Minuten plötzlich eingetreten sei, ohne dass sie die Frau im geringsten berührt, noch dass die Frau sich aufgerichtet. Ich konnte mir im Augenblicke diesen plötzlichen Wechsel in dem Zustand der vor einer halben Stunde noch vollends gesunden Frau nicht erklären. Ich war mir klar, dass die moribunde Frau sofort entbunden werden müsste. Ich ging sofort mit der linken Hand in den Uterus ein, die Vagina war mit Coagula gefüllt, die Cervix gab unter leichtem Druck nach. Ich fasste den mir nächstliegenden Fuss und machte die Wendung, extrahierte das Kind, ohne dass die Frau im geringsten reagierte. Mit der Geburt des Kopfes stürzten Plazenta, eine grosse Menge Coagula und flüssiges Blut aus den Genitalien. Jetzt sah ich, was sich hier ereignet hatte. Die Nabelschnur war nicht umschlungen. Das Kind war frischtot. Die Wendung und Extraktion hatten nur wenige Minuten in Anspruch genommen. Während die Hebamme den schlecht kontrahierten Uterus hielt, machte ich der Frau eine Kochsalzinfusion. Die Plazenta habe ich nur oberflächlich untersuchen können, da dieselbe in der Aufregung weggeworfen wurde, auffällig Abnormes konnte ich an derselben nicht bemerken. Ich gab der Frau Ergotin und Stimulantien, worauf sie sich allmählich erholte. Nachblutung hatte sie keine und sie machte ein fieberloses Wochenbett durch.

Eine Untersuchung ihres Allgemeinzustandes ergab Folgendes: Herz und Lungen gesund. Der zweite Pulmonalton verstärkt. Leber und Milz von normaler Grösse. An Magen und Darm nichts Abnormes. Die Oedeme an Füssen und Unterschenkeln sind noch vorhanden. Der Urin enthielt kein Eiweiss, noch andere pathologische Bestandteile.

Dass es sich in diesem Falle um eine vorzeitige Ablösung der normal inserierten Plazenta gehandelt haben dürfte, kann wohl für sicher angenommen werden. Keine Komplikation der Geburt verursacht in solch kurzer Zeit derartig schwere Symptome des Kollapses, einen solch lebensbedrohenden Zustand, als der schwere Blutverlust des von seiner normalen Haftfläche im Uterus vorzeitig losgelösten Mutterkuchens. Nach dem klinischen Bilde des Falles zu urteilen, wäre man wohl zur Annahme berechtigt, dass es sich in diesem Falle um eine sofortige totale Lösung der Plazenta gehandelt haben dürfte, das plötzliche Einsetzen des schweren Kollapses und mit der nur wenige Minuten nach Einsetzen der akuten Symptome vorgenommenen Extraktion stürzte die total gelöste Plazenta mit dem Kinde heraus. Adhärente Coagula hatte ich an der Plazenta nicht bemerkt. Die Nabelschnur war von genügender Länge. Das frischtote Kind hatte keinerlei Verletzungen und war voll ausgetragen.

Von Interesse dürfte noch in der weiteren Geschichte dieser Frau sein, dass sie letztes Jahr von einem gesunden ausgetragenen Kinde entbunden wurde. Die oben beschriebenen Oedeme waren wieder vorhanden. Sie klagte seit Geburt ihres letzten Kindes über häufige Anfälle von schwerem Gelenkrheumatismus. Der Urin ist frei von Eiweiss, die Herztöne sind leise, doch rein.

Geschichtliches.

Die „verborgene“ Blutung in den schwangeren Uterus war schon im 16. Jahrhundert bekannt, wie uns A. C. Baudelocque in seiner „Anleitung zur Entbindungskunst“ mitteilt. Guillemeau (1612) kennt die Blutung hinter die „afterburthen“, welche die Unterbrechung der Schwangerschaft im Gefolge hat. Paul Portal (1664) kennt ebenfalls diese gefahr-

volle Komplikation der Geburt. Thomas Raynal (1634) beobachtete die schwere Blutung der vorzeitigen Ablösung der Plazenta nach heftigem Erbrechen, nach starken Abführmitteln und nach Trauma. Cosme Viardel (1671) führt die Blutungen ebenfalls auf Trauma zurück. William Giffard (1734) spricht von einer „real“ und einer „partial separation of the placenta“, welche am häufigsten im Fundus uteri zu suchen ist, woher auch die Blutungen kommen. Die total gelöste Plazenta kann auf das Os internum herabfallen. Giffard dilatiert sofort das Os uteri manuell, sprengt die Blase, macht die innere Wendung und löst den Kopf mit dem Mauriceau'schen Handgriff. Francois Mauriceau beschreibt ausführlich das klinische Bild der vorzeitigen Ablösung der normal inserierten Plazenta, welches Ereignis auch durch die Kürze der Nabelschnur herbeigeführt werden könnte. Mauriceau (1740) empfiehlt als einzige Behandlung die sofortige Entbindung durch manuelle Dilatation und Wendung. Auch La Motte (1746) führt die vorzeitige Lösung der Plazenta auf Trauma zurück und empfiehlt die sofortige Entleerung des Uterus. M. Puzos (1759) beschreibt 6 Fälle aus seiner Praxis und empfiehlt das „Accouchement forcé“. André Levret und William Smellie (1766) kannten die Gefahr der „verborgenen Blutung“ und Leroux (1776) führt die Tamponade in ihre Therapie ein. Edward Rigby (1777) unterscheidet zwischen „unavoidable“ (Placenta praevia) und „accidental“ (vorzeitiger Ablösung) hemorrhages. David Spence (1784) behauptet, dass die Lues ein wichtiger ätiologischer Faktor bei der vorzeitigen Ablösung der normal inserierten Plazenta wäre, doch könnte diese auch von anderen krankhaften Zuständen der Gebärmutter veranlasst werden. Auch Trauma, Plethora, Kürze der Nabelschnur könn-

ten das Leiden herbeiführen und die schnelle Entbindung ist die einzige Behandlung. A. C. Baudelocque (1797) berichtet in seiner preisgekrönten Schrift: „Une mémoire sur les hémorrhagies utérines cachées sans soulement de sang au dehors, pendant le travail de l'enfantement“, alles, was bis zu dieser Zeit über die vorzeitige Ablösung der normal sitzenden Plazenta bekannt war. Er beschreibt drei Fälle aus seiner Praxis, in welchen alle Kinder und eine Frau zu Grunde gingen. Baudelocque empfiehlt die sofortige manuelle Dilatation und Wendung, so lange der Kopf beweglich, die Zange, wenn der Kopf unbeweglich im Becken. Thomas Denman (1802) kennt die Gefahren der vorzeitigen Blasensprengung und verlangt in der Behandlung der vorzeitigen Ablösung, „jeden Fall für sich zu beurteilen“. Mme. Boivin (1819) und Mme. Lachapelle negieren die Möglichkeit einer intrauterinen Blutung während der Schwangerschaft. Obwohl diese beiden „weisen Frauen“ auf eine eigene Statistik von über 42000 Geburten zurücksehen konnten, haben sie ein derartiges Ereignis nicht gesehen. Mme. Lachapelle behauptet, dass die Theorie des „lentikulären“ Blutklumpens, welcher sich hinter der Plazenta bilden sollte und hier von ihrer Mitte aus die Plazenta allmählig ablöse, eine „pure Spekulation“ sei. Mme. Boivin sagt, dass in den schwangeren Uterus eine Blutung sich nicht ereignen könnte, da derselbe mit dem Eisack und Mutterkuchen angefüllt sei. Eine Blutung in den schwangeren Uterus könne auch niemals derartige Dimensionen annehmen, dass sie den Tod der Mutter verursachen könnte, da die innere Blutung selbst wie ein Tampon wirke, „s'il en était autrement, il faudrait bannir le tampon de la thérapeutique des hémorrhagies utérines“ (1819). J. A. Schmidt Mueller (1809) hält die Blutung nach der „Aus-

sonderung des Kindes“ für die gefährlichere, doch empfiehlt auch er für die Blutung vor der Geburt die Beschleunigung der Entbindung. Tanner beschreibt 1851 zwei Fälle. E. V. Siebold (1854) empfiehlt die Sprengung der Wasserblase, desgleichen J. Braxton Hicks (1860), der 13 Fälle aus der Literatur gesammelt. Hugh L. Hodges (1864) hält die „okkulte“ Blutung in den schwangeren Uterus zwar nicht für unmöglich, doch für unwahrscheinlich, indem a priori der schwangere Uterus ein „plenum“ sei, was auch schon die Boivin früher behauptet hatte. Im Jahre 1870 publizierte William Goodell seine Statistik von 106 Fällen, eine Arbeit, die allen späteren zur Richtschnur gedient.

Terminologie.

In der englischen fast ausschliesslich, häufig in der französischen Literatur, sind die Fälle der vorzeitigen Ablösung der normal inserierten Plazenta unter dem Titel der „akzidentellen, verborgenen Blutung in den graviden Uterus“ berichtet. Dieser Titel entspricht nicht vollständig den tatsächlichen Verhältnissen. Die Blutung, welche durch vorzeitige Ablösung der normal sitzenden Plazenta verursacht wird, ist nicht immer eine verborgene, „concealed, cachée“. Goodell's Statistik, welche unter dem Titel „concealed, accidental hemorrhage into the gravid uterus“ erschien, enthält unter 106 Fällen 27 von sofortiger äusserer Blutung. Holmes (3) „Ablatio Placentae“ nur 45 verborgene Blutungen unter 200 Fällen, in meiner Zusammenstellung von 250 Fällen sind 52 „verborgen“, nur ein Fünftel der Fälle. Der Terminus „accidental“ wäre ebenfalls zu beanstanden, mit demselben Rechte könnte man den „unavoidable hemorrhage“ „accidental“ nennen, „unavoidable“ (unvermeidlich) sind in beiden Fällen die Blutungen. Schliessen wir die Fälle von Ruptur der Na-

belschnurgefäße oder deren Verzweigungen und jene seltenen Fälle von Vorfall der Plazenta aus, so sind diese Blutungen ätiologisch durch die vorzeitige Ablösung der normal inserierten Plazenta verursacht. v. Weiss(4) spricht von „Ablatio placentae praematura“.

Symptomatologie.

Das klinische Bild der vorzeitigen Ablösung der normal sitzenden Plazenta wird von den Symptomen der Blutung beherrscht. Die Erscheinungen, welche die Blutung verursacht, korrespondieren mit der Schwere und Heftigkeit, mit welcher dieselbe eintritt. Die sich vollständig wohl führende Frau wird plötzlich, oft ohne die geringsten Prodromalerscheinungen, von einer Ohnmacht befallen, entwickelt schnell die Symptome einer schweren Blutung, Anämie, Atemnoth, rascher, kleiner, kaum fühlbarer Puls, Sinken der Körpertemperatur, Aengstlichkeit, Ohrensausen, kalter Schweiß etc. Von 250 Fällen hatten 88 sofort nach Einsetzen der Ablösung der Plazenta Symptome schweren Kollapses. Häufiger entwickeln sich die Symptome und Zeichen des schweren Blutverlustes langsam und fortschreitend. Die Blutung ist zunächst eine innere, es sammelt sich das ergossene Blut zwischen Mutterkuchen und Uteruswand und kann selbst hier genügende Dimensionen annehmen, den Tod der Frau herbeizuführen. In den von mir zusammengestellten Fällen fand ich drei derartige mit Sektionsbericht beschrieben, von Bassett, Davis und Denham. In dem von Bassett berichteten Falle zeigte die Autopsie, dass ein Drittel der Plazenta gelöst war und hinter diesem stark komprimierten losgelösten Teil der Plazenta hatten sich in einem „Cul de sac“ genügend Coagula angesammelt, um den Tod der Frau zu verursachen. Die Eihäute waren in diesen Fällen nicht von der Uteruswand losgelöst.

In den meisten Fällen ist die Ablösung anfangs eine geringe, die klinischen Symptome der inneren Blutung nicht gefährlich, doch das sich bildende retroplazentare Hämatom löst allmählich eine grössere Fläche los und auf diese Weise kann es in kurzer Zeit zur totalen Ablösung des Mutterkuchens kommen oder es trennt das ergossene Blut nur einen Teil der Plazenta los, drängt sich zwischen Eihäute und Uteruswand, wo es sich ansammelt, ohne dass aussen auch nur ein Tropfen Blut sichtbar wird. Diese sind die Fälle von sogenannter innerer „concealed“-Blutung, welche am häufigsten im Fundus uteri, als dem gewöhnlichen Sitz der normal inserierten Plazenta, zu suchen ist. Ich habe in 250 Fällen 52 von rein innerer Blutung gefunden, ungefähr ein Fünftel aller Fälle, Goodell berichtete von 73 in 106 Fällen. In der grösseren Anzahl der Fälle drängt das ergossene Blut nach aussen, überwindet den intrauterinen Druck und wird in den äusseren Genitalien sichtbar. Durch das aussen abfliessende Blut kann natürlicherweise nicht auf die in das Innere des Uterus ergossene Blutmenge geschlossen werden, die Schwere der inneren Blutung kann nur durch ihre Wirkung auf den Gesamtorganismus beurteilt werden. Die innere Blutung kann öfters durch den Abgang von Serum oder serosanguinolenter Flüssigkeit erkannt werden. Auf dieses Zeichen hat zuerst der ältere Barnes aufmerksam gemacht. Das ausgepresste Serum darf nicht mit Liquor amnii verwechselt werden. Dieser Abfluss von Serum bei schwerer innerer Blutung wird in den Fällen von Hennig, Meyer, Odebrecht, Simmons, Westphalon erwähnt. Selten ist die rein innere Blutung in jenen Fällen vorzeitiger Ablösung der normal inserierten Plazenta, welche sich während der Geburt ereignen, da die Wehen und das bereits geöffnete Os uteri die äussere Blutung begünsti-

gen. Von 29 Fällen, in welchen die Ablösung während der Geburt stattfand, waren 3 mit gänzlich innerer Blutung: Colclough, Jardine, Schuhl. In diesen Fällen stand die Wasserblase bis zur Geburt des Kindes, ein Beweis, dass die Wasserblase einen hemmenden Einfluss auf die innere Blutung ausübt. In vielen Fällen tritt die äussere Blutung erst nach Sprengung der Blase ein, in anderen Fällen erst nach Zurückdrängen des vorliegenden Teiles, der nicht selten die innere Blutung fast hermetisch abschliesst. Sehr selten ist die Blutung in den Fruchtsack, welche durch das Einreissen der dem übermässigen Druck ausgesetzten Eihäute verursacht wird, derartige Fälle wurden 4 beschrieben: Anderson, Beck, Gottschalk, Schuhl. In den von Anderson und Beck beschriebenen Fällen fehlt die Beschreibung des Präparates. Unter normalen Verhältnissen verursacht ein Bluterguss in den Uterus Kontraktionen (Wehen), die Gebärmutter sucht sich des Fremdkörpers zu entledigen. Bei der vorzeitigen Ablösung der Plazenta scheint dieser physiologische Vorgang nicht einzutreffen, denn fast sämtliche Beobachter berichten einstimmig, dass nach Einsetzen der Ablösung die bereits bestehenden Wehen nachgelassen oder gänzlich ausgesetzt hätten, und dass der Bluterguss selbst keine Wehen ausgelöst. Dieses plötzliche Aussetzen der Wehen wird durch die Ueberdehnung der Muskelfasern des Uterus erklärt. Häufig setzt die vorzeitige Ablösung mit einem heftigen Schmerz ein, 62mal wurde dieses beobachtet. Die Frauen beschreiben diesen Schmerz verschiedenartig, „als wäre etwas gerissen oder es wäre etwas im Leibe heruntergefallen (dropped)“. Der Schmerz wird am häufigsten in den Fundus verlegt, scheinbar in die Gegend des normalen Sitzes der Plazenta. Bald nach Einsetzen der Ablösung klagen die Pa-

tienten über konstante Schmerzen im Leibe, der Uterus vergrössert sich und mit seiner Vergrösserung verschlimmern sich die Schmerzen, die Spannung wird unerträglich, die Frau hat das Gefühl des Auseinanderreissens, des Berstens. Diesen Schmerzen fehlt jeder wehenartige Charakter, sie sind konstant, manchmal kolikartig und haben nicht den geringsten Einfluss auf das Os uteri. Eine weitere Folge der Blutung in den schwangeren Uterus sind die Veränderungen der Gebärmutter selbst, ihre Form, Ausdehnung, Konsistenz, ihre Empfindlichkeit. Dieses plötzliche Grösserwerden, diese ballonartige Auftreibung sind pathognomonisch und fehlen selten, wenn nicht sofort nach der Ablösung eine starke Blutung nach aussen erfolgt. Die Ausdehnung im Längsdurchmesser kann derartige Dimensionen annehmen, dass dieselbe der Patientin schwere Atembeschwerden verursachen kann (Beck, Freudenberg). Dieses schnelle Wachstum der Gebärmutter, das sich oft unter den Augen des Beobachters vollzieht und das in keinem anderen Zustande der Pathologie der Geburt gesehen wird, sollte einen Irrtum in der Diagnose ausschliessen. Wird aber dieses plötzliche pathologische Wachstum der Gebärmutter von dem Geburtshelfer nicht bemerkt, so kann dies der Anlass zu einem anderen Irrtum werden, i. e. in der Bestimmung des Schwangerschaftsmonates, in welchem die betreffende Geburt sich befindet. Bekannt ist der Fall von Chévalier, der eine Sectio caesarea machte, um einem 3 Monate alten Fötus das Leben zu retten; derartig war die Gebärmutter mit Blutmassen angefüllt, dass Chévalier eine Geburt „à terme“ erwartete. Jaggard beschreibt einen Fall, in welchem die Gebärmutter im 7. Schwangerschaftsmonat am Proc. xiphoideus stand, „der Uterus enthielt 3 Liter Blut und Coagula“. Hennig berichtet einen ähnlichen

Fall. Diese Volumenzunahme des Uterus ändert auch seine Form. *Horne* beschreibt dieselbe als „rotund“, *Jardine* oval, *Hennig* im Sagittaldurchmesser vergrößert. Interessant und von diagnostischer Wichtigkeit ist das Erscheinen einer von aussen fühlbaren Geschwulst im Fundus uteri, welche durch das hinter der zentral gelösten Plazenta und Uteruswand angesammelte Blut verursacht wird. *Baudelocque* hat auf diese „Projektion“ als diagnostisches Zeichen zuerst aufmerksam gemacht. In 22 der von mir gesammelten Fälle ist diese Geschwulst bemerkt und genau beschrieben worden. *Atchison* beschreibt dieselbe als hart, wie ein Fibroid, *Warren* spricht von einem „bag“, der die linke Fundushälfte durch eine Furche in 2 Teile geteilt, sobald dieser „bag“ (Sack) geborsten, erfolgte eine Blutung aus den äusseren Genitalien. Diese Geschwulstbildung im Fundus uteri wird am häufigsten bei der sogenannten inneren Blutung beobachtet, doch kann dieselbe auch fortbestehen (Coagula), wenn eine äussere Blutung eingetreten ist. Die Empfindung, welche uns die mit Blut und Fötus im Eisack angefüllte Gebärmutter bei der Palpation gibt, ist verschieden beschrieben worden, „gespannt, hart wie Holz, prall elastisch wie eine Ovarialcyste, aufgetrieben wie ein Ballon, aufgespritzt“ (*Winter*). Die Spannung, welche bis zur Entleerung des Uterus andauert, bedingt die enorme Empfindlichkeit und Schmerzhaftigkeit des Organs bei der leisesten Berührung. Diese Empfindlichkeit der gespannten Gebärmutter zeigt fast jede Patientin, es sei denn, dass sie in tiefem Kollaps oder in vollständiger Apathie sich befindet, und wird zurückgeführt auf die übermässige Dehnung des den Uterus deckenden Peritoneums, wo *Kouwer* kleine Zerreibungen gefunden hat.

Eine ähnliche Beobachtung machte *LeLorier*, er fand das Peritoneum

an einer Stelle des Uterus 1—2 cm abgehoben und subperitoneale Ekchymosen. Die durch die Blutung in den graviden Uterus verursachte übermässige Ausdehnung und Spannung machen uns Schwierigkeiten in dem Palpieren der Kindesteile. Fast sämtliche Beobachter beschreiben die Schwierigkeiten in der genauen Bestimmung der Lage des Kindes, die sich oft nicht einmal annähernd bestimmen liess, nachdem die Blutung der vorzeitigen Ablösung der Plazenta eingesetzt hatte. Diese Schwierigkeit wird noch erhöht durch das fast gleichzeitige Aufhören der kindlichen Herztöne. Ist die Blutung langsam und fortschreitend, so fühlt die Frau zeitweise noch unregelmässige Bewegungen des Kindes, die bald nachlassen um gänzlich aufzuhören. Bei der inneren Untersuchung finden wir bei der äusseren Blutung Coagula in der Scheide, und hat die Geburt bereits begonnen, auch in der Portio und im unteren Uterinsegment. Steht die Blase noch bei eröffneter Cervix, so drängen sich die Eihäute dem untersuchenden Finger entgegen und geben das Gefühl der „Tenseness“, Straffheit, besonders bei schwerer innerer Blutung. Diese Beobachtung machte zuerst *Bruntons*, später beschrieben *Baker*, *Barnes*, *Johnson* u. A. dasselbe diagnostische Zeichen.

Von anderen Symptomen, welche bei der vorzeitigen Ablösung der normal sitzenden Plazenta beobachtet wurden, möchte ich noch das unstillbare Erbrechen erwähnen, Bluterbrechen beobachtete *Gottschalk*, eine schwere Epistaxis beschrieb *Hirigoyen*.

Diagnose.

Differenzialdiagnostisch kommen bei der vorzeitigen Ablösung der Plazenta in erster Linie Placenta praevia und Ruptura uteri in Betracht. Bei der Placenta praevia finden wir bei der inneren Untersuchung den abnorm inserierten Mutterkuchen und lassen uns

durch vorliegende Blutgerinnsel nicht täuschen. Die Blutung bei Placenta praevia erfolgt ruckweise, während der Wehen, bei der vorzeitigen Ablösung des Mutterkuchens blutet es nach aussen auch in der Wehenpause. Das sofortige Grösserwerden des Leibes, seine ungewöhnliche Schmerzhaftigkeit bei Berührung, das schnelle Einsetzen schweren Kollapses und der Anämie, die Schwierigkeit in dem Palpieren der Kindesteile und der konstante Blutabgang sprechen für die vorzeitige Ablösung der normal inserierten Plazenta.

Die Uterusruptur, für welche sich fast immer eine Ursache nachweisen lässt, ereignet sich am häufigsten während der Geburt, während starker Wehen. Bei der Uterusruptur tritt das Kind teilweise oder gänzlich in die Bauchhöhle und die Kindesteile sind unter den Bauchdecken deutlicher als im Uterus durchzufühlen, der übrige Teil der Gebärmutter ist kontrahiert, kleiner und der vorliegende Teil ist zurückgewichen. Tarnier erwähnt als diagnostisches Merkmal der Ruptura uteri eine Depression an der rupturierten Stelle, dieselbe sei oft von aussen sichtbar.

Extrauterinschwangerschaft und Perforationsperitonitis können durch Palpation und Perkussion ausgeschlossen werden, überdies lässt sich ein freier Erguss in der Bauchhöhle nachweisen. Olivier (30) öffnete die Bauchhöhle auf der Suche nach einer extrauterinen Schwangerschaft, es handelte sich um einen Fall vorzeitiger Ablösung der normal inserierten Plazenta.

Häufigkeit.

Die Häufigkeit der vorzeitigen Ablösung der normal inserierten Plazenta ist schwer zu bestimmen, da viele Fälle erkannt, viele nicht registriert werden. Beruht doch jene Statistik der Rotunda Dublin's, nicht einen Fall in 156,100 Geburten, sicherlich auf Irrtum, um so mehr als die heutigen Statistiken von

jener bedeutenden Entbindungsanstalt ganz anders lauten. Kleine Ablösungen vor der Geburt des Kindes machen oft keine oder wenige klinische Symptome, sind ohne nachteilige Folgen für Mutter und Kind, nur der dem Mutterkuchen noch anhaftenden Blutklumpen zeugt davon, dass ein kleiner Teil der Plazenta sich in utero vor der Geburt des Kindes losgelöst hatte. Diese kleinen Ablösungen wurden schon von Spiegelberg (51) beschrieben und Brodhead fand in 1000 Geburten des Sloane Maternity Hospitals in New York 7 mal diese kleine ante-partum Lösungen, welche sich als kleine Blutklumpen in der Plazenta documentierten, in den Geburtsgeschichten verzeichnet.

Fleetwood Churchill (9) hat 163,738 Geburten aus verschiedenen Quellen zusammengestellt und fand unter diesen 218 Fälle von „accidental“ und 261 „unavoidable“ hemorrhage. J. W. Smyly fand in 6455 Geburten der Rotunda in Dublin aus den Jahren 1889-1893 im Ganzen 36 Fälle vorzeitiger Ablösung der normal inserierten Plazenta, in den ersten 24 Fällen nur 9 schwere. Colclough's Statistik aus der Rotunda Dublin's vom November 1896 bis 30. November 1901 umfasst 17,200 mit 83 Fällen vorzeitiger Ablösung.

Mdme. Henry berichtet von 27 Fällen in 20,927 Geburten der Maternité in Paris. Galabin's Statistik, zitiert von Hellier des Guy Hospital in London, umfasst 23,591 Geburten mit 31 vorzeitigen Ablösungen. Das Lying-in Hospital (10) in New York hatte in 10,000 Geburten keinen Fall. Das Sloane Maternity Hospital in New York (11) in 5900 Geburten 57 Fälle. Ross fand in 8621 Geburten des St. Mary's Hospital in Manchester 34 dieser Fälle. Rihl hatte 3 Fälle in 3024 Entbindungen seiner Privatpraxis. Im Ganzen 259,456 Geburten mit 489 Fällen von vorzeitiger Ablösung (0.018 Prozent). Die grosse Differenz in der

Häufigkeit der Fälle in den einzelnen Statistiken erklärt sich dadurch, dass manche Geburtshelfer leichte Fälle ignorierten.

Aetiologie.

Blutungen aus den weiblichen Genitalien in Folge von Plazenta- oder Deziduaerkrankung sind in den ersten Schwangerschaftsmonaten nicht selten, bei weitem seltener sind dieselben in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. Nach Charles Robin's (12) Untersuchungen soll die Plazenta im vierten Schwangerschaftsmonat den höchsten Grad ihrer Befestigung an der Uteruswand erreichen, nach dieser Zeit lockert sich allmählich dieser Halt und zur Zeit der Geburt soll nur eine einzige kräftige Kontraktion genügen, die Plazenta von ihrer normalen Haftfläche zu lösen. Ob heftige Kontraktionen während der Schwangerschaft oder vor Ausstossen des Kindes unter normalen Verhältnissen bei gesundem Endometrium und intaktem Ei eine vorzeitige Ablösung der normal inserierten Plazenta herbeiführen können, ist mehr als zweifelhaft. Täglich setzt sich die schwangere Frau körperlichen Insulten aus, welche häufig starke Uteruskontraktionen d. h. Wehen auslösen, doch stets passt sich die gesunde Plazenta der Verkleinerung ihrer Haftfläche an und die Schwangerschaft nimmt ihren normalen Verlauf. Anders liegen die Verhältnisse, wenn wir es mit einem krankhaften Mutterkuchen zu tun haben, das kranke Plazentargewebe hat seine Kontraktilität eingebüsst, bei Einwirkung selbst eines leichten Reizes oder Traumas folgt die Plazenta nicht mehr den Kontraktionen des Uterus, sie wird brüchig, es kommt zur Blutung und leicht löst sich dann der Mutterkuchen los durch den Druck der hinter seiner uterinen Fläche angesammelten Blutgerinnsel. Ob diese retroplazentare Blutung Kontraktionen auslöst, welche den Mutterkuchen weiter

von seiner Haftfläche am Uterus los-trennen, ist unwahrscheinlich, indem mit Einsetzen der Blutung in fast sämtlichen Fällen vorzeitiger Ablösung der Plazenta alle uterine Tätigkeit sistierte.

Nicht in allen Fällen vorzeitiger Ablösung der normal sitzenden Plazenta ist diese krankhaft gefunden worden, es gibt eine Anzahl Fälle, in welchen trotz sorgfältiger Untersuchung eine Erkrankung des Mutterkuchens oder der Dezidua sich nicht hat nachweisen lassen und deswegen führt Seitz (43) die vorzeitige Ablösung auf eine Toxinwirkung zurück.

Eine häufige Ursache der Plazenta- und Deziduaerkrankung ist die Nephritis, die, wie wir ja wissen, zu Blutungen neigt. Der Erste, welcher auf den Zusammenhang der Nephritis und der vorzeitigen Ablösung der normal inserierten Plazenta aufmerksam gemacht, war Chantreuil (13), dessen diesbezügliche Beobachtung 6 Jahre später von Winter (14) und Fehling (15) bestätigt wurden. In der deutschen Literatur werden Winter, in der englischen Weatherly (16), als die ersten bezeichnet, welche auf diesen Zusammenhang der Nephritis und der vorzeitigen Ablösung der Plazenta aufmerksam gemacht haben; es sei mir deswegen erlaubt, einen diesbezüglichen Passus aus Chantreuil's Arbeit „Hémorrhagies utérines et placentaires liées à l'albuminurie“, im Original zu bringen: „Il y a en effet pendant la grossesse, pendant le travail, pendant les suites de couches des métrorrhagies, dont l'albuminurie est la cause. Si l'épanchement sanguin est abondant, s'il décolle non seulement une portion du placenta, mais les membranes elles-mêmes et que la grossesse se trouve interrompue.“ Wie häufig die Nephritis die Ursache der vorzeitigen Ablösung der Placenta ist, lässt sich nur schwer statistisch nachweisen, in vielen Fällen wird nicht an Nephritis ge-

dacht, besonders wenn ein Trauma der Ablösung vorausgegangen. In nur 59 von 250 Fällen konnte ich eine Urinuntersuchung erwähnt finden, von diesen 59 litten 48 an Nephritis, darunter 6 mit Eklampsie. Primiparae waren 18, multiparae 27, bei 2 Frauen fehlen die diesbezüglichen Angaben. Ueber die Hälfte dieser Frauen befand sich im 8. und 9. Schwangerschaftsmonat, von 45 Kindern starben 40.

Endometritis ohne Nephritis wurde in 8 Fällen gefunden. No. 137, 161, 164, Endometritis auf gonorrhöischer Basis: 1 Fall. Morbus Basedowii zweimal, in einem Falle in Verbindung mit Albuminurie. — Lues zweimal, ein Fall mit Albuminurie. — Zwillinge dreimal, zweimal mit Hydramnion. Auf Intoxikation führt Guérin-Vallmal in einem seiner Fälle die vorzeitige Ablösung der Plazenta zurück. Die Frau hatte während der Schwangerschaft einen Ikterus, welcher auch den Fötus affiziert hatte, der in einem Zustande der „rigidité cadavérique“ geboren wurde und dadurch die Geburt sehr erschwerte. Dieser Zustand des Fötus wurde auch von Budin(29) bei der vorzeitigen Ablösung der normal inserierten Plazenta beobachtet. Zweimal ereignete sich die Ablösung bei künstlicher Frühgeburt.

Kürze der Nabelschnur wurde in 9 Fällen beobachtet, mit einer Mortalität für die Mutter von 22,2 Prozent, für das Kind von 50 Prozent. Hier scheint die Ablösung auf rein mechanische Weise zu entstehen. In 5 von diesen 9 Fällen war die Nabelschnur „absolut“ zu kurz, in 4 relativ (um den Hals geschlungen), unter den ersteren waren zweimal Zwillinge. Mauriceau hat zuerst auf die Kürze der Nabelschnur als Ursache der vorzeitigen Ablösung aufmerksam gemacht.

Hämorrhagische Diathese wurde ein Mal beobachtet von de Lee.

Eine weitere Ursache der vorzeitigen Ablösung der normal sitzenden Plazenta ist das Trauma, welches die

Uteruswand direkt trifft oder indirekt durch Erschütterung des Körpers oder durch psychische Erregung auf dieselbe einwirkt. Ich habe 55 derartige Fälle gefunden, mehr als ein Fünftel sämtlicher Fälle, doch wird zweifellos die traumatische Entstehung der vorzeitigen Ablösung der Plazenta überschätzt, indem in den meisten Fällen traumatischen Ursprunges nach keiner weiteren Ursache gesucht worden ist. Eine bereits erkrankte Plazenta kann leicht durch ein hinzutretendes Trauma von ihrer Haftfläche losgelöst werden, doch dann war bereits eine Vorbedingung für die Ablösung geschaffen. Hierher gehören wohl auch die von Livon (17) und Anderson berichteten Fälle unstillbaren Erbrechens und des Ptyalismus. Zweifellos kann das Trauma „pure and simple“ eine Plazentalösung veranlassen, dafür gibt es eine Reihe gut beobachteter Fälle. F. v. Winkler (1) erlebte einige Fälle vorzeitiger Ablösung der Plazenta durch Trauma stumpfer Gewalt, das direkt den Unterleib getroffen. In dem von E. G. Barnes berichteten Falle, der zur Sektion kam, verursachte das direkte Trauma (Fall) auf der Bauchwand und der korrespondierenden Stelle am Fundus uteri eine Ekchymose, im Innern der Gebärmutter war an derselben Stelle ein Lappen der Plazenta losgelöst „aus welchem die letale Blutung erfolgte.“ Uterus, Fötus und Plazenta waren gesund.

Die vorzeitige Ablösung der normal sitzenden Plazenta trifft die Multipara häufiger als die Primipara. Von 204 Fällen, in welchen ich eine diesbezügliche Bemerkung finden konnte waren:

1	parae	50
2	“	18
3	“	15
6	“	19
5	“	7

Mehr als 5 Geburten 95

Dieses häufigere Vorkommen der vorzeitigen Ablösung der Plazenta bei

der Mehrgebärenden soll durch die Schlaffheit und Nachgiebigkeit der durch die häufigen Schwangerschaften gedehnten Uterus- und Bauchwand bedingt sein; weiter wird auch die Häufigkeit der Endometritis und Nephritis bei der Mehrgebärenden dafür verantwortlich gemacht. Der Unterschied zu Gunsten der Erstgebärenden ist unbedeutend, wenn wir bedenken, dass die Erstgebärende von allen Geburten ungefähr ein Viertel bis zu einem Drittel liefert. Fast ein Viertel, 24,5 Prozent, dieser Fälle vorzeitiger Ablösung der normal inserierten Plazenta waren Primiparae, folglich ist dieses Ereignis bei der Primipara keineswegs so selten, als man nach früheren Statistiken, Goodell 12,5 Prozent, annehmen sollte, die Primipara wird von diesem Unfall verhältnismässig ebenso häufig betroffen als die Multipara.

Wie bereits oben erwähnt trifft die vorzeitige Ablösung die Frau am häufigsten gegen das Ende der normalen Schwangerschaft. Von 206 Fällen ereignete sich die Ablösung

im 5. Monat in	4	Fällen
“ 6. “ “	10	“
“ 7. “ “	23	“
“ 8. “ “	53	“
“ 9. “ “	92	“

Während der Geburt “ 29 “

Ueber die Hälfte der Ablösungen ereignete sich gegen das normale Ende der Schwangerschaft, eine Erscheinung, die wohl für die Löslichkeit der Plazenta von ihrer Haftfläche im Uterus zu dieser Zeit sprechen dürfte; so kann die vorzeitige Ablösung noch eintreten, wenn der Kopf bereits aus dem Uterus ausgetreten tief im Becken steht, wie ein Fall von Reynolds zeigt.

Das Alter der Frauen war in 167 Fällen angegeben:

Unter 20 Jahren.....	5	Fälle
Zwischen 20—30 Jahren....	60	“
Zwischen 30—40 Jahren....	84	“
Ueber 40 Jahre.....	18	“

61 Prozent der Frauen waren über 30 Jahre alt.

Dieser scheinbare Einfluss des Alters der Frau auf die vorzeitige Ablösung der normal sitzenden Plazenta kann von einer grossen Bedeutung sein, wenn wir bedenken, dass von 50 Primiparae nur 8 (16 Prozent) über 30 Jahre waren.

In 204 Fällen war die Lage des Kindes angegeben:

Schädellagen	183=89,7	Prozent
Steisslagen	13= 6,3	“
Schiefagen	3= 3,4	“
Gesichtslagen	1= 0,48	“

Prognose.

Die Prognose der vorzeitigen Ablösung der normal sitzenden Plazenta hat sich seit früheren Statistiken für Mutter und Kind gebessert, von 248 Frauen starben 72=29 Prozent.

Vergleichen wir mit dieser Goodell's Statistik: von 106 Frauen starben 54=50,9 Prozent. Auffallend günstig wird die Statistik für die Mutter in den Jahren 1900—1906; von 73 Frauen starben 15=20,5 Prozent. Zweifellos sind diese günstigen Resultate auf die bessere Diagnostik und Therapie zurückzuführen.

Nicht so günstig lauten die Resultate für die Kinder:

Von 246 Kindern waren bei der Geburt 204 tot=82,9 Prozent, 42 lebten =17,1 Prozent. In den Jahren 1900—1906 starben von 72 Kindern 57=79,1 Prozent.

Vergleichen wir mit dieser Goodell's Statistik; von 107 Kindern lebten 6 bei der Geburt=5,6 Prozent, tot 94,4 Prozent.

Von 172 Fällen, in welchen die Blutung sofort oder bald nach Einsetzen der Ablösung aussen sichtbar wurde, starben 47=27,3 Prozent. Von 52 Fällen von sogenannter innerer Blutung starben 21=40,4 Prozent, die rein innere Blutung ist die gefährlichere. Die

Prognose für die Mutter in jenen Fällen vorzeitiger Ablösung der normal inserierten Plazenta, welche sich während der Geburt ereignen, ist schlechter als die Prognose im allgemeinen und schlechter als in den Fällen mit äusserer Blutung. Diese Beobachtung differiert mit der allgemeinen Annahme, da die Verhältnisse während der Geburt wegen der Eröffnung des Muttermundes und der Wehentätigkeit günstiger liegen.

Von 29 Fällen vorzeitiger Ablösung während der Geburt

lebten 20 Frauen	71,4 Prozent
tot 8	28,5

in einem Falle fehlte eine diesbezügliche Angabe.

Von den Kindern lebten 11=40,7 Proz.
tot 16=59,2

in 2 Fällen fehlt die Angabe.

Zur Erklärung der ungünstigeren Prognose dieser Fälle fand ich, dass in 13 Beobachtungen die Plazenta mit Einsetzen des Unfalles, während der normalen Wehentätigkeit, sich total gelöst hatte und die Frau durch den enormen Blutverlust in kurzer Zeit zu Grunde ging. Für das Kind ist in diesen Fällen die Prognose besser, bedingt durch die schnellere Entbindung. Spiegelberg (S. 423) sagt, dass nach totaler Ablösung der Plazenta noch nach 10 Minuten ein lebendes Kind geboren werden kann.

Wie weit die partielle Lösung der Plazenta das Leben des Kindes gefährdet, darüber fand ich folgende Beobachtungen. Suter berichtet, dass nur ein Sechstel der Plazentarfäche gelöst war und doch das Kind gleich abgestorben ist. Interessant ist die Beobachtung von Odebrecht. Hier lebte das Kind noch fünf Wochen mit einer zu zwei Fünfteln gelösten Plazenta und in der 36. Schwangerschaftswoche wurde ein gesundes und gut entwickeltes Kind geboren. Das losgelöste Stück der Plazenta war stark komprimiert. Bei Willien lebte

das Kind mit einer Plazenta, welche ein Drittel, bei Johnson und Warren ein Viertel gelöst war.

Pathologie.

Die pathologischen Veränderungen im Uterus und in der Plazenta, welche der vorzeitigen Ablösung der normal sitzenden Plazenta vorausgehen und dieselbe verursachen, sind noch nicht genügend gekannt. Es liegen uns zwar heute eine Anzahl genauer pathologischer Untersuchungen vor, welche uns zu der Annahme berechtigen, dass in einer grossen Anzahl Fälle ein direkter Zusammenhang zwischen der vorzeitigen Plazentarlösung und Dezipuaerkrankung besteht, doch gibt es Fälle, in welchen trotz genauer Forschung ein solcher Zusammenhang nicht gefunden werden konnte. Die einzige Erkrankung, von der wir mit Sicherheit behaupten können, dass sie in der Aetiologie der Erkrankung der Dezipua und Plazenta, folglich in der Pathologie der vorzeitigen Ablösung der normal sitzenden Plazenta eine bedeutende Rolle spielt, ist die Nephritis, doch wird diese, wie die sog. Schwangerschaftsnierne nur in einer gewissen Anzahl der Fälle gefunden. Schon Carl Rokitan sky (18) beschrieb Blutungen und Entzündungsprozesse mit Bindegewebswucherungen in Plazenta und Dezipua, welche das Plazentargewebe „zertrümmern bis zur Herstellung von Herden mit Loswühlung des Kuchens vom Uterus“. Die Nephritis verursacht, wie dies v. Weiss zuerst ausführlich beschrieben, exsudative und degenerative Veränderungen in der Dezipua mit kleinzelliger Infiltration in das Endometrium, die Endometritis decidualis. Schick ele (19) fand, dass die Degeneration der Dezipuazellen auf eine primäre Gefässerkrankung in Folge der Nephritis zurückzuführen ist, welche durch häufige Blutungen die Dezipuazellen zum Absterben bringt und auf diese Weise oder durch die Blutung selbst

mechanisch die Plazenta von ihrer Haftfläche an der Uteruswand loslöst. Seitz (20) beschreibt in einem seiner Fälle eine primäre Endometritis decidualis mit Rundzelleninfiltration in Decidua serotina und Zotten, insbesondere um die thrombosierten Gefäße, deren Lumen dadurch verengt und schliesslich verödet wird. Diese Gefässerkrankung und der durch die Nephritis erhöhte Blutdruck verursachen die Blutung in das Gewebe, die Decidualzellen degenerieren und es kommt zur Loslösung der Plazenta. Seitz fand, wie schon vor ihm v. Weiss, entzündliche und degenerative Veränderungen in der Muscularis uteri. Dieser pathologische Prozess in der Muscularis uteri war in zwei Fällen von v. Weiss (No. 237-238) ohne Nephritis vorhanden und derart fortgeschritten, dass der Uterus seine Kontraktionsfähigkeit verloren hatte, eine Frau durch Atonia uteri sich verblutete, die andere noch durch supravaginale Amputation gerettet werden konnte. Gottschalk (21) führt ebenfalls die vorzeitige Ablösung der normal sitzenden Plazenta auf die Veränderungen in der Decidua basalis zurück, deren im Blute zirkulierende Zerfallsprodukte die Ablösung der Plazenta sowohl, als auch jene funktionelle Störung der Niere, die Schwangerschaftsnierenerkrankung herbeiführen könnte, „beide sind das Produkt desselben pathologischen Prozesses“. Dass die Nephritis nicht immer diese pathologischen Veränderungen im Gefolge hat, beweist ein weiterer Fall von Seitz, der wie sein erster Fall sub partu an vorzeitiger Ablösung der Plazenta in Eklampsie mit hämorrhagischer Nephritis zu Grunde ging. In diesem zweiten Falle konnte Seitz weder makroskopisch noch mikroskopisch andere Veränderungen an Decidua und Nachgeburt nachweisen, wie wir dieselben von diesen Geweben in der letzten Zeit normaler Schwangerschaft zu sehen gewohnt sind. Da in diesem Falle auch Mikroben nicht

nachzuweisen waren, so glaubt der Autor, dass die oben beschriebenen Veränderungen in Dezidua und Plazenta auf chemisch-toxischem Wege zu Stande gekommen sind, durch die Toxine des Fötus. Interessant ist nun, dass auch Fehring (22) in zwei Fällen vorzeitiger Ablösung der normal inserierten Plazenta, von denen der eine an schwerer Eklampsie gelitten, der andere an Oedemen, keine weiteren Veränderungen an der Plazenta finden konnte, anders wie wir dieselben an dieser bei vorgeschrittener Schwangerschaft oder zur Zeit der Geburt des Kindes sehen.

LeLorier fand in einem bei einer Sectio caesarea wegen vorzeitiger Ablösung gewonnenen Stück Uterusmuskulatur mikroskopisch zahlreiche kleine Blutextravasate, welche auf der Oberfläche des Uterus als Ekchymosen sichtbar waren, weiter nichts Pathologisches. Maslowsky beschreibt die Veränderungen, die der Gonokokkus Neisser in der Dezidua hervorruft, die Endometritis decidualis interstitialis gonorrhoeica, welche die vorzeitige Ablösung veranlasst hatte.

J. Veit erklärt die vorzeitige Ablösung der normal sitzenden Plazenta als eine Folge der Deportation der Chorionzotten. F. Scheffer (23) versuchte diese Theorie experimentell nachzuweisen. Nach Veit verstopfen die Chorionzotten die Deziduavenen, auf diese Art kommt es zur Stauung, Ruptur der Blutgefäße und vorzeitigen Ablösung der Plazenta. Auch Veit spricht von einer primären Endometritis, welche die Aufnahme der Zotten in den Kreislauf begünstigt und auf diese Weise die Schwangerschaftsnierenerkrankung verursacht.

Als fettig entartet wurde die Plazenta in 8 Fällen beschrieben. Jagard fand in einem Falle Echinokokkus der Plazenta, Coe eine Verkalkung derselben. Weisse Infarkte wurden in 10 Fällen beobachtet.

(Schluss folgt.)

Referate und Kritiken.

Deutsches Bäderbuch, bearbeitet unter Mitwirkung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes von Dr. F. Himstedt u. a. a. CIV und 536 Seiten mit 13 Tafeln graphischer Darstellungen von Quellenanalysen, einer Uebersichtskarte und der Hellmann'schen Regenkarte. In Originalleinenband 15 Mark. Verlag von J. J. Weber in Leipzig 1907.

Unter dem Vorsitz des Kaiserlichen Gesundheitsamtes hat sich eine aus Gelehrten und Fachmännern gebildete Kommission zusammengefunden, um den deutschen Aerzten, Wissenschaftlern und Laien mit dem Deutschen Bäderbuch in unparteiischer, nur von wissenschaftlichen Gesichtspunkten getragener Arbeit eine zuverlässige Nachschlagequelle über Deutschlands Heilquellen, Seebäder und Luftkurorte zu erschliessen. Das Werk bildet ein grundlegendes Lexikon der deutschen Balneologie. Es gibt in zuverlässiger Weise Auskunft über Lage und Klima, Heilquellen und sonstige Kurmittel, hygienische und öffentliche Einrichtungen und über Verkehrsverhältnisse von etwa 490 deutschen Kurorten. Um einen Ueberblick über die reichen Quellenschatze im Deutschen Reich zu geben, haben auch solche Mineralquellen Aufnahme gefunden, die nur zu Versandzwecken dienen oder z. Z. überhaupt nicht ausgebeutet werden. Rund 650 Quellenanalysen gestatten dem Arzt eine schnelle und sichere Orientierung über den therapeutischen Wert der Mineralquellen. Ganz besonderen Wert gewinnen die Analysen dadurch, dass sie sämmtlich in einheitlicher Form dargestellt sind, wodurch eine unmittelbare Vergleichung aller deutschen Mineralquellen ermöglicht wird. Die Neuberechnung, bei der möglichst auf die Originalanalysen zurückgegriffen worden ist, ist auf Grund der neuen chemischen Anschauungen über die Natur der Salzlösungen (Ionentheorie) erfolgt; daneben sind zur Erleichterung des Verständnisses die Analysen auch in der älteren Form der Darstellung, und zwar wiederum in einer für alle Mineralquellen ein-

heitlichen Weise wiedergegeben. Mit Sorgfalt sind hierbei alle Zufälligkeiten und Fehler ausgeschlossen worden, die den früheren Analysendarstellungen oft anhafteten und bei den vielen verschiedenen willkürlichen Berechnungsweisen auch anhaften mussten. 13 Tafeln in Buntdruck veranschaulichen die Zusammensetzung jeder einzelnen Quelle und erleichtern damit die Vergleichung der Quellen untereinander.

In einer Gesamteinleitung, verfasst von hervorragenden Chemikern, Klinikern, Pharmakologen, Geologen, Meteorologen u. s. w. wird der heutige wissenschaftliche Stand der Balneologie in eingehender Weise erörtert und klargelegt. Ausserdem geht jeder Gruppe der Mineralquellen, der Seebäder und der klimatischen Kurorte eine kurze Einleitung voraus, in denen auch der praktische Badearzt zu Worte kommt. Eine geographische Uebersichtskarte und eine Regenkarte, auf der die mittleren jährlichen Niederschlagshöhen veranschaulicht sind, werden eine willkommene Zugabe dieses Werkes bilden.

Bei der Sammlung und der kritischen Prüfung des ungemein umfangreichen Materials ist es infolge der Mitarbeit des Kaiserlichen Gesundheitsamtes möglich gewesen, nicht nur die Quellen- und Kurverwaltungen, sondern auch Behörden, meteorologische Zentralinstitute und zahlreiche geologische Sachverständige zu Rate zu ziehen, sodass der erreichbare Grad von Zuverlässigkeit der Angaben gesichert erscheint. Insbesondere liegt hier zum erstenmale ein rein wissenschaftliches Bäderbuch vor, das von Empfehlungen und Anpreisungen gänzlich frei ist.

Da die Mitglieder der Kommission die mehrjährige Arbeit sämmtlich ehrenamtlich übernommen haben, wurde es möglich, den Preis des Werkes, besonders im Vergleich zu anderen wissenschaftlichen Büchern und trotz solider und reicher Ausstattung, doch mässig zu gestalten. Eine vielfach empfundene Lücke wird durch das „Deutsche Bäderbuch“, wie es in ähnlicher Art und in ähnlichem Um-

fang noch kein anderes Land besitzt, ausgefüllt und Deutschlands Wissenschaft auch in dieser Richtung an die führende Stelle gesetzt.

Bäder-Album der Königlich Preussischen Domänen-Verwaltung im Auftrage des Herrn Ministers für Landwirtschaft, Domänen und Forsten beschrieben von Badeinspektor Dr. Stern, Langenschwalbach.

Das im Auftrage der preussischen Regierung herausgegebene Bäder-Album darf sowohl was Inhalt wie Ausstattung anbelangt als Prachtwerk betrachtet werden. Beschrieben sind die Bäder Ems, Langenschwalbach, Schlangenbad, Weilbach, Niederselters, Fachingen, Geilnau, Nenndorf, Rehburg und Norderney. Es finden sich eingehende Schilderungen der kli-

matischen Verhältnisse der betreffenden Badeorte, der zur Verfügung stehenden Kurmittel (Trinkquellen, Inhalationseinrichtungen, Bäder, Einrichtungen für Hydrotherapie, Flussbäder, Molken-, Kefir- und Milchkur) sowie deren Wirkungen und Indikationen. Ferner sind in dem Buche genaue Angaben über die wirtschaftlichen Verhältnisse, Reisegelegenheiten, Wohnungsverhältnisse, Kurtaxen, Vergnügungen, Spaziergänge und Ausflüge etc. enthalten. Kurzum das vorliegende Bäder-Album bietet die denkbar bestmöglichen Auskünfte über die schon längst weltberühmten oben genannten Bäder. Ausgezeichnete Abbildungen und farbige Illustrationen nach Gemälden von Gescheidel, Günther und v. Wedel ergänzen den Text.

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York.

Sitzung vom 6. Mai 1907.

Präsident Dr. Carl Beck eröffnet die Sitzung um halb 9 Uhr.

Sekretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der regelmässigen Sitzung vom 1. April sowie das der ausserordentlichen Sitzung vom 15. April. Beide Protokolle werden genehmigt.

Tagesordnung.

1) **Vorstellung von Patienten, Demonstration von Präparaten, Instrumenten u. s. w.**

Dr. Carl Beck (Patientin vorstellend):

Die Röntgentherapie kann unsere erprobte chirurgische Dynamik nur ausnahmsweise ersetzen. In den meisten Fällen fällt ihr nur eine aushilfsweise oder mitwirkende Bedeutung zu.

Dieselbe kann allerdings von vitaler Wichtigkeit sein, im grossen und ganzen aber ist ihr die moderne Technik der ausgiebigen Exstirpation des Brutortes überlegen. Je mehr malignes

Gewebe entfernt wird, desto mehr treibende Momente zum Rezidiv werden eliminiert. Ferner sind die verbleibenden Deckgewebe leichter durchdringbar, sodass einzelne erratische Zellen der postoperativen Röntgenbehandlung um so leichter erreichbar sind.

Also nicht: Hie Skalpell, hie Röntgenbehandlung! sondern Arm in Arm sollen die beiden Methoden mit einander gehen und sich gegenseitig ergänzen. Verfolgen wir dieses Prinzip, so können wir bei bösartigen Neoplasmen unsere Indikationen viel weitgehender stellen als früher.

Ich habe, seit ich die Freude hatte, Ihnen vor genau sechs Jahren den ersten Fall eines mit Röntgenstrahlen behandelten Sarkoms vorzustellen, wiederholt Gelegenheit gefunden, Ihnen Patienten vorzuführen welche durch die Röntgenbehandlung geheilt wurden. Ich habe Ihnen aber auch zugleich von einer grösseren Zahl maligner Fälle berichtet, welche durch diese Art der Therapie nicht im geringsten

beeinflusst wurden. Ja, bei einigen schien sie den Zerstörungsprozess gerade zu beschleunigen. Bei dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens ist es unmöglich, das Warum dieses ausserordentlichen Phänomens zu beantworten. Die Verschiedenheit der Wirkung wird wohl zumeist im Verhältnis zu der verschiedenartigen Textur der Geschwulsttypen stehen. Das Punctum saliens ist uns aber noch ein X, wie die Strahlen selbst. Das Wesen der von mir befolgten Methode fusst also auf folgenden Prinzipien:

1) Möglichst ausgedehnte Exstirpation der malignen Neubildung mit Anstreben der prima intentio. Bei grossen Defekten möglichste Deckung durch gleichzeitige sorgfältige Plastik. Nach Verlauf einer Woche intensive Röntgenbestrahlung in 2tägigen Intervallen bis zur Reaktion.

2) Bei vorgeschrittenen Neubildungen, wie wir sie speziell öfter beim Karzinom der Brust finden, ist der geschaffene Defekt offen zu belassen so dass gleich nach der Operation täglich bestrahlt werden kann. Nach einer Woche sind die Ränder dann durch die sekundäre Naht (Seide) zu vereinigen.

3) Im Anfang ist die Bestrahlung stets in Verbindung mit Diaphragma vorzunehmen, da die Wirkung auf den ursprünglichen Heerd viel intensiver ist. Später ist es vorzuziehen einen möglichst grossen Radius der Umgebung zu bestrahlen, also ohne abzudecken.

Auch bei kleinen Epitheliomen halte ich die primäre Exstirpation für das geeignetere Verfahren, obgleich ich mich wiederholt überzeugte, dass die meisten derselben auch durch einfache Bestrahlung heilten. Eine Ausnahme mache ich nur bei solchen Gebilden welche sich in unmittelbarer Nähe des Auges befinden, da wir hier ein sehr viel besseres kosmetisches Resultat durch die Strahlenbehandlung allein erreichen.

Die Reaktion halte ich für eine *Conditio sine qua non* bei der Röntgenbehandlung. Ich habe tatsächlich nie eine Heilung eines malignen Prozesses eintreten sehen, wo keine Reaktion vorausgegangen war. Dieselbe scheint

mir durchaus essentiell für den Erfolg zu sein. Man muss diese Erwägungen dem Kranken von vornherein klar machen und ihm vorstellen, dass es sich nicht um eine unschuldige Hautaffektion handelt, welche man mit homöopathischen Röntgendosen behandeln darf. Auf Spatzen schießt man nicht mit Kanonenkugeln. Wo es sich aber um formidable Feinde handelt, da sind auch eindringliche Repressalien angezeigt. Beherzigt der Patient diese so überaus verständliche Tatsache, so ist er weit entfernt, den Operateur zu tadeln, wenn die Haut zu jucken beginnt und die bestrahlte Zone sich rötet, er freut sich im Gegenteil darauf. Hat man aber im Tone gottähnlicher Infallibilität dem Patienten auf seine Frage, ob keine Verbrennung zu fürchten sei, hochtrabend erwidert, dass ein derartiges Malheur ausgeschlossen wäre, so nimmt das Opfer im Fall einer Verbrennung mit Recht an, dass es mit der Gottähnlichkeit nicht weit her sei. Mit dem einfachen Zugeständniss eigener Unvollkommenheit sowohl als der des Verfahrens kommt man auch bei dieser Art Routine am weitesten.

Wie oben angedeutet, sind es heute gerade sechs Jahre, dass ich Ihnen einen 36jährigen Küfer vorstellte, dessen Knöchelsarkom unter dem Einfluss der Röntgenbehandlung geheilt war. Patient erlag mehrere Monate später einer Metastase des Unterleibs (siehe „Münchener Medizinische Wochenschrift,“ No. 32, 1901).

Ich darf Ihnen auch wohl in's Gedächtnis zurückrufen, dass ich Ihnen vor fünf Jahren die Gattin eines Kollegen vorführte, welche ich wegen eines ausgedehnten Sarkoms der Orbita operierte und kurz darauf mit Röntgenstrahlen behandelte. Nach einer intensiven Reaktion verschwand ein beginnendes Rezidiv und ist Pat. bis auf den heutigen Tag gesund geblieben. Nur verspürt Pat. von Zeit zu Zeit erhebliches Spannungsgefühl in den vernarbten Bezirken.

Heute erlaube ich mir, einen Fall von Fibrosarkom des Fussrückens vorzustellen, dessen Heilungsprozess einige höchst bemerkenswerte Punkte bietet. Pat., ein 16jähriges Mädchen,

erkrankte vor zehn Monaten an einer warzenförmigen Wucherung der Haut über dem rechten Metatarsophalangealgelenk der vierten Zehe. Nach einem Monat, als die Neubildung die Grösse eines Pfennigs erreicht hatte, begann die Oberfläche zu ulzerieren. Gleichzeitig nahm die Geschwulst beständig zu, bis sie gegen Weihnachten 1906 die Dimensionen eines mässig grossen Apfels erreichte.

Vor wenigen Jahren würde ich ohne weiteres auf der Absetzung der Gliedmasse bestanden haben. Unter dem neuen Régime aber hielt ich einen Versuch mit der Kombinationsmethode für gerechtfertigt. Ich exstirpierte demgemäss (St. Mark's Hospital) die Geschwulst weit im Gesunden, sodass ein ansehnlicher Defekt zurückblieb, den ich durch eine Plastik aus der Fussrückenhaut kaum zur Hälfte decken konnte. Ich musste mich also damit bescheiden, den Rest durch Granulation heilen zu lassen. Die lokale Behandlung bestand in der Applikation eines feuchten Sublimatverbandes. Innerlich Roncegnowasser.

Nach drei Wochen begannen graugelbe, leicht blutende Granulationen aufzuschliessen, deren üppige Wucherung auch durch Chlorzink nicht hintangehalten werden konnte, sodass ich sie mittelst scharfen Löffels entfernte. Die trüben Aussichten auf ein baldiges Rezidiv liessen mich schon an eine Amputation denken, als ich den Entschluss fasste, den weiteren Wundverlauf nicht erst abzuwarten, sondern sofort mit intensiver Röntgenbehandlung zu beginnen. Es wurde nunmehr jeden zweiten Tag 10 Minuten lang bestrahlt bis nach der siebten Sitzung ein Erythem entstand. Nunmehr wurde statt des bisher fortgeführten Sublimatverbandes Dermatollanolin appliziert. Die Heilung vollzog sich innerhalb weiterer drei Wochen. Seit vier Monaten besteht nun die Vernarbung unverändert. Das Allgemeinbefinden der zuerst leicht kachektischen Patientin ist vortrefflich.

Die Untersuchung des Tumors durch Herrn Professor Buxton ergab grosse Spindelzellen mit wenig Protoplasma (Kernfasern). Die Struk-

tur der Neubildung war derb. Sie liess sich schwer von der Faszie loslösen.

Als wichtigste Beobachtung in diesem Falle erscheint mir die prompte Unterdrückung der Wiederkehr der Granulationsmassen, welche sich übrigens ebenfalls als sarkomatös erwiesen, nach der Bestrahlung. Sie deutet an, dass man möglichst bald nach der Operation, namentlich da, wo man keine prima intentio erreichen kann, sofort mit der Röntgenbehandlung beginnen soll, anstatt erst die völlige Verwachsung der Wundränder abzuwarten.

Eine höchst eklatante Illustration der Nützlichkeit einer weitgehenden Kombination liefert der Fall eines 15jährigen Mädchens, welches vor mehr als einem Jahr an einer drüsenartigen Anschwellung unterhalb des linken Ohres erkrankte, welches sich allmählig unter stellenweisem Zerfall über Gesicht und Hals verbreitete und schliesslich das Ohrläppchen zerstörte. Die Diagnose wurde ursprünglich auf Sarkom gestellt, obgleich die mikroskopische Untersuchung kein klares Bild gab. Nach ausgedehnter Exstirpation in einer Nachbarstadt trat binnen kurzem ein Rezidiv ein. Nunmehr Verdacht auf Lues, obgleich die Krankengeschichte nicht den geringsten Anhalt lieferte. Demgemäss Jodkalibehandlung. Die Zerstörung schritt aber unaufhaltsam fort. Zwei Monate nach der Operation wurde mir die Behandlung des Falles übertragen. Wie es das vorliegende, zu jener Zeit genommene Bild andeutet, entsprach die Grösse des flachen ulzerierenden Tumors der Hand eines Erwachsenen. In seiner Mitte befanden sich graurote sklerotische Bindegewebsstränge zwischen Geschwürskratern, deren Basis mit nekrotischen Fetzen durchsetzt war. Die Geschwulstränder waren ödematös. Das charakteristische Bild des Gummas fehlte. Die mikroskopische Untersuchung zeigte neben deutlichem Granulationsgewebe unklare Gebilde, welche man bei oberflächlicher Betrachtung als kleine Rundzellen hätte auffassen können. Im ganzen also ein verworrenes Bild. Trotzdem

verordnete ich nach dem alten löblichen Grundsatz *Ex juvantibus et nocentibus* eine Jodkalimerkurialkur und begnügte mich vorläufig, soweit die operative Indikation in Frage kam, mit der Ausschabung der zerfallenen Gewebe. Zugleich aber began ich die Röntgenbehandlung mittelst Diaphragmas.

Innerhalb zweier Monate, während dem mit kurzer Unterbrechung nach mässiger Reaktion intensiv bestrahlt wurde, trat völlige Vernarbung ein. Es war wunderbar zu beobachten, dass während die frühere tadellose chirurgische Behandlung in Verbindung mit der spezifischen Therapie keinen Erfolg aufwies, ein sofortiger Umschwung eintrat, als zu derselben Behandlungsart die Röntgenbehandlung entscheidend als Tertium hinzutrat.

Patient erfreut sich heute der besten Gesundheit. Die weitere Beobachtung wird wohl mehr ätiologische Klarheit bringen. Ich nehme an, dass es sich um einen eigentümlichen Fall von hereditärer Lues handelt und dass die spezifische Wirkung der Röntgenstrahlen die sklerotischen Gewebspartien zur Auflockerung brachte.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit abermals betonen, dass ich den Gebrauch des Diaphragmas bei der Röntgenbehandlung für wesentlich halte, wo immer eine intensive Wirkung erzielt werden soll. In demselben Masse, wie wir zu diagnostischen Zwecken ein deutlicheres Bild auf der Platte erzielen wenn wir die vagabundierenden Strahlen abhalten, erhöhen wir auch die Energieabgabe an die Gewebe bei der therapeutischen Durchstrahlung. Dies gilt nicht blos für die Fälle von der Natur der oben geschilderten, also in prophylaktischem Sinne, sondern auch bei Rezidiven oder bei inoperablen Neoplasmen. Sobald eine regressive Metamorphose bemerkbar ist, empfiehlt es sich dann ein grösseres Territorium zu bestreichen.

Diskussion. Dr. Leonard Weber: Ich möchte Herrn Dr. Beck fragen, was er über die mixed toxins von Dr. Coley erfahren hat. Coley hatte sie eine Zeit lang aufgegeben, soll aber jetzt 4 Fälle haben, die er mit

mixed toxins erfolgreich behandelt hat. Er hat dieselben bereits vorgestellt oder wird sie nächstens vorstellen.

Dr. Carl Beck: Ich habe mich viel mit dieser Frage beschäftigt. Wiederholt hatte ich Gelegenheit, Fälle zu beobachten, welche teils von mir teils von Herrn Kollegen Coley behandelt wurden und über die mir derselbe in freundlicher Weise berichtete. Leider ist bei keinem der betr. Patienten Heilung eingetreten. Trotzdem bin ich überzeugt, dass die Coley'sche Toxinbehandlung ab und zu erfolgreich ist. Die Zahl der Heilungen ist aber gering. Es scheint, dass im Verein mit der Röntgenbehandlung die Toxinbehandlung sich etwas kraftvoller erweist. So viel ich weiss, arbeitet Kollege Coley auch nach dieser Richtung hin. Trotz meiner eigenen ungünstigen Erfahrungen, würde ich es doch immer wieder für meine Pflicht halten, in geeigneten Fällen die Toxine zu versuchen. Wäre z. B. in meinem Falle keine Heilung oder Besserung eingetreten, so hätte ich sie angewandt.

3) Abstimmung über den Kandidaten.

Präsident Dr. Carl Beck teil mit, dass die Abstimmung die Aufnahme des Kandidaten Dr. John Alfred Heim ergeben habe, und fährt fort: Ich habe Ihnen noch die traurige Mitteilung zu machen, dass unser Mitglied Dr. Leo Rosenberg am 20. März gestorben ist, und fordere Sie auf, sich zu seinem Andenken zu erheben.

Die Versammlung erhebt sich.

3) Vorträge.

a) Nachruf über E. von Bergmann.

1) Dr. Carl Beck: **E. von Bergmann als Mensch.**

2) Dr. M. Reich: **Die Bedeutung E. von Bergmann als Chirurg.**

b) Dr. C. R. Keppler: **Massage und Heilgymnastik in der Behandlung der Hemiplegie.**

c) Dr. E. Dautziger: **Die Mandeln und ihre Bedeutung für die Entwicklung der Tuberkulose.**

(Der Vortrag ist in der Juli Num-

mer ds. Monatsschrift als Originalarbeit erschienen.)

Diskussion. Dr. R o t t e n b e r g: Dass die Mandeln eine primäre Infektion für Tuberkulose bilden, ist so allgemein bekannt, dass jeder praktische Arzt, wenn er eine einfache Tonsillitis bei seinem Patienten sieht, sehr vorsichtig sein muss, dass da nicht eine andere Infektion stattfindet. Wir wissen, dass in der letzten Zeit der Tonsillitis mehr Bedeutung beigelegt wird als in früheren Jahren geschehen ist. Wenigstens bin ich in meiner Praxis sehr behutsam, wenn ich auch einfache Tonsillitis erblicke, und ich erinnere mich lebhaft des kleinen Kindes eines Kollegen, wo eine einfache Tonsillitis stattfand und ich die Mutter aufmerksam machte, dass sie nicht so leicht darüber hinweggehen solle. Nach einigen Tagen stellte sich eine Lungenentzündung ein und infolge der Lungenentzündung ein Empyem, welches auf tuberkulöser Basis stattfand. Das Kind wurde operiert, das Empyem wurde bakteriologisch untersucht, und es wurden viele Tuberkelbazillen gefunden. Das Kind starb auch später, und die Autopsie hatte eine Tuberkulose der Tonsillen gezeigt. Ich glaube, dass wir mehr primäre Tuberkulose in den Mandeln finden, als Kollege D a n z i g e r erwähnt hat. Ich glaube ganz gewiss, dass wir mehr als 69 Prozent der Tuberkulose in den Tonsillen finden. Immerhin ist es der Mühe wert, den Tonsillen mehr Aufmerksamkeit zu schenken, als man es bis jetzt getan hat.

Dr. J o h n A. B e u e r m a n n: Ich habe beim Anhören des Vortrags gedacht, dass wir Herrn Dr. D a n z i g e r dafür dankbar sein sollten, dass er diese Frage hier angeregt hat. Wie Sie alle wissen, ist jetzt die Tendenz in der Wissenschaft, zu glauben, dass ein grosser Teil der tuberkulösen Infektionen nicht eine Einatemungsinfektion, sondern eine Fütterungsinfektion ist, und ich glaube gerade, dass derartige Vorträge dazu beitragen, uns etwas Licht in die Sache zu bringen. Wenn wir durch die Tonsillen eine direkte Infektion nachweisen können, so glaube ich, dass die Theorie der Ein-

atmung der Tuberkulose dadurch gestärkt wird. Meine Ansicht war die, dass die Theorie der Fütterungstuberkulose durch die letzten Untersuchungen der europäischen Aerzte mehr Halt bekommt, zwar nicht direkt eine Fütterungstuberkulose, sondern die Tuberkulose, die ihre Infektion zuerst in der Nase zeigt und nachher durch die Säfte in den Magen eintritt und von dort indirekt die Infektion der Atemwege verursacht.

Dr. E. D a n z i g e r (Schlusswort): Ich möchte zunächst eine Aeusserung von Dr. R o t t e n b e r g berichtigen. Er sagte, dass mehr als 69 Prozent der Mandeln mit primärer Tuberkulose erkrankt wären. Das habe ich nicht gesagt. Man findet in 69 Prozent sekundäre Erkrankung bei vorhergehender Lungentuberkulose.

Ich möchte noch besonderes Gewicht darauf legen, dass man bei Exstirpation der Halsdrüsen, die chronisch infiziert sind, doch sehr vorsichtig auf die Tonsillen und Rachenmandeln achten soll, weil es sonst, wie es so häufig passiert, immer wieder vorkommt, dass andere Drüsen wieder infiziert werden und sekundäre Operationen notwendig machen. Wenn man die tuberkulöse Mandeln nicht entfernt, lässt man die Ursache der Infektion zurück.

Was die Bemerkungen von Dr. B e u e r m a n n über Fütterungstuberkulose betrifft, so möchte ich nochmals darauf hinweisen, dass sowohl die allgemeine Literatur wie meine eigene Meinung dahin geht, dass in der Nase und Rachenmandeln die tuberkulöse Infektion hervorgerufen wird durch die Einatmung von Tuberkelbazillen, dass es aber bei den Gaumenmandeln sich um eine Fütterungstuberkulose handelt. Man darf unter Fütterungstuberkulose nicht nur Tuberkulose verstehen, die Läsionen im Darm, Mesenterium u. s. w. hervorruft. Der Verdauungstraktus fängt überhaupt im Hals bei den Gaumenmandeln an: dort muss man anfangen zu suchen, und wenn dort Infektionen sind, sind sie als Fütterungsinfektionen zu betrachten.

Präsident Dr. C a r l B e c k: Ich

habe Ihnen noch die angenehme Mitteilung zu machen, dass Herr Professor Killian aus Freiburg, der berühmte Erfinder der Bronchoskopie,

uns in der nächsten Sitzung im Juni mit einem Vortrag über Oesophaguskrankheiten erfreuen wird.

Hierauf tritt Vertagung ein.

Mitteilungen aus der neuesten Journalliteratur.

Th. Runck: Bromural, ein neues Nervinum.

Die lange Reihe der Schlafmittel, mit denen die neuere chemische Forschung den Arzneischatz im letzten Jahrzehnt beschenkt hat, hat nicht vermocht, die Bedürfnisse und Wünsche der Aerztekreise nach dieser Richtung hin in genügendem Umfange zu befriedigen, so aner kennenswerte Erfolge auf einzelnen Indikationsgebieten auch verzeichnet werden konnten. Bald waren es unliebsame Eigenschaften des Präparates, wie Geruch und Geschmack, die dem Kranken lästig waren, bald waren es unerwünschte Nebenwirkungen, durch die zugleich der therapeutische Erfolg beeinträchtigt oder ganz in Frage gestellt wurde. Insbesondere haben die seither empfohlenen Schlafmittel alle, die einen mehr, die anderen weniger, den Nachteil gezeigt, dass sie nicht frei sind von narkotischer Nebenwirkung, welche mit Erhöhung oder Häufung der Einzelgabe noch deutlicher zum Ausdruck kommt. Oft erzeugen sie anstatt Schlaf nur einen Zustand der Betäubung und rauschähnlicher Benommenheit, welcher von unruhigen Traumbildern und Vorstellungen bewegt, auch den gewünschten Schlafeffekt, das Gefühl der Erquickung und Erholung, vermissen lässt; an Stelle dieses Gefühls tritt ein Zustand der Eingenommenheit, der psychischen Depression, welcher den ganzen Tag hindurch nachwirken und besonders häufig bei schwächlichen und älteren Personen beobachtet werden kann.

Wie bei den Narkotizis sehen wir auch bei diesen schon länger bekannten Schlafmitteln die Gefahr der Angewöhnung gegeben. Trotz der kumulierenden Nachwirkungen reicht die

gewöhnliche Dosis nicht mehr aus und muss einer stärkeren Gabe weichen. Die toxischen Nebenwirkungen, die zuvor vielleicht nicht besonders fühlbar zum Bewusstsein kamen, lassen sich nun nicht mehr verschleiern und fühlen zu den zwar unerfreulichen aber unausbleiblichen Folgezuständen.

Man schien die narkotische Nebenwirkung als unvermeidlichen Bestandteil eines wirksamen Hypnotikums mit in den Kauf nehmen zu müssen; das mag zu verantworten und vielleicht nicht zu umgehen sein für jene Fälle, welche mit Schmerzen, mit quälenden, den Schlaf aufhebenden Symptomen verbunden sind, aber wo Schmerzsymptome nicht vorhanden sind, wo nur reine nervöse Unruhe und Reizbarkeit das einzige Hemmnis für den Eintritt eines ruhigen, normalen Schlafes bilden, wird man von der Anwendung betäubender Mittel nur zu gern absehen. Durch ihre auf toxischer Basis beruhenden Neben- und Nachwirkungen verlieren daher diese Hypnotika das Anrecht und den Vorzug, als reine Nervina, als harmlose und ungefährliche Schlafmittel gelten zu können. Diese Lücke unter den Schlafmitteln scheint nun durch den von Dr. S a a m dargestellten und unter dem Namen Bromural in den Handel gebrachten α -Bromisovalerianylharnstoff ausgefüllt worden zu sein.

R. trat den Versuchen mit Bromural auf den verschiedenen Indikationsgebieten näher, nachdem die Unschädlichkeit des Mittels durch vorausgegangene pharmakologische Prüfung dargetan worden war und er sich selbst und Personen, welche aus freien Stücken dem ungefährlichen Experimente sich unterzogen hatten, Einzelgaben von 0,3 bis zu 6,0 verabreicht hatte. Auf Grund seiner Ver-

suchsreihen kommt R. zu folgenden Schlussfolgerungen:

Die Bromuralwirkung ist nicht identisch mit der Wirkung der übrigen zur Zeit bekannten neueren Schlafmittel; sie ist vielmehr von dieser scharf abgegrenzt durch das Fehlen von narkotischen Neben- und Nachwirkungen und das Beschränktsein auf Fälle leichter, nervöser Schlafbehinderung. Bromural erzeugt in Dosen von 0,3—0,6, (in den meisten Fällen 0,6=2 Tabletten) eine einschläfernde und beruhigende Wirkung auf die Dauer von durchschnittlich 3—5 Stunden. Nach dieser Zeit erlischt seine Wirkung und tritt erst wieder hervor, wenn eine weitere Dosis gereicht wird. Stärkere Gaben haben keine stärkere oder länger dauernde Wirkung. Der Bromuralschlaf ist ähnlich dem natürlichen Schlafe, insofern er frei ist von Traumbildern, die natürliche Dauer nicht überschreitet und der Patient beim Erwachen dieselbe subjektiv klare und

frische Empfindung zeigt. Dagegen sehen wir Bromural vollständig versagen, wenn Schlafwiderstände mittleren oder schwereren Grades, wie schwere Unruhe, Husten, Reizerscheinungen, Delirien, Schmerzen, hohes Fieber, Inkompensationen aller Art, vorhanden sind. Dafür ist es frei von merkbar narkotischer Wirkung. Andererseits geben wieder jene Fälle zu denken, wo die Narkotika sich unzulänglich zeigten, dagegen das harmlosere Bromural seine Dienste anbietet und hilft. Seine Ungefährlichkeit und Bekömmlichkeit wird ihm eine ausgedehntere und umfassendere Verwendungsmöglichkeit sichern, als den übrigen modernen Schlafmitteln, welche diesen Vorzug nicht besitzen. Man wird daher in Zukunft kaum zu einem Narkotikum greifen, solange die Möglichkeit gegeben ist, dass man das gleiche mit dem harmloseren Bromural erreichen kann. (Münchener med. Wochenschr., 1907, No. 15.)

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Ueber Sajodin.* Cramer hat das Sajodin seit einigen Monaten reichlich verwendet und kann die bisherigen Beobachtungen nur bestätigen. In einem Falle von lymphatischer Leukämie bei einem 18jährigen Mädchen mit wochenlangem hohem kontinuierlichem Fieber um 39° herum, ausgebreitetem Bronchialkatarrh mit reichlichem, bräunlichem, schaumigem Auswurf sind im Laufe der Zeit hintereinander etwa 200 g (täglich 2—3) verbraucht worden, ohne dass nur eine Spur von Jodismus auftrat. Dabei sind während der Anwendung des Sojodins die leukämischen Erscheinungen zurückgegangen.

Ein anderer Patient gebrauchte seit Wochen täglich 2 g Sajodin bei Leberzirrhose mit Ascites, der nach einer Kalomelkur nach Punk-

tion nicht wiedergekehrt ist, ohne eine Spur von Jodismus.

Die Gattin eines Arztes nahm auf Cramer's Rat seit 4 Wochen wegen Schilddrüsenschwellung täglich 2 g Sajodin ohne eine Spur von Jodismus, bis auf kleine kommende und gehende Aknepusteln auf der Haut der Brust, besonders über dem Sternum. Ähnliche Fälle hat C. jetzt eine ganze Reihe erlebt. Aus ihnen ergibt sich, dass das Sajodin überaus gut und besser als die früheren Jodpräparate vertragen wird und jedenfalls keinerlei Unannehmlichkeiten im Gefolge hat, weshalb eine sorgsame Krankenpflege gerade von ihm besonderen Gebrauch machen sollte. (Zeitschrift für Krankenpflege, Nr. 7, 1906.)

New Yorker
Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der
**Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York,
Chicago, Cleveland und San Francisco.**

Redigiert von DR. A. RIPPERGER.

Bd. XIX.

NEW YORK, SEPTEMBER 1907.

No. 6.

Originalarbeiten.

Ueber die Behandlung der puerperalen Mastitis mit dem Hyperämieverfahren.*

Von Professor Dr. V. SCHMIEDEN.

(Chirurgische Universitätsklinik zu Berlin).

Meine Herren! Wenn ich heut Eines über die Bier'sche Hyperämiebehandlung vorzutragen beabsichtige, so will ich mir erlauben, ein einzelnes, spezielles Kapitel herauszugreifen, weil ich die Ueberzeugung habe, dass in diesem Kreise von deutschen Aerzten hier in New York die grossen allgemeinen Prinzipien hinreichend bekannt sind, welche der Bier'schen Lehre zu Grund liegen. Ich möchte kurz über die Hyperämiebehandlung der puerperalen Mastitis sprechen und zwar scheint mir dieses Kapitel deshalb besonders geeignet, weil es gewissermassen den Typus einer Hyperämiebehandlung darzustellen vermag; ferner, weil diese Behandlung grosse praktische Bedeutung hat, gerade für den praktischen Arzt, und weil die Durchführung des Verfahrens hierbei nicht schwer ist, sodass der Anfänger unschwer gerade hierbei seine ersten Erfahrungen sammeln kann.

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York am 3. Juni 1907.

Ich möchte zunächst mit einigen pathologischen Besprechungen beginnen: Bei einer frischen puerperalen Mastitis dringen Eitererreger, meist Staphylokokken, in die Brustdrüse ein und breiten sich im wesentlichen in dem lockeren interstitiellen Bindegewebe aus, welches sich zwischen den einzelnen Drüsenläppchen befindet. Diesem Angriff giftiger Feinde setzt der Körper schnell eine sehr lebhaft Abwehr entgegen; das Blut strömt in stark vermehrter Menge dem geschädigten Bezirke zu, es entsteht heftige schmerzhaft Rötung und Schwellung. Diese Reaktion des lebendigen Körpers auf die eingedrungene Schädlichkeit ist im Sinne Bier's nicht die Krankheit selbst, sondern die Abwehr des Körpers gegen die Krankheit und somit der wesentlichste Heilfaktor. Leider entsteht nun zwischen dieser reaktiven Entzündung einerseits und der Milchbildung in der puerperalen Brustdrüse andererseits eine unangenehme Wechselwirkung: die entzündliche Schwellung verlegt die Ausführ-

ungsgänge und verhindert die Entleerung des Drüsensekretes — diese Milchstauung wiederum wird die Produkte der Entzündung mitsamt den Bakterien durch die zunehmende Gewebsspannung in immer tiefere Gebiete hinein treiben. Trotzdem gelingt es der heilbringenden Entzündung in manchen Fällen, in einem frühen Stadium der Erkrankung über die Bakterien Herr zu werden; wir haben das vor uns, was wir das spontane Ausheilen einer Mastitis nennen, ohne dass Eiterung eintritt. Wir können diese Spontanheilung durch einen einfachen Stützverband und durch regelmässige Milchentleerung unterstützen. In einem zweiten Stadium gelingt dem Körper die Beseitigung des Feindes nicht so leicht, wenigstens nicht ohne Opfer; sobald die Bakteriengifte bereits die Nekrose von Zellen oder Geweben herbeigeführt haben, bildet der Körper den Eiter, der die Aufgabe hat, das nekrotische Gewebe von dem lebendigen zu lösen und in Gestalt eines Abszesses, der schliesslich die Haut durchbricht, alles Tote und Unbrauchbare aus dem Körper heraus zu befördern. Wir unterstützen diese Entwicklung des Leidens durch die operative Eröffnung der Abszesse. In einer dritten Gruppe von Fällen ist der Körper nicht im stande, den Feind in der Brustdrüse selbst zu vernichten; es entstehen unter einem schweren allgemeinen Krankheitsbilde metastatische Eiterungen der regionären Lymphdrüsen oder gar entfernter Körperorgane. Die Bakterien waren zu virulent oder die Reaktionsfähigkeit des Körpers zu gering; das Leiden kann unter dem Bilde der Pyämie zum Tode führen.

Was will nun eine Methode erreichen, welche im Sinne Biers die entzündliche Reaktion des Körpers steigert? Im ersten Stadium wird sie dem Körper helfen, das schädliche Agens schneller und gründlicher zu überwinden, die Bakterien zu töten, ehe noch

eine Nekrose stattfindet. Im zweiten Stadium wird sie im stande sein, die Bildung der Einschmelzung zu beschleunigen und die Entfernung der Nekrose zu bewirken; sie wird ähnlich wirken, wie ein heisses Kataplasma. Vor allem aber wird sie im stande sein, die Grenze zwischen dem ersten und zweiten Stadium in dem Sinne zu verschieben, dass viel mehr Fälle ohne Eiterung heilen als sonst. Endlich wird sie durch frühzeitiges Entfachen der eignen Kräfte des Körpers der Entstehung des dritten Stadiums vorbeugen.

Was bewirkt im Gegensatz hierzu eine Behandlung, welche die entzündliche Reaktion des Körpers unterdrücken will? Sie wird in jedem Stadium den Verlauf nur verzögern und damit den Körper der Einwirkung der Bakterien preisgeben. Sie muss unbedingt dazu führen, dass viel mehr Fälle in das zweite, eitriges Stadium übergehen.

Wer sich diesen Gedankengang zu eigen gemacht hat, der wird es verstehen, dass wir in Bier's Klinik niemals eine beginnende Zellgewebsentzündung z. B. eine beginnende Mastitis mit der Eisblase behandeln. Diese Behandlung kann nach unserer festen Ueberzeugung wohl vorübergehend eine angenehme Empfindung bewirken, etwa wie ein überkaltes Trinkwasser für den Fiebernden wohl angenehm, aber durchaus nicht nützlich ist, aber sie kann den Prozess selbst nicht günstig, sondern nur ungünstig beeinflussen; wenn unter einer Eisbehandlung eine solche akute Entzündung schwindet, so ist es nur so zu erklären, dass der Körper nicht nur mit der Infektion, sondern auch noch mit der Eisblase fertig geworden ist.

Von den hyperämisierenden Methoden, welche uns zur Steigerung der Entzündungserscheinungen zur Verfügung stehen, benützen wir bei der Mastitis ausschliesslich die Saughyperämie; diese letztere hat Prof.

Klapp an unserer Klinik besonders ausgebildet und ihre Anwendung bei der Mastitis empfohlen. Wir wenden eine grosse Saugglocke an (Demonstration) und setzen diese über die ganze Brustdrüse herüber. Die Ränder dieser Glocke sind gewölbt, damit jeder schwerzhaftige Druck vermieden wird, und sind mit Vaseline befettet, damit der Apparat luftdicht aufsitzt. Nun wird die Luft in der Glocke mit einer Saugspritze verdünnt, die Brust zieht sich in die Glocke hinein, wird lebhaft hyperämisch und entleert unter der Einwirkung der Saugkraft die in ihr stagnierende Milch aus den Milchgängen. Diese Hyperämisierung ist imstande, die entzündliche Rötung, welche bereits in der Brust vorhanden ist, lebhaft zu steigern und dadurch die Infektion in frischen Fällen oftmals geradezu zu unterdrücken, sehr viel häufiger, als das ohne die Hyperämiebehandlung möglich ist. Hierfür lassen sich klinische Beweise erbringen: noch vor kurzem wurde aus der Frauenklinik der Universität zu Erlangen berichtet, dass die Hyperämiebehandlung der Mastitis einen völligen Umschwung bedeute: während früher bei der antiphlogistischen Behandlung etwa 33 Prozent der Fälle zur Eiterung kamen, war dies nach Einführung der Hyperämiebehandlung nur noch in 6 Prozent der Fälle der Fall. Nur noch in 6 Prozent der Fälle musste die Behandlung operativ zu Ende geführt werden. Das bedeutet wohl ohne Zweifel einen ganz ungeheuren Fortschritt. Dieses auffallend günstige Ergebnis ist gleichzeitig dem Umstande zu danken, dass in der Frauenklinik die Mastitisfälle ganz frisch in Behandlung kommen.

Es muss jedoch noch Einiges über die Technik der Behandlung hinzugefügt werden: Zunächst muss man darauf achten, dass die ganze Behandlung völlig schmerzlos sei. Während wir die Luftverdünnung in der Glocke bewirken, achten wir möglichst auf

eine rote Hyperämie und fragen die Patientin jederzeit, ob kein Schmerz entsteht. Sobald lebhafter Schmerz vorhanden ist, ist die Luftverdünnung zu stark. Wir legen die Saugglocke jedesmal für 5 Minuten an und nehmen sie dann für 2 bis 3 Minuten ab, damit in dieser kurzen Pause die Hyperämie verschwinden kann. Im Ganzen dauert die tägliche Behandlung $\frac{3}{4}$ Stunden. Nicht immer gelingt es, mit diesen grossen Sauggläsern die Milch völlig zu entleeren; dann nimmt man kleinere zu Hilfe, die nur die Brustwarze umfassen.

Im Allgemeinen pflegt das erste Symptom der Besserung das baldige Nachlassen der Schmerzen zu sein. In fieberhaften Fällen pflegt vom Tage der Behandlung an das Fieber langsam zu verschwinden, manchmal ebenfalls schon nach einem Tage. Oft finden die Patientinnen schon nach dem ersten Tage wieder ruhiger Schlaf.

Während wir auf diese Weise in frischen Fällen das Leiden im Keime ersticken können, kommt es in jedem vorgeschrittenen Fall zur Eiterbildung in der Tiefe. Die Hyperämiebehandlung, welche wir in solchen Fällen ausführen, ist genau die gleiche; indessen wird sie mit stichförmigen Inzisionen der Abszesse kombiniert. Bei der Mastitis gilt also dieselbe Regel, wie sie für jede Hyperämiebehandlung zutrifft: jeder Abszess muss geöffnet werden, sobald er erkannt ist. Die Erfahrung hat gezeigt, dass wir bei gleichzeitiger Hyperämiebehandlung mit ganz kleinen stichförmigen Inzisionen auskommen; diese werden unter Chloräthylsray ausgeführt und sind kaum als eine Operation zu bezeichnen. Ihr Zweck ist es, den Eiter vollständig zu entleeren, was unter der Saugwirkung sehr vollständig und schmerzlos gelingt. Es bedarf noch der Erwähnung, dass häufig bei der starken entzündlichen Infiltration sich Abszesse nicht ganz leicht nachweisen lassen. Gerade bei der Mastitis tritt

das Symptom der Fluktuation oft erst spät, kurz vor dem Durchbruch der Abszesse, auf. Wir haben es uns daher zur Regel gemacht, hartnäckige, schmerzhaft infiltrierte im akuten Stadium der Erkrankung, die nicht unter der Hyperämiebehandlung rasch zurückgehen, alsbald mit Stichinzisionen zu eröffnen. Die sofort angelegte Saugglocke entleert dann viel Blut, mit Eiter untermischt.

Nach der jedesmaligen $\frac{3}{4}$ stündigen Saugbehandlung legt man einen Salbenverband an; dieser verhütet am besten das zu frühzeitige Verkleben der Stichöffnungen. Die ganze Hyperämiebehandlung darf nicht zu früh unterbrochen werden, damit keine Rückfälle eintreten. Auch wenn Schmerz und Eiterung verschwunden sind, wird die Saugglocke noch für etwa 8 Tage täglich, aber nur für kürzere Zeit, angelegt.

Diese äusserst schonende Behandlung bietet eine ganze Reihe wesentlicher Vorteile. Der Heilungsverlauf wird erheblich abgekürzt und ist schmerzlos, indem die Operation, die nachfolgende Tamponade und Drainage völlig fortfallen; jede Narkose ist überflüssig; fast alle Patienten können ambulant behandelt werden. Im Gegensatz zu der Behandlung mit grossen Schnitten wird hier die Tätigkeit der Brustdrüse nur sehr viel seltener unterbrochen. Sobald es die Schmerzen irgend gestatten, lässt man das Kind ruhig anlegen, nur nicht in den Fällen, bei welchen die eiternden Stichinzisionen nahe an der Brustwarze liegen. Der grösste Vorteil aber ist unbedingt darin zu erblicken, dass die Form der Brustdrüse erhalten bleibt, während diese durch die früheren, grossen, radiären Inzisionen oft in rücksichtsloser Weise zerstört wurde. Dies empfinden die Frauen mit grösster Dankbarkeit, auch wissen die Frauenärzte sehr wohl, dass solche alten Opera-

tionsnarben oftmals in einem späteren Wochenbett die natürliche Ernährung des Kindes verhindern. Es bleibt im Gegensatz hierzu bei dem Hyperämieverfahren Form und Funktion der Drüse erhalten.

Die regelmässige Anwendung der geschilderten Therapie in der Bier'schen Klinik hat uns gezeigt, dass die Patientinnen sehr bald grosses Vertrauen zu dem schonenden Verfahren gewinnen. Die Gewissheit, dass nicht sofort eine schmerzhaft Operation bevorsteht, führt sie vor allen Dingen sehr viel frühzeitiger in die sachkundige Behandlung, in einem Stadium, in welchem die Hyperämiebehandlung noch sehr viel mehr leisten kann, als später; sie warten nicht bis zum Äussersten. Sobald der Arzt daher selbst erkannt hat, wieviel er mit unserem Verfahren erreichen kann, soll er auch die Hebammen dazu erziehen, die kranken Frauen frühzeitig in die Sprechstunde zu schicken, ehe die beste Zeit verloren ist.

In Deutschland hat das Verfahren der Hyperämiebehandlung akuter Entzündungen weit über die Grenzen von Bier's Klinik hinaus lebhaften Anklang gefunden, bei Chirurgen und bei Gynäkologen. Auf dem Chirurgenkongress des verflossenen Jahres in Berlin haben sich zahlreiche Redner in diesem Sinne geäussert, unter anderen auch Herr Geheimrat Küster, der hier unter Ihnen weilte, und soeben vor Ihnen gesprochen hat. Ich selbst habe mich hier in Amerika, überall, wo ich nur hinkam, davon überzeugt, welches Interesse die neuen Ideen erregen, welche von Bier ausgehen, und besonders hier in New York ist es ja Herr Dr. W. Meyer, der am Deutschen Hospital sich schon seit vielen Jahren mit gutem Erfolge der Hyperämiebehandlung bedient.

Meine Herren! Ich bin Ihnen für Ihre freundliche Aufmerksamkeit sehr

dankbar; ich schliesse meine Ausführungen, indem ich der Ueberzeugung Ausdruck gebe, dass jeder Arzt, der

einmal sorgfältig einige Mastitisfälle mit dem neuen Verfahren behandelt hat, es nicht wieder verlassen wird.

Zur vorzeitigen Ablösung der normal sitzenden Plazenta.

Von Dr. A. HERZFELD.

(Schluss.)

Therapie.

Die Behandlung der vorzeitigen Ablösung der normal sitzenden Plazenta hat sich im Laufe der vielen Jahre seit Mauriceau und Baudelocque in ihren Prinzipien nicht geändert, auch heute noch, wie damals, ist die Beschleunigung der Geburt, die Entleerung der Gebärmutter das einzige Heilmittel.

Gibt es nun in der Behandlung der vorzeitigen Ablösung der normal inserierten Plazenta feste Regeln, wie wir dieselben in der Behandlung des Abortes oder der Placenta praevia haben, nach denen der Geburtshelfer sich richten kann? Auch die Zusammenstellung von diesen 250 Fällen hat gezeigt, dass es eine einheitliche Behandlung nicht gibt, jeder Fall muss für sich beurteilt werden und das einzige Mittel, der Blutung Herr zu werden, ist die schnelle und schonende Entbindung, nur sie allein kann das Leben der Frau retten. Die Aussichten für die Erhaltung des kindlichen Lebens sind sehr schlecht, bald nach Einsetzen der schweren Blutung geht das Kind in bei weitem den meisten Fällen an Asphyxie zu Grunde. In den letzten Jahren hat sich auch für die Kinder die Statistik etwas gebessert, was auf das schnelle Eingreifen des Geburtshelfers, auf die Fortschritte in der Therapie zurückzuführen ist.

Die rein exspektative Behandlung bei geringer oder mässiger Blutung, solange das Leben der Mutter nicht bedroht und die Geburt ihren norma-

len Verlauf nimmt, ist für die Mutter wohl die bessere, doch schlecht für das Kind.

38 Fälle endeten spontan:

	Prozent.
34 Frauen lebten	= 91
3 Frauen tot	= 8,1
1 fehlt Angabe,	
31 Kinder tot	= 81,5
7 Kinder lebten	= 18,4

In 30 Fällen wurde bei vollständig erweitertem Muttermund die künstliche Blasensprengung gemacht.

	Prozent.
Die Frauen lebten sämtlich	= 100
10 Kinder lebten	= 35,7
18 Kinder tot	= 64,3

Bei 2 Kindern fehlt Angabe.

Für stärkere lebensbedrohende Blutungen ist schon von Lérout die Scheiden- und Cervixtamponade empfohlen worden.

Die Tamponade als die einzige Behandlung wurde in 21 Fällen angewandt:

16 Frauen lebten	= 76,2 Prozent
5 Frauen tot	= 23,8 "
3 Kinder lebten	= 14,2 "
18 Kinder tot	= 85,7 "

Rigby und Lérout waren die ersten in der Anwendung der Tamponade bei der Ablösung der Plazenta, später empfiehlt John Burns (24) diese Behandlung, ebenso tamponiert Spaeth (25) bis zur vollständigen Erweiterung des Muttermundes. Spiegelberg empfiehlt die Tamponade selbst bei frühzeitig geborstener Blase. Colclough hatte 21

schwere Fälle vorzeitiger Ablösung mit Tamponade behandelt und nur einen Todesfall an Ruptura uteri, Lyle (26) in 15 schweren Fällen keinen Todesfall.

In dem Rotunda-Hospital Dublin's ist die Tamponade in allen Fällen vorzeitiger Ablösung der Plazenta, so lange die Blase noch steht, die einzige Behandlungsmethode. Nach Smyly (27) verhindert die feste Tamponade der Vagina eine weitere Blutung, sie wirkt als wehenanregendes Mittel, sie dilatiert die Portio, erhöht den intrauterinen Druck gegen die blutende Gefässe, sie unterstützt die überdehnte Uterusmuskulatur, sodass während der Tamponade die Muskelfasern sich „erholen“ und dadurch die Nachblutung in der Rotunda Dublin's zur Seltenheit geworden ist. Auf die Technik legt Smyly grossen Wert. Er tamponiert mit sterilisierten, wallnussgrossen, mit einer leicht antiseptischen Lösung angefeuchteten Wattebäuschen. Die Packung wird mit Jodoformgaze bedeckt, durch eine Perinealbandage in situ gehalten und diese wird in einer fest angelegten Abdominalbinde befestigt. Ist die Tamponade durchgeblutet, so wird dieselbe erneuert. Bei vorzeitigem Blasensprung verwirft auch Smyly die Tamponade und empfiehlt das Accouchement forcé.

Die Blasensprengung war seit ihrer Einführung in die Therapie der vorzeitigen Ablösung der normal sitzenden Plazenta eine viel diskutierte Frage. Zur Anregung der Wehentätigkeit und zur Entlastung des überdehnten Uterus empfiehlt schon Puzos die frühe Blasensprengung, „durch die Verminderung seines Inhaltes zieht sich der Uterus fest um den Fötus zusammen, drängt ihn gegen das Os uteri und verkleinert auf diese Weise die blutende Fläche. Naegele, Scanzoni, E. V. Siebold, Goodell, Ahlfeld, Olshausen-Veit empfehlen die frühe

Blasensprengung. Warren und Graefe weisen darauf hin, dass nach der Blasensprengung sofort die Wehen eingesetzt haben.

Spaecht, Hohl, Brunton, Spiegelberg warnen vor der frühen Blasensprengung, auch Winter, Königstein, Barnes, Heil, Guerin-Valmal, Guirauden (v. i.) raten davon ab.

In den Fällen von Ballantyne, Barnes, v. Gieson, Heil, Longaker, Sligh, Hickenbotham, Targett sind bald nach der vorzeitigen Blasensprengung grössere Schwierigkeiten entstanden. Lee (28) berichtet, dass es in 7 von 39 Fällen, trotz vorzeitiger Blasensprengung, in den Uterus weiter geblutet hat. De Forin (39) fand, dass von 34 vorzeitigen Blasensprengungen 21=61,7 Prozent der Frauen zu Grunde gingen. Ich hatte fast das gleiche Resultat, von 26 Fällen starben 16=61,5 Prozent. Eine genaue grössere Statistik dieser Fälle zusammenzustellen, ist schwierig, da in den meisten Fällen der Zeitpunkt der Blasensprengung nicht angegeben wurde.

Zweifellos wirkt die vorzeitige Blasensprengung als wehenanregendes Mittel, doch ist dieselbe im allgemeinen nicht empfehlenswert, da ihre Folgen für die Geburt selten günstige sind. Die Blase soll erhalten werden, bis wir den Uterus entleeren können, bis wir die Geburt in der Hand haben. Kann man den Uterus nicht sofort entleeren, so ist es unweise, einen Teil der im Uterus sich befindlichen Flüssigkeit ablaufen zu lassen, da der auf diese Weise verminderte Gegendruck eine neue Blutung in den Uterus zur Folge hat, welche das Leben der Mutter unnötiger Weise aufs Neue gefährdet. Weiter wissen wir, dass bei der Nachblutung oft nur ein einziges Koagulum die Blutung aufrecht erhält und diese erst dann steht, wenn der Uterus vollständig entleert ist.

Einen bedeutenden Fortschritt in der Beschleunigung der Entbindung, ohne die Frau allzu grosser Gefahr auszusetzen, brachte das Dilatatorium von *Bossi*. Dieses Instrument wurde im Ganzen in 5 Fällen gebraucht, in 4 Fällen von *Jolly* und in einem Falle von *Ballantyne*. *Jolly* erweiterte mit einer Modifikation dieses Instrumentes in 20—30 Minuten die noch erhaltene Portio bis auf Handtellergrösse, rettete sämtliche Frauen und 3 Kinder durch die sofort angeschlossene Wendung. In einem Falle wurde der nachfolgende Kopf perforiert. In 2 Fällen hatte *Jolly* tiefe Cervixrisse, welche er der ungenügenden Erweiterung der Cervix zur Last legt und rät, das Kind erst dann zu extrahieren, nachdem das Dilatatorium ad maximum aufgedreht ist. *Ballantyne* benutzte das *Bossi'sche* Instrument mit weniger Glück, die Mutter ging an einer Nachblutung zu Grunde, das Kind war vorher abgestorben.

Cervixinzisionen nach *Dührssen* wurden in 3 Fällen, in welchen anderweitige geburtshilfliche Operationen nötig waren, gemacht. Der Gummiballon als Erweiterungsmittel wurde vielfach der Tamponade vorgezogen, seine Wirkung ist schonend, aber langsam. *Schauta* hat mit dem Ballon in 20—30 Minuten eine vollständige Erweiterung der Portio erreicht. *Barne's* Bags wurden 16 mal angewandt, *Champétier de Ribes* 4 mal, *Hegar's* Stifte 3 mal, *Goodell's* Dilatator 1 mal, *Fieux* zieht die manuelle aller instrumentellen Erweiterung vor.

„Kristeller“ wurde 4 mal gemacht:

3 Frauen lebten,
3 Kinder tot

Squire will durch allzu kräftigen Kristeller die normal sitzende Plazenta losgelöst haben.

Wendungen wurden 53 gemacht:

26 Frauen tot = 49 Prozent
46 Kinder tot = 87 “

Zange wurde 41 mal angelegt:

18 Frauen lebten = 40 Prozent
22 Frauen tot = 53,6 “
1 Angabe fehlt.
34 Kinder tot = 89,7 Prozent
4 Kinder lebten = 10,3 “
2 fehlt Angabe.

Zange am nachfolgenden Kopf einmal.

Die grosse Mortalität der Zange und Wendung ist nicht zum wenigsten darin zu suchen, dass die Indikation dieser Eingriffe in vielen Fällen nicht genau gestellt wurde. Die hohe Zange wurde bei beweglichem Kopfe 2 mal ausgeführt mit einer Mortalität für die Mutter von 50 Prozent, für die Kinder von 100 Prozent.

Die Perforation wurde 18 mal ausgeführt mit einer Mortalität von 50 Prozent. Der nachfolgende Kopf wurde 5 mal perforiert.

Porro 4 mal, *Bajot*, *Smyly*, *Storer*, *Targett* mit keiner Mortalität für die Mutter, doch alle Kinder starben.

Der vaginale Kaiserschnitt 1 mal von *Ruehl*, No. 182. Mutter lebt, Kind todt.

Sectio caesarea 4 mal, 2 mal an der lebenden, 2 mal an der toten Frau. In dem Falle *Le Lorie's* löste sich die Plazenta während der Geburt am normalen Ende der Schwangerschaft. Die sofort ausgeführte Sectio caesarea rettete die Frau, das Kind war tot.

Kouwer operierte wegen einer schweren inneren Blutung, die Frau ging an einer Nachblutung zu Grunde.

Unentbunden starben 14 Frauen. In 5 dieser Fälle stand noch die Blase, in 5 wurde dieselbe vorzeitig gesprengt, in 3 Fällen war sie vorzeitig gesprungen. Tamponiert wurden 6 Fälle, 3 bei stehender, 3 bei geborstener Blase; diese Fälle gingen sämtlich an grossem Blutverluste zu Grunde. 3 der unentbundenen Frauen litten an Eklampsie. In 6 Fällen wurde bei der Autopsie die Plazenta im Uterus total

gelöst, im Blute schwimmend, gefunden.

In 33 von 196 Fällen stürzte die Plazenta mit Blutmassen sofort dem Kinde nach, in 77 Fällen kam sie spontan bald nach der Geburt des Kindes, 36 mal wurde Credé gemacht, in 50 Fällen wurde die Plazenta manuell entfernt und in 54 Fällen waren keine Angaben bezüglich der Plazenta gemacht. In 36 Fällen berichtete der Autor, dass die Plazenta total gelöst war, in 1 Falle wurde die Plazenta durch den gerissenen Uterus aus der Bauchhöhle entfernt. Wie bereits oben erwähnt, ist die losgelöste Plazenta in der Gebärmutter starkem Druck ausgesetzt, so dass sie bis auf die Hälfte ihrer Dicke reduziert sein kann. Dieses Phänomen wurde zuerst von Saenger genau beschrieben und wurde seither in einer ganzen Anzahl Fälle beobachtet. Baker (No. 10) behauptet, dass in dem von ihm beschriebenen Falle die Plazenta das Dreifache ihrer normalen Grösse angenommen hatte. Die Blutmenge, welche bei der Geburt der losgelösten Plazenta folgt, ist verschiedentlich geschätzt worden. So spricht der jüngere Barnes von 4 Pfund, de Forin von 6 Pfund, Jaggard von 3 Liter Blut. Hier wird wohl die Aufregung des Beobachters bei der Abschätzung der Quantitäten assistiert haben.

Nachblutungen sind bei der vorzeitigen Ablösung der normal sitzenden Plazenta häufig. In 22 Fällen war dieselbe letal, 32,4 Prozent sämtlicher Todesfälle. In mehreren Fällen wurde der Uterus ohne Erfolg tamponiert, Yarros machte erfolglos die vaginale Hysterektomie. Bei den günstigen Resultaten, welche ich bei schweren Nachblutungen mit Adrenalin erzielt habe, möchte ich dasselbe auch hier empfehlen.

Was die Behandlung im allgemeinen betrifft, so muss die Frau bei den günstigsten Anzeichen einer Blutung sofort zu Bett gebracht werden; in einer

Anzahl Fälle ist die schwere Blutung erst bei dem Urinieren, beim Stuhlgang oder im Bade eingetreten. Vielfach wurden Kochsalzinfusionen gemacht, Kelly und Harrington schreiben die Rettung ihrer Patienten der Kochsalzlösung zu.

Ergotin und seine Derivate sind vielfach gebraucht worden, doch scheint ein günstiger Einfluss des Ergotins auf die Blutung von keinem der Beobachter besonders erwähnt worden zu sein, Stimulantien sind oft nötig, am besten hypodermatisch.

Literatur.

1. F. v. Winckel, Lehrbuch der Geburtshilfe. Leipzig 1893. S. 311.
2. William Goodell, Concealed Accidental Hemorrhage Into the Gravid Uterus. Am. Journ. of Obstr., 1870. Vol. 2, p. 281-346.
3. R. Holmes, Ablatio placentae. Am. Journ. of Obstr. 1901. Vol. 44, p. 753.
4. Otto v. Weiss, Ueber vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Dieses Archiv. 1894. Bd. 46. S. 256.
5. Chévalier, Journ. de méd., chir. et pharm. Vol 21, p. 363.
6. Tarnier et Budin, Traités de l'art des accouchements. Paris 1898. Vol. 3, p. 520—521.
7. A. Olivier, Comptes rendues du 13me congrès international de méd. Paris 1900. Obstr. et gyn., p. 267.
8. Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshilfe. 1891. S. 409.
9. Fleetwood Churchill, Theory and Practice of Midwifery. Philadelphia 1866, p. 450.
10. Report of the New York Lying-in Hospital. 1896.
11. Brodhead, Medical Record. 1897. Vol. 51, p. 294.
12. Charles Robin, vid. Tarnier et Chantreuil, Traités de l'art des accouchements. Paris 1888. Vol. 1, p. 221.
13. M. Chantreuil, La France médicale. 1879, u. 305—306.
14. J. Winter, Zur Lehre von der vorzeitigen Plazentalösung bei Nephritis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1885. Bd. 11. S. 398.
15. Fehling, Ueber habituelles Absterben der Frucht bei Nierenkrankheit der Mutter. Zentralbl. f. Gyn. 1885. Bd. 9. S. 647.

16. Weatherly, British Medical Journ. 1878, p. 284. Cit. v. Ross, Scottisch Med. and Surg. Journ. 1903. Vol. 12, p. 409.

17. Livon, Marseille médical. 1905, p. 734.

18. Carl Rokitansky, Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 1861. Bd. 3. S. 545—546.

19. G. Schickele, Die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Beitr. z. Geb. u. Gyn. 1904. Bd. 8. H. 3. S. 337.

20. Ludwig Seitz, Zwei sub partu verstorbene Fälle von Eklampsie, mit vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta. Mikroskopische Befunde an Plazenta und Eihäuten. Arch. f. Gyn. 1903. Bd. 69. S. 71.

21. Gottschalk, Zur Lehre der vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Plazenta. Zentralbl. f. Gyn. 1897. No. 25. S. 819.

22. Fehring, Am. Journ. of Obstr. 1903. Vol. 48, p. 522.

23. F. Schaeffer, Ueber die Aetiologie der vorzeitigen Lösung der Plazenta bei normalem Sitz in der Gravidität. Zentralbl. f. Gyn. 1903. S. 447.

24. John Burns, Principles of Midwifery. New York 1810, p. 170.

25. Chiari, Braun und Spaeth, Klinik der Geburtshilfe u. Gyn. Erlangen 1855. S. 177.

26. Lyle, North and Durh. Med. Journ. 1899. Oktober.

27. J. W. Smyly, v. Colclough, Journ. of Obstr. and Gyn. of the British Empire. 1902. August, p. 153.

28. Lee, cit. v. Barnes, Lancet. 1881. Vol. 2, p. 1038.

Alkohol und Tuberkulose.*

VON DR. HOLITSCHER, Pirkenhammer bei Karlsbad.

Dass die zwei verheerendsten Volksseuchen der Gegenwart, Alkoholismus und Schwindsucht, in mannigfaltigster Wechselbeziehung stehen, ist eine allseitig anerkannte Tatsache; niemand leugnet den grossen Anteil, der dem Alkoholmissbrauche bei der Entstehung der Tuberkulose zufällt, wenn die Meinungen auch über die Art dieses Kausalverhältnisses noch auseinandergehen. Natürlich wird dieser Zusammenhang von den Alkoholgegnern im engeren Sinne des Wortes, in erster Linie den Abstinenten, besonders hervorgehoben und die Forderung gestellt, dass bei der Behandlung der Lungenschwindsucht alles vermieden werde, was einer Begünstigung oder Wertschätzung des Alkoholgenusses seitens der Patienten Vorschub leisten könnte, und zwar mit der Begründung, dass jede Empfehlung der geistigen Getränke bei Lungenkranken doppelt gefährlich sei; erstens durch den Schaden, den der Kranke selbst dabei

nehmen könne, zweitens aber durch den Einfluss, den die Tatsache, dass ein chronisch Kranker ärztlicherseits Alkoholika verordnet bekommt, auf die Umgebung und die Volksmeinung überhaupt ausübt. Wer darüber Erfahrungen gesammelt hat, wie sehr die allgemein verbreiteten Vorurteile über die kräftigenden, stärkenden und nährenden Eigenschaften der geistigen Getränke gerade durch die missbräuchliche Verordnung durch Aerzte erzeugt und gestützt werden, wird diese Gefahr keineswegs gering schätzen.

Ganz Hervorragendes auf dem Gebiete der ungeheuersten Ueberschätzung des Alkohols bei der Behandlung der Tuberkulose haben die Lungenheilstätten geleistet, solange sie noch von der Brehmer-Dettweiler'schen Lehre der Alkoholbehandlung beeinflusst wurden. Es ist ja bekannt, dass Kognak und schwere Weine in Görbersdorf in Strömen flossen, und dass zu dieser Zeit Potatoren in den Anstalten grossgezogen wurden, geben selbst warme Alkoholverehrer zu. Unter dem Einflusse der Antialkoholbe-

*) Prager Med. Wochenschrift. XXX., No. 11—12, 1906.

wegung haben sich die Verhältnisse ja sehr gebessert; es kann zugegeben werden, dass solche Uebertreibungen, wie sie damals auf der Tagesordnung standen, heute nicht mehr so häufig vorkommen. Trotzdem kann die Lage der Dinge die Alkoholgegner auch heute noch nicht befriedigen, die rund heraus erklären, in den Lungenheilstalten gehöre der Alkohol in die Anstaltsapotheke, nicht aber auf den Esstisch, und die ihre Angriffe immer wieder gegen jene Sanatorien richten, in denen — und das sind fast alle — diesem Grundsatz nicht entsprochen wird.

Die Verteidigung des Alkoholgebrauches in den Lungenheilstätten und die Abwehr besagter Angriffe setzt sich ein Aufsatz zum Ziele, den Hofrat Wolff, der Besitzer und ärztliche Leiter der Privatlungenheilstalt in Reiboldsgrün vor kurzem veröffentlicht hat.*) Wolff untersucht die, wie er erklärt, literarisch noch wenig bearbeitete Frage nach den Beziehungen des Alkohols zur Tuberkulose sowohl was die ätiologische Bedeutung des Alkoholismus, als auch was die Bedeutung des Alkohols als Heil-, Nahrungs- und Genussmittel während der Erkrankung betrifft, und kommt zu dem Schlusse, dass die Behauptungen der Abstinenter unbewiesen, unwissenschaftlich und übertrieben, ihre Folgerungen ungerechtfertigt seien. Wenn nun auch Wolff meine Legitimation zur Kritik kaum anerkennen wird, da er gegen mich, ebenso wie er es gegen Liebe und Legrain getau hat, den Einwand erheben wird, dass ich als Abstinent befangen und voreingenommen bin, so betrachte ich es dennoch als meine Pflicht, die Bedenken, die sich mir beim Studium dieser Arbeit aufgedrängt haben, in strengster Objektivität hier wiederzugeben.

*) „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose“. Herausgegeben von Dr. L. Brauer, Würzburg. Bd. IV. H. 3. S. 239 ff. Wolff, „Alkohol und Tuberkulose“.

Die Rolle, die der Alkohol bei der Entstehung der Schwindsucht spielt, wird von Wolff zwar anerkannt, aber auf ein möglichst geringes Mass herabgedrückt. Er lässt eigentlich nur den sozialen Einfluss des Alkoholismus bis zu einer gewissen Grenze gelten, während er die statistischen und experimentellen Beweise für den direkten Einfluss des Alkoholgenusses auf die Entstehung der Tuberkulose als nicht genügend bezeichnet.

Nun unterliegt es ja allerdings gar keinem Zweifel, dass der statistische Nachweis der ätiologischen Bedeutung eines — wenn auch noch so bedeutamen — Faktors bei einer Krankheit, deren Entstehungsursachen so mannigfaltig und verwickelt sind, wie die der Schwindsucht, ausserordentlich schwierig ist. Das Zusammentreffen grossen Alkoholmissbrauches mit hoher Schwindsuchtssterblichkeit, wie es bei einzelnen Völkern, manchen Berufskategorien festgestellt ist, genügt selbstverständlich noch nicht, um diese Bedeutung zu erhärten, da hier eine Menge anderer Umstände mitschuldig sein können. Wolff hat z. B. ganz recht, wenn er darauf hinweist, dass unregelmässiges Leben, Mangel an Schlaf und Rauchtluft an der grossen Zahl der im Wirtshausgewerbe phthisisch Erkrankten ebenso schuld tragen, wie der Alkoholmissbrauch, wenn auch seine Behauptung, dass unter den Wirtinnen Alkoholmissbrauch selten ist, den Tatsachen wohl kaum entspricht. Warum hat aber Wolff unterlassen, die für den Zusammenhang zwischen Trunksucht und Tuberkulose viel beweiskräftigere Tatsache anzuführen, dass auch beim Brauereibetriebe, bei dem die oben erwähnten Schädlichkeiten ausser dem Alkoholismus keine Rolle spielen, die Sterblichkeit an Tuberkulose eine sehr grosse ist? Nach Guttstadt betrug sie in Preussen während der Jahre 1884—1893 479.10 auf 1000 zwischen 24 und 40 Jahren Gestorbene, während die be-

treffende Zahl in bezug auf die überhaupt gestorbenen Männer dieses Alters 376.38 ist. Und doch gibt es bei den Bierbauern weder Rauchluft, noch Mangel an Schlaf, noch auch schlechte Ernährung, wohl aber sehr verbreiteten und sehr bedeutenden Alkoholmissbrauch, der hier ganz direkt als die Ursache bezeichnet werden kann. Auch in England beträgt die Sterblichkeit an Schwindsucht unter den Bierbauern 148 gegen eine Standardsterblichkeit von 100 für sämtliche Gewerbe; unter den Gasthausbediensteten steigt sie allerdings auf 257! Nach *Sendtner* starben in München zwischen 1859—88 28.9 Prozent der Brauer an Schwindsucht. Wenn diese Zahlen gewiss keinen entscheidenden Beweis zu liefern imstande sind, so darf ihre Bedeutung doch nicht unterschätzt werden.

Die von *Wolff* vermissten Tierexperimente, die den Einfluss des Alkohols auf die Tuberkulose beweisen, haben in jüngster Zeit *Achard* und *Gaillard* angestellt; auf dem jüngsten, in Paris abgehaltenen Tuberkulosekongresse, der im übrigen recht drastische Beweise dafür geliefert hat, wie die theoretisch anerkannte Alkoholbekämpfung von den Schwindsuchtsspezialisten in praxi aufgefasst wird, haben sie darüber referiert. Es wurde Meerschweinchen, die mit Tuberkelbazillen infiziert worden waren, Alkohol täglich subkutan oder per os zugeführt und ausnahmslos starben die alkoholisierten Tiere weit früher als die Kontrolltiere, und zwar die erste Gruppe (subkutan) durchschnittlich nach 63 Tagen, die zweite (per os) nach 76 Tagen, während die Kontrolltiere im Durchschnitt 174 Tage lebten. Dabei wurde bezüglich der Dosierung des Alkohols, ebenso wie bei den Experimenten in bezug auf Milzbrand, Streptokokken u. s. w., über die *Laitinen* in Budapest referierte, darauf Rücksicht genommen, dass die Verhältnisse den bei der Alkoholthera-

pie oder dem Alkoholmissbrauche beim Menschen vorkommenden Mengen entsprachen. Diese keineswegs von Abstinenteu angestellten Versuche sprechen eine ganz unzweideutige Sprache und ihnen gegenüber einzuwenden, dass das Tierexperiment „in diesem Falle“ sich schwer auf den Menschen übertragen lässt, wie es *Wolff Laitinen* und *Abbott* gegenüber tut, ist ohne Angabe von ausreichenden Gründen ganz unzulässig.

Es fehlen daher keineswegs durchaus verlässliche statistische und experimentelle Beobachtungen, die die kausale Bedeutung des Alkoholmissbrauches für die Entstehung der Schwindsucht beweisen. Die von *Wolff* zitierte Ansicht *Hammers*, nach der durch Alkoholeinfluss in tuberkulösen Organen Hyperplasie des Bindegewebes und damit Heilungsvorgänge eintreten können, wurde von keiner Seite bestätigt. Auch dem Befunde *Hammers*, dass bei Alkoholikerleichen rezente Tuberkulose selten sei, stehen ganz widersprechende Beobachtungen anderer Aerzte gegenüber; so fand *R. Weber* unter 29 Cirrhosektionen 8mal tuberkulöse Peritonitis und 10mal Phthisis pulmonum. Das spricht nicht sehr für *Hammers* Theorie! Und wie verträglich sich diese Beobachtung mit *Wolff's* Anschauung, dass Alkoholkrankungen und Tuberkulose auffallend selten zusammentreffen?

Die Verhältniszahlen, die *Wolff* bezüglich der Zahl der Alkoholisten unter seinen Anstaltspatienten mitteilt, sind ebenfalls im Widerspruche mit den von anderen Autoren veröffentlichten Ausweisen. *Liebe* fand in Loslan bei 40 Prozent ausgesprochenen Alkoholismus und bei 27 Prozent täglichen Genuss grösserer Mengen Bier, *Jaquet* bei 252 Schwindsüchtigen der Pariser Spitäler 71.4 Prozent, *Barbier*, *Rendu* und *Constan gar* 88 Prozent Alkoholisten, *Grigo-*

rieff unter 173 Phthisikern nur 23 Nichttrinker. Wenn demgegenüber unter den 199 männlichen Tuberkulösen des Arbeiterstandes in Reiboldsgrün kaum 7 Prozent Alkoholiker gewesen sein sollen, so erweckt diese Zahl Bedenken darüber, wie in diesem Falle der Begriff „Alkoholmissbrauch“ aufgefasst worden ist, denn niemand, der auch nur einige Erfahrungen gesammelt hat, wird in Abrede stellen, dass der Begriff des „mässigen Alkoholenusses“ nicht nur von den Kranken selbst, sondern auch von den Aerzten mitunter ausserordentlich weit ausgedehnt wird.

Es wird z. B. sehr wenige Nichtabstinente geben, die einen dem Mittelstande angehörigen, durchaus achtbaren, braven und soliden Familienvater und Beamten als „Alkoholiker“ bezeichnen werden, weil er jeden Abend einige Stunden im Wirtshause gesessen und 6—8, in Ausnahmefällen wohl auch 10—12 Glas Bier getrunken hat. Und doch ist bei diesem Manne seine Lebensweise mit voller Bestimmtheit als Ursache der Phthise zu bezeichnen, die ihn im Vorjahre nach Reiboldsgrün geführt hat. Ob er dort zu den „Alkoholikern“ gezählt wurde, weiss ich freilich nicht; ich glaube es aber bezweifeln zu dürfen.

Ich gebe aber zu, dass alle diese Prozentberechnungen, ob sie nun für oder gegen den Alkohol sprechen, beinahe ganz wertlos sind, solange man nicht weiss, wie viele Alkoholiker es überhaupt gibt; erst dann könnte man die Berechnung anstellen, ob die Zahl der an Phthise erkrankten Trinker grösser oder kleiner ist, als es dem Verhältnisse der Trinker zu der Gesamtbevölkerung entsprechen würde. Aber davon kann ja noch auf lange hinaus gar keine Rede sein; wird doch gegenwärtig von der offiziellen Statistik nur der bereits vollkommen entartete Schnapsäuffer als „Alkoholiker“ betrachtet. Ganz anders steht es mit den oben zitierten Zahlen der Schwindsuchtsto-

desfälle bei den Bierbauern, da sich da tatsächlich ein Vergleichsobjekt in der Gesamtheit der Bevölkerung findet.

Was Wolff über die indirekte, soziale Bedeutung des Alkoholismus für die Entstehung der Phthise sagt, entspricht im ganzen unseren Anschauungen, wenn er es auch unterlässt, die Folgerungen daraus zu ziehen und, was sehr auffällig, einen sehr wichtigen, ja wahrscheinlich wichtigsten Faktor so gut wie gar nicht erwähnt, nämlich den Einfluss des Alkoholmissbrauches auf die Nachkommenschaft. Und doch liegt in der Degeneration, die den Kindern der Trinker als trauriges Erbteil zufällt, unbedingt eine der wichtigsten Ursachen für den Mangel an Widerstandsfähigkeit gegen die Tuberkulosevergiftung, und sie gibt auch die Erklärung für die von Wolff triumphierend betonte Tatsache, dass die Schwindsucht unter den Frauen viel häufiger ist, als sie bei dem Umstande, dass die Trunksucht unter ihnen selten ist, sein dürfte, wenn die Abstinente recht hätten. Ja, wie zahlreich sind aber unter der Arbeiterbevölkerung die Fälle, in denen die Töchter von Trinkern entweder im Kindesalter oder auch als Erwachsene an Tuberkulose zu Grunde gehen! Zugegeben, dass das keine „direkte“ Alkoholkwirkung ist, sondern die anderen sozialen Schädlichkeiten, Unterernährung, Verwahrlosung u. s. w., wie sie in der Familie des Trinkers unvermeidlich sind, ebenso viel schuld tragen, wie die Keimverderbnis selbst; aber es ist doch nur Sophisma, dadurch den Alkohol exkulpieren zu wollen. Hätte der Vater nicht getrunken, dann wäre eben auch das Milieu ein anderes gewesen. Der Ausgangspunkt bleibt der Alkoholenuss.

Ob gegen die Trunksucht, die heute so verheerend wütet und die in Deutschland alljährlich über 3,000,000,000 und nicht wie Wolff (wohl ein Druckfehler?) schreibt, 300,000,000

Mark verschlingt, Abstinenz oder Mässigkeit das wirksamere Mittel ist, das zu erörtern ist hier nicht der Ort. Die Bierbrauer und Schnapsbrenner scheinen die erstere mehr zu fürchten. Denn während sie mit den Aussprüchen der Mässigkeitsvertreter Reklame machen und die Frankel'schen Gutachten sogar in Schnapsannonzen zitiert haben, bekämpfen sie die Abstinenz mit wahrem Hasse und mit dem Aufgebote aller ihnen zur Verfügung stehender Mittel.

Wenn ich mich nun der in diesem Falle wichtigeren und eigentlich zur Diskussion stehenden Frage zuwende, ob der Alkohol bei Schwindsüchtigen verwendet werden darf, so muss ich vorausschicken, dass die Bemerkung Wolff's „es sei recht wohl ein Einfluss des Alkohols auf die Schwindsuchtsentstehung denkbar, ohne dass dadurch die Möglichkeit, den Alkohol mit Nutzen bei der Behandlung Lungenkranker zu verwenden, an sich ausgeschlossen werden muss, **eine unberechtigte Forderung, die vielfach in den Schriften der Alkoholgegner sich findet**“ auf einer missverständlichen Ausdeutung dessen beruht, was wir Alkoholgegner verlangen. Es wird keinem von uns einfallen, die Verwendung des Alkohols bei der Behandlung Lungenkranker — wenn sich, was noch zu besprechen, Indikationen für sie finden, — deshalb zu verwerfen, weil der Alkohol ein Gift ist, das oft genug auch Schwindsucht verursacht. Wohl aber halten wir es für eine wohlbegründete und selbstverständliche Forderung, dass man dieses giftige und gefährliche Heilmittel nicht bei der Table d'hôte serviert, sondern gleich dem Morphium und der Belladonna in der Apotheke verwahrt, von der es nur gegen Rezept abgegeben werden darf — natürlich in Lungenheilanstalten, dem Patienten anheimgegeben wird, dann darf dagegen wohl mit Fug und Recht protestiert werden; wie dem entlassenen Phthisiker und seiner Familie,

seinem Umgangskreise daraus die Gefährlichkeit des Alkoholes klar werden soll, dass die gesammte Einwohnerschaft des Sanatoriums mittags und abends Wein und Bier getrunken hat, erscheint als unlösbares Rätsel.

Gehen wir nun aber auf die Vorteile ein, die Wolff von der Alkoholdarreichung bei Lungenkranken erwartet, so finden wir bald, dass es damit recht schwach und unsicher steht. Was Wolff über Brehmer's Theorie sagt, hat doch nur mehr historischen Wert. Der Gedanke, das Herz bei chronischen Krankheiten durch Alkohol „kräftigen“ zu wollen oder den Blutzufluss zur Lunge durch Alkohol zu steigern, ist wohl für alle Zeiten als chimärisch abgetan. Auch was Wolff mit Berufung auf Hammer und Kühn, Alexander, Jacobi und Weber sonst über die Möglichkeit der Tuberkuloseheilung durch Alkohol sagt, ist nichts wie Vermutung, Konstatierung von Möglichkeiten, für die weder irgendwelche experimentelle noch klinische Beweise existieren. Wolff empfiehlt selbst nur mit grosser Vorsicht, an die Versuche heranzugehen, die eine Wiedereinführung der Alkoholtherapie bezwecken sollen. Ob in den Anstalten auftretende Herzschwäche häufig oder selten dem Alkoholgenusse zuzuschreiben ist, ob Magenkrankungen Folge des Alkoholgenusses oder verkehrter diätetischer Massregeln sind, wird sich erst dann mit Sicherheit entscheiden lassen, wenn genügendes Material zum Vergleiche vorliegt, d. h. bis in einer grösseren Zahl gut geleiteter Lungenheilanstalten der Alkohol gänzlich ausgeschaltet sein wird.

Und nun endlich die „symptomatische“ Anwendung des Alkohols, das Hintertürchen, durch das der durch das Fiasko der Alkoholtherapie entthronte Herrscher wieder in die Lungenheilstätten eingedrungen ist und dort nach wie vor sein Zepter schwingt. Da gibt es die verschieden-

sten Symptome, die er „mit Erfolg“ bekämpft. Die Nachtschweisse, die Unbekömmlichkeit der Milch, das Fieber, die Appetitlosigkeit und endlich last, but not least, die Melancholie.

Die Bekämpfung der Nachtschweisse und des Fiebers können wir wohl aus dem Spiele lassen; die letztere ist obsolet, ich glaube nicht, dass es heute noch jemanden einfällt, die Temperatur durch Alkohol herabsetzen zu wollen. Und was die Nachtschweisse betrifft, gegen die bei manchen Phthisikern der Alkohol eine gewisse Wirksamkeit zu haben scheint, so ist nichts dagegen einzuwenden, wenn der Arzt, der dieses Mittel nicht entbehren zu können glaubt, dem Kranken jeden Abend seine Dosis Spiritus in irgend unverfänglicher Form verordnet, so gut wie er es mit Morphium oder Sulfonal auch tut. Ich für meinen Teil habe mit kaltem Salbeiaufguss immer bessere Resultate und dabei die Sicherheit gehabt, ein unschädliches Mittel zu verwenden.

Aber darauf legen ja auch die Verteidiger des Alkohols weniger Wert, die Hauptsache ist und bleibt der Appetit und die Ernährung. Man kann sagen, dass das der Angelpunkt ist, um den sich die ganze Frage dreht. Denn nur, wenn es wahr ist, dass der Alkohol die Ernährung des Phthisikers ermöglicht oder erleichtert, dass er Appetit erregt, seine Kalorien wirklich dem sonst unterernährten Fiebernden zugute kommen, lassen sich die jetzt noch in den Privatlungenheilstätten bestehenden Gebräuche, die sich in nichts von den auch sonst herrschenden Trinksitten unterscheiden, rechtfertigen.

Die Frage, ob der Alkohol Appetit macht oder nicht, wird sich selbstverständlich überhaupt nie generell beantworten lassen. Dass er die Verdauung nicht befördert, steht fest; ich verweise auf die Untersuchungen Buchner's, Gluzinski's, Kretschy's, besonders aber Ernst Meyer's,

die alle die verdauungshemmende Wirkung des Alkohols, noch mehr aber der gegohrenen Getränke, besonders des Bieres hervorheben; nur bei reiner Fettahrung hat Meyer eine Beschleunigung der Magenverdauung beobachtet. Als Stomachikum darf man den Alkohol daher sicher nicht betrachten; wenn von einer appetitanregenden Wirkung überhaupt die Rede sein kann, so ist sie eine psychische; durch seine betäubende, narkotisierende Kraft werden unangenehme Sensationen, Widerwille gegen die Speisen, trübe Gedanken verschucht; die Möglichkeit, dass der Kranke dann mehr isst, als er sonst gegessen hätte, ist zuzugeben. Aber es darf nicht vergessen werden, dass sich diese Wirkung, eben weil sie eine zentrale, psychische ist, rasch abstumpft und dass dann mit der Menge gestiegen werden muss, will man den Effekt erreichen: dass nach Beendigung der psychischen Wirkung die Reaktion eintritt und die Appetitlosigkeit erst recht gross wird und dass endlich gerade diese Seite der Alkoholwirkung, das Gehirn willig für Nahrungszufuhr zu machen, sehr rasch zur Gewohnheit und zum Bedürfnisse wird. Man kann ruhig behaupten, dass fast in allen Fällen, in denen der Alkoholgenuss den Appetit merklich hebt, die Appetitlosigkeit eine artifizielle, durch oder bei gewohnheitsmässigem Alkoholgenuss entstandene ist. Bei Abstinenz wirkt der Alkohol nicht appetitregend, was man bei Kindern sehr gut beobachten kann, die meist schon nach kleinen Mengen Bier oder Wein den Appetit für die nächste Mahlzeit verlieren.

Und nun die Ernährungsfrage! Ich muss offen gestehen, dass ich es nicht begreife, wie heutzutage ein Arzt noch an die Möglichkeit glauben kann, irgendeinen lebenden Organismus, ob gesund oder krank, mit Alkohol füttern zu können. Dabei sind mir alle Experimente, die anscheinend das Ge-

genteil beweisen, vollständig gegenwärtig, dabei erkenne ich die Autorität Rosemann's auf dem Gebiete der Stoffwechseluntersuchungen vollständig an. Aber ich habe die feste Ueberzeugung, dass diese Frage durch Stoffwechselexperimente überhaupt nicht entschieden werden kann, dass unsere grobchemischen Methoden weit entfernt sind, uns einen Einblick in die Vorgänge der Erneuerung und des Zerfalls, des Auf- und Abbaues unseres Körpers, der Zelle, des Protoplasmas zu verschaffen, dass wir nur wissen, was hineingeschafft und herausbefördert wird, von den Vorgängen, die dazwischen liegen, aber noch gar keine Vorstellung haben. Wie man glauben kann, einem Fiebernden dadurch Vorteil zu bringen, dass man ihm einen Stoff zuführt, der im Körper zu Wasser und Kohlensäure verbrannt wird, zu diesem Zwecke gierig Sauerstoff an sich reisst, wo er ihn findet, das Protoplasma der feinsten Zellen beschädigt und dann durch Haut, Lunge und Nieren wieder ausgeschieden werden muss, also dem Organismus Schaden und Arbeit bringt und sonst gar nichts, ist mir ein Rätsel. Ja, richtig, die Wärme, die Kalorien! Natürlich, weil der Fiebernde so viel Wärme abgibt, muss man ihm doch wieder Wärme zuführen, ist das nicht klar? Ist es nicht bei jedem Ofen auch so? Aber ich meine, dass es dem Körper nicht um Stoffe zu tun ist, die verbrennen, sondern um solche, die er für seinen Aufbau brauchen kann, die ihm widersetzen, was er durch Lebensprozess, Arbeit oder Krankheit verloren hat, die er sich assimilieren kann und die nicht seine Bestandteile angreifen und zerstören. Schon hat die als felsenfest betrachtete Lehre vom Stickstoffgleichgewicht, vom zum Leben notwendigen Eiweissminimum einen bedenklichen Riss bekommen; unsere ganze Ernährungstheorie wird revidiert werden und dann werden die Kalorien aufhören, Protoplasmagiften

zum Range von Nahrungsmitteln zu verhelfen.

Der von Wolff als Gewährsmann angerufene Rosemann sagt: „Wenn somit auch der Alkohol sicherlich ein Nahrungsstoff ist, so kann er doch wegen seiner giftigen Nebenwirkungen für die Ernährung des Gesunden praktisch nicht in Betracht kommen.“ Dass diese „giftigen Nebenwirkungen“ bei chronischen Kranken und besonders bei Phthisikern weniger ins Gewicht fallen sollen als bei Gesunden, ist ein Rätsel, dessen Lösung ich weder bei Wolff noch bei Rosemann finde. Der Fall steht auch ganz vereinzelt da, dass ein Stoff, der seit Jahrtausend bekannt und als **Genussmittel** geschätzt, jedoch niemals als **Nahrungsmittel** verwendet wurde, weil der Volksinstinkt schon längst herausgefunden hat, dass er keiner ist, auf Grund von Stoffwechselversuchen als solcher erklärt werden soll. Vereinzelt? Doch nicht ganz! Er gibt zwei Analogien. Die erste ist das Glycerin. Auch auf Grund von chemischen Voraussetzungen und mit Rücksicht auf den bedeutenden Kalorienwert wurde in den 70er Jahren von Lindsay das Glycerin zur Ernährung kachektischer Kranken benützt; er erzielte auch bedeutende Gewichtszunahmen. Ich frage Wolff, warum man den Phthisikern kein Glycerin mehr gibt, trotzdem es doch unzweifelhaft im Körper verbrannt wird? Der innere Grund ist der, dass Glycerin für den Organismus giftig ist und in grösseren Mengen sehr bedenkliche Folgen zeitigt — ganz wie der Alkohol. Der äussere aber der, dass die Patienten Glycerin nicht gerne nehmen, nicht daran gewöhnt sind, es in den Anstalten nicht vermissen und deshalb ihren Aufenthalt dort verkürzen und endlich, dass man nicht viel daran verdient — und dadurch unterscheidet es sich vom Alkohol.

Die zweite Analogie ist das Opium. Die indischen Aerzte behaupten, dass man die Kranken besser und leichter

ernähren könne, wenn man ihnen Opium zur Nahrung zusetze; die Nährstoffe würden dann besser ausgenützt. Ja, sie bemühen sich sogar, eine theoretische Erklärung für dieses Mirakel zu finden. Aber die Erklärung ist ganz einfach; in Indien verlangen die Kranken nach dem Opium so, wie in Europa nach dem Alkohol. Und die Aerzte stehen da und dort unter uralter Suggestion und vermögen sich vom Banne des Vorurteils nicht freizumachen.

Und wenn wir uns endlich mit dem praktischen Versuche, den Kranken mit Alkohol zu „nähren“, etwas näher befassen — was ist denn da gar so unersetzliches? 50 gr Alkohol, d. i. ein halber Liter Wein oder beinahe $1\frac{1}{2}$ Liter Bier, durchaus kein unbedeutendes Quantum, sind erst 350 Kalorien, also etwa so viel, wie 200 gr Rahm enthalten, eine verschwindend kleine Menge, die jedem Kranken mit Leichtigkeit beizubringen ist (nebenbei bemerkt, findet sich an dieser Stelle bei Wolff [S. 262, Z. 2] ein sinnstörender Druckfehler; 50 gr Alkohol sind nicht gleich 85 gr Kohlehydraten und 37.5 gr Fett, sondern 85 gr Kohlehydraten oder 37.5 gr Fett).

Zum Schlusse bleibt noch die Frage offen, ob der Alkohol in den Lungenheilanstalten nicht als Genussmittel, d. h. zur Hebung der Stimmung der meist sorgenvollen und melancholischen Kranken notwendig ist. Die Beantwortung dieser Frage ist deshalb die wichtigste, weil sie — im Sinne Wolffs bejahend entschieden — allen Missbräuchen Tür und Tor öffnet. Je mehr Alkohol, desto fidele die Stimmung; und da fidele Stimmung dem Heilungsprozesse förderlich, noch mehr Alkohol. Auf Grund dieser logischen Schlussfolgerung wird auch heute noch in den Privatlungenheilanstalten bei den gemeinsamen Tafeln mittags Wein, abends Bier getrunken, ganz so, wie in besseren Kreisen sonst üblich. „Individualisiert“ wird frei-

lich, aber nur insoferne, als Hämoptoikern das Trinken allerdings verboten, Diabetikern anstatt Bier Wein verordnet, sonst aber das Mittrinken als selbstverständliche Regel, das Nichtmittrinken ungefähr ebenso betrachtet wird, wie an der Table d'hôte eines Rheindampfers; kein Mensch sagt was, Gott behüte, aber — jeder fühlt, dass das nicht gentleman like ist.

Aber es gibt auch Anstalten, in denen man es gerade heraus sagt, in denen schwer Lungenkranken erklärt wird, sie müssten täglich so und so viel Wein trinken und warum der Wein so oft auf ihrer Rechnung fehle; wenn sie nicht hören wollten, werde man ihnen den Wein aus der Apotheke verschreiben, so dass er doppelt teuer sein werde.

In einer anderen Anstalt wird beim Scheiden eines jeden Patienten eine Sektbowl aufgesetzt und bis tief in die Nacht gezecht; in einer der bekanntesten Anstalten kam es zur Gründung eines „Sektklubs“. Ein Patient einer dritten Anstalt hatte für sich und seine Leidensgefährten an einem Abende eine Kognakrechnung von 15 Mk. Man begreift dann wohl, dass ein bekannter Berliner Professor derartige Anstalten als „Hotels ersten Ranges mit ärztlicher Bedienung“ charakterisierte. All das hier Aufgezählte rührt keineswegs aus der angeblich schon längst überwundenen Periode der Brehmer'schen Alkoholtherapie, sondern aus der jüngsten Zeit; es lässt den von Wolff zurückgewiesenen Ausspruch Liebes: „Je mehr der Arzt von der wirtschaftlichen Verwaltung abhängt, desto schwerer wird er dem (recht einträglichen) Alkoholkonsume zu steuern vermögen“ als durchaus berechtigt erscheinen.

Die Stimmung der Lungenkranken (es ist doch übrigens notorisch, dass gerade die Phthisiker ohnedies merkwürdig leichtlebig, optimistisch und wohlgelaunt sind) durch Alkohol heben zu wollen, unterliegt genau den-

selben Bedenken, wie diese ja so allgemein verbreitete Sitte, die Unlustgefühle zu betäuben, überhaupt. Am Morgen des nächsten Tages erwacht der Kranke in doppelt grauer Gemütsverfassung, die erst recht der Narkose bedarf. Es ist ein Testimonium paupertatis für jeden ärztlichen Leiter eines Sanatoriums, wenn es ihm nicht gelingt, durch andere Mittel den Mut, die Zuversicht, das Frohgefühl seiner Pflöglinge zu heben. Ebenso schlimm ist es um die Qualifikation des Arztes bestellt, wenn er es nicht versteht, den Kranken zur Abstinenz zu erziehen, ohne ihn dabei zum „Gesundheitsfexen“, wie Wolff sagt, zu machen. Es muss dies mindestens ebenso leicht möglich sein, wie ihm das Rauchen abzugewöhnen, an dem die Kranken ebenso fest zu hängen pflegen. Die „mittlere Linie zwischen Vorsicht und Leichtsin“ einzuhalten, ist für viele Menschen gerade beim Alkoholgenusse, sowie beim Gebrauche jedes narkotischen Giftes schwierig, oft unmöglich und jedenfalls nur mit Aufgebot viel grösserer Willensstärke durchführbar, als die völlige Enthaltensamkeit. Gerade die Lungenheilstalt ist der geeignete Ort, um die Kranken zu überzeugen, wie schön, angenehm und freundlich das Leben auch ohne Alkoholgenuss sein kann, wie man ohne Wein und Bier stark und kräftig wird, und dass der Verzicht auf ihn kein Opfer, kein Verlust, sondern ein Gewinn, ein Vorteil ist; freilich muss der Arzt, der Leiter, mit seinem Beispiele vorausgehen und freilich muss der Gewinn aus den geistigen Getränken aus dem Etat der Anstalt gestrichen werden.

Die von Wolff vertretene Meinung, dass nur die Volksheilstätten die Aufgabe haben, hygienisch zu erziehen, mutet um so eigentümlicher an, als nach der Statistik seiner eigenen Anstalt die Zahl der Alkoholiker unter den wohlhabenden Phthisikern um so viel grösser ist als unter den lungen-

kranken Arbeitern. Die auch von Wolff nicht in Abrede gestellte Tatsache, dass es in den Volksheilstätten keinen regelmässigen Alkoholgenuss gibt, wirft ja überhaupt seine ganze Beweisführung über den Haufen, denn der von ihm ins Treffen geführte Unterschied im Krankenmaterial (in den Volksheilstätten sind angeblich keine appetitslosen Kranken, bei denen die Ernährung Schwierigkeiten bereiten könnte) wird kaum als hinreichend anerkannt werden können. Wenn dort der Alkoholgenuss für besondere Gelegenheiten (Festtage) reserviert und nach „möglichst unschädlicher Form“ der Alkoholverabreichung gesucht wird, so erscheint dadurch die Ueberflüssigkeit, ja Gefährlichkeit des Genusses für jeden objektiven Beurteiler als vollkommen bewiesen und die jetzt noch geübte „Temperenz“ dieser Anstalten als Konzession an die Wünsche der Kranken, des Anstaltspersonales und das eigene Alkoholbedürfnis der Anstaltsleiter.)*

Den pädagogischen Grundsatz, nur Erreichbares zu erstreben, vertreten die Abstinenten und nicht die sogenannten Mässigen, wie tausendfältige Erfahrung und nicht zum mindesten die Geschichte der Alkoholdarreicherung in den Heilstätten selbst beweist. Eine Anstalt abstinent zu führen, ist sehr

*) In der grössten Lungenheilstalt Oesterreichs bekommen die Patienten der II. Klasse mittags Wasser, abends 0,3 Liter Bier: es ist ihnen gestattet, anstatt dieser Bierration eine Milchspeise zu wählen, wovan ca. 15 Prozent Gebrauch machen. In der I. Klasse gibt es mittags 0,3 Liter Wein. Dass diese minimalen Dosen irgendeine günstige Wirkung auf Appetit, Stimmung oder sonst etwas haben können, ist wohl ausgeschlossen; sie werden wohl auch fast nie schaden, trotzdem wäre es aus pädagogischen Gründen besser, sie blieben weg. Jedenfalls aber beweist dieser Usus, wie er in Alland gepflegt wird, meines Erachtens unwiderleglich, dass in den Privatheilstalten mit Alkohol Unfug getrieben wird; was dort möglich ist, muss in — auch gehen. Nebenbei bemerkt, gibt es in Alland keinen Kognak!

einfach, sobald der Leiter auf den Alkohol verzichtet und seinen Willen durchzusetzen versteht; in den angeblich „templerenzlerisch“ geführten Heilstätten kommen aber zahlreiche Fälle von ausgesprochenem Alkoholmissbrauch gar nicht selten vor, was keinen Sachverständigen wundern wird, denn Mässigkeit ist zwar individuell sehr wohl möglich, gesellschaftlich aber auf lange Zeit hinaus undenkbar. Ich kann mir sehr gut eine Nation denken, die keinen Alkohol genießt, aber ein Volk, das die Alkoholsitte angenommen hat, ohne dass ein gewisser Prozentsatz der Bevölkerung unmässig ist, hat es nie gegeben und erscheint als eine Utopie.

Wolff hat den Nachweis, dass der Alkohol als Heil-, Nahrungs- und Genussmittel notwendig oder auch nur vorteilhaft sei, nicht erbracht; noch viel weniger ist es ihm natürlich gelungen, die heute in den allermeisten Privatheilstätten übliche Sitte zu rechtfertigen, die Anstaltspatienten geistige Getränke in sehr unbestimmter Dosierung so ziemlich nach eigenem Gutdünken und in oft geradezu missbräuchlicher Menge konsumieren zu lassen. Wenn der Patient nach Hause kommt und berichtet, dass im Sanatorium fast jeder Kranke mittags eine Flasche Wein, abends 2—3 Glas Bier habe trinken „dürfen“, von oben angeführten Exzessen gar nicht zu reden, so kann wohl der „erzieherische“

Einfluss auf die weitesten Kreise nur der sein, dass die alten Vorurteile von der nährenden und stärkenden Kraft des Alkohols, von seiner Unschädlichkeit, Nützlichkeit und Unentbehrlichkeit erheblich gefestigt werden. Die guten Lehren und Warnungen, die der Pflegling neben den Erfahrungen, die er in der Anstalt gewonnen hat, mit auf den Weg bekommt, werden da wenig Wert haben.

Dass aber auch die Heilerfolge der Anstalten bessere sein werden, wenn die Widerstandsfähigkeit des Organismus, die man sich auf jede mögliche Weise zu heben bemüht, nicht durch ein sie nachgewiesenermassen herabsetzendes Gift Tag für Tag untergraben wird, ist unsere feste Überzeugung. Vor wenigen Jahren wurden jene mit Feuer und Schwert verfolgt, die an der Berechtigung der damals noch zünftlerischen Alkoholtherapie à la Görbersdorf mit einem halben Liter Kognak pro die zu zweifeln wagten. Heute wird die Unentbehrlichkeit des „mässigen“ Alkoholgenusses verkündet. Aber es ist gar nicht daran zu zweifeln, dass auch diese — schon jetzt nicht mehr in Übereinstimmung mit den Fortschritten der Wissenschaft stehende — Lehre bald zu den Toten geworfen werden und die alkoholfrei geführte Lungenheilstätte als einzig berechtigt, wahrhaft mustergiltige und hygienische, das Feld behaupten wird.

Alkohol und Tuberkulose.*

Von Dr. KAESER.

Nach dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse handelt es sich bei der Tuberkulose um eine Krankheit, die durch einen spezifischen Keim, durch den Tuberkelbazillus, hervorgerufen

wird, vorausgesetzt, dass der Mensch oder überhaupt das lebende Wesen auch erkrankungsfähig ist oder die entsprechende Anlage besitzt.

Wir müssen annehmen, dass der spezifische Same erst nach der Geburt, allerdings oft schon in der Kindheit in den Organismus eindringt, gewöhnlich aber

*) Aus dem 11. Jahresbericht der Tuberkulösenheilstätte Heiligenschwendi.

nicht sofort, sondern erst später seine Zerstörungen beginnt.

Erst dann, wenn sich eine gewisse Schwäche, eine gewisse Widerstandslosigkeit ausgebildet hat, ist dies möglich.

Diese Krankheitsanlage oder Konstitutionsschwäche kann angeboren und erworben sein.

Angeboren kann dieselbe sein, wenn die Krankheit schon bei den Eltern oder Grosseltern vorgekommen ist oder wenn bei diesen Krebskrankheiten, Alkohol- und Bleivergiftungen etc. aufgetreten sind.

Erworben wird die Anlage zur Tuberkulose durch verweichlichende Erziehung, Aufenthalt in schlechter, staubiger und rauchiger Luft, feuchten, engen Wohnungen, durch Ueberanstrengung bei ungenügender Ernährung, unregelmässigen Genuss geistiger Getränke etc.

Von diesen und andern Ursachen, wie wir sie in den letzten Jahresberichten regelmässig nach den Angaben der Kranken zusammenzustellen versuchten, wollen wir etwas näher auf den Zusammenhang von Tuberkulose und Alkohol eintreten.

Da, wo verschiedene Momente als Ursache einer Krankheit in Betracht kommen, wie es bei der Tuberkulose und namentlich bei der Lungentuberkulose ja meist der Fall, ist es selbstverständlich schwierig anzugeben, wie stark die einzelnen beteiligt sind. Es ist selten möglich, die Prozentzahl zu nennen, wo der Alkohol als alleinige, oder nur als Hauptursache für die Entstehung der Tuberkulose in Betracht kommt. Dass er aber eine grosse Rolle spielt, wird heute von keiner Seite bestritten. Der Gewohnheitstrinker wird selbst leicht tuberkulös, oder es sind seine Nachkommen gegenüber der Krankheit weniger widerstandsfähig.

Der Alkohol ist — und zwar auch in verdünnter Form — ein Protoplasma- (lebendes Eiweiss) gift. Tierische und pflanzliche Keime entwickeln sich auch

bei geringem Alkoholzusatz 1‰ — 1% , nicht oder nur unvollkommen. Er verändert die Tätigkeit der lebenden Zellen in ungünstiger Weise, er lähmt oder verlangsamt sie. Der Stoffwechsel ist träger.

Wenn der Alkohol auch teilweise verbrennt, — zum Teil wird der durch die Lungen wieder ausgeatmet und schädigt diese dabei, — so kann er doch nach genauen, neuern Untersuchungen nicht als Nahrungsmittel betrachtet werden; er kann nicht teilnehmen am Aufbau oder am Wiederersatz verbrauchter lebender Körpersubstanz.

Gewohnheitsgemässer, auch nur mässiger Gebrauch schädigt die einzelnen Zellen und Organe je nach ihrer Widerstandsfähigkeit früher oder später. Die Verdauungs- und Blutbereitungsorgane, das Herz und das Gefässsystem, das Gehirn und die Nerven werden, wenn auch nur langsam, so doch sicher krankhaft verändert.

Die Schutzstoffe gegen Bakterien und Krankheitsgifte werden zerstört; die Immunität oder Resistenzfähigkeit wird nach den zahlreichen Tierversuchen von Prof. Dr. Laitinen u. a. auch durch kleine Dosen herabgesetzt.

Das gleiche zeigt sich auch beim Menschen. Individuen, die durch schlechte Ernährung oder Alkoholgenuss geschwächt sind, erliegen bei Epidemien am schnellsten. Die Antikörper- oder Gegengiftbildung ist bei Alkoholgenuss eine verminderte.

Tatsächlich haben auch die englischen Krankenkassen für Abstinente pro Jahr und Mitglied nur 4 Krankheitstage, während auf ein Mitglied der Kassen für Mässigtrinkende 13 Krankheitstage in derselben Zeit entfallen.

Deutlich weisen auch die englischen Lebensversicherungsgesellschaften nach, dass durch Alkoholgenuss das Leben verkürzt wird. Bei der Gesellschaft Sceptre Life sind in 21 Jahren bei den Mässigen 80 Prozent der erwarteten Todesfälle eingetreten, bei den Abstinenten aber bloss 54.7 Prozent. Bei der Provident

Institution betragen die analogen Zahlen in 39 Jahren 95,2 Prozent gegen 71,7 Prozent bei den Enthaltamen.

Die sehr mässig lebenden Juden erreichen auch ein bedeutend höheres Durchschnittsalter als die in denselben Verhältnissen lebenden Christen.

Bekannt ist auch die Tatsache, dass in Basel — und in andern Städten steht es kaum besser — von den Männern, die im 40.—60. Jahre sterben, beinahe $\frac{1}{2}$ dem Alkoholismus zum Opfer fallen.

Wenn, wie schon oben bemerkt, bei akuten Epidemien Trinker besonders häufig und gefährlich erkranken, so ist das bei der Tuberkulose, dieser chronischen Epidemie, nicht weniger der Fall. Von keiner Seite wird ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Alkohol in Abrede gestellt. Viele französische und englische Aerzte führen den Alkohol sogar in erster Linie als krankmachend an. Sicherlich begünstigt er das Auftreten der Tuberkulose; er bereitet der Krankheit den Boden vor.

Indianer und Neger sollen die Zunahme der Tuberkulose hauptsächlich dem Alkoholgenuss verdanken. Die mässiglebenden Chinesen und Japaner andererseits haben bedeutend weniger unter der Tuberkulose zu leiden. Auch die mässig lebenden Juden in den schlechtesten Vierteln von London und New York werden weniger von der Tuberkulose ergriffen; die Gesamtbevölkerung der Vereinigten Staaten hat ungefähr 3 mal mehr Tuberkulosesterblichkeit als die jüdische.

Bekannt ist auch die enorme Tuberkulosensterblichkeit der Kellner und Gastwirte. Während bei den erstern eine Reihe von ungünstigen Verhältnissen mitspielen, ist das bei den letzteren weniger der Fall.

Auch andere Berufsarten, deren Vertreter viel mit der Weinflasche in Berührung kommen, wie Metzger, Kutscher, Musiker und Bierbrauer u. s. w. bezahlen der Tuberkulose einen reichlichen Tribut.

Nach Dr. L a v a r e n n e sterben

die reichen australischen Farmer, die unter den besten hygienischen Verhältnissen leben aber etwas starke Trinker sind, auffallend häufig an Tuberkulose.

Aus einer Enquête von Prof. B u n g e geht mit Deutlichkeit hervor, dass die Erkrankung an Tuberkulose durch den Alkohol befördert wird. Während bei den nicht gewohnheitsmässigen Trinkern die Tuberkulose in 4 Prozent der Fälle vorkommt, trifft es bei den gewohnheitsgemäss mässig Trinkenden schon fast 6 Prozent und bei den Unmässigen 10—14 Prozent.

Sehr schwer ist es immer, von den Patienten selbst zuverlässige Angaben über ihre eigenen Trinkgewohnheiten zu erhalten; sie geben selten zu, gewohnheitsgemäss getrunken zu haben, während sie in etwa 20—30 Prozent den Vater als Trinker bezeichnen.

Vielleicht hängt aber doch mit den Trinkgewohnheiten der Männer die auch von P h i l i p p i bestätigte Tatsache zusammen, dass bei ihnen Blutungen häufiger vorkommen. Bei 609 Entlassenen des letzten Jahres kamen zu Hause bei Männern 90 und bei Frauen 75 Blutungen vor, hier bei Männern 11 und bei Frauen 9. Es ist dabei zu bedenken, dass nur 230 Männern zur Entlassung kamen, Frauen aber 251. Wir begegnen nicht selten den Angaben, dass Blutungen nach Bier- oder Weingenuss aufgetreten und sich auch gern nach solchen wiederholen.

Auch ist der Verlauf bei Wirten und bei andern, bei denen wir erfahren, dass sie gewohnheitsgemäss relativ viel getrunken, ein ziemlich rapider; der verhängnisvolle Ausgang lässt sich selten aufhalten.

Interessant ist auch die allgemein gemachte Erfahrung, dass die Frauen bessere Dauererfolge haben. Dies ist gewiss nicht bloss darauf zurückzuführen, dass für die Männer der Kampf um's Dasein ein schwerer, sondern dass die Lebensweise der Männer na-

mentlich in Bezug auf Alkoholgenuss nicht immer eine solide ist. Dem aus der Heilstätte mit guten Vorsätzen Zurückgekehrten tritt die Verführung in verschiedener Gestalt entgegen: einmal ist es ein Arzt, der ein gutes Glas Wein gerne erlaubt, dann fällt auch die Tatsache schwer in die Wagschale, dass man im Spital und in vielen Sanatorien Wein erlaubt oder zur Hebung des Ernährungszustandes Bier verordnet. Dass es selten bei dem einen vom Arzte erlaubten Glase bleibt, lehrt die Erfahrung tausendfach. So wird uns denn nicht selten die betrübende Nachricht, der Patient würde wohl auch am Leben sein, wenn er bald nach seiner Rückkehr das unregelmässige Wirtshausleben nicht wieder angefangen hätte.

Der Alkoholgenuss schafft nicht nur beim Trinker selbst Disposition oder Anlage zur Tuberkulose, sondern auch bei seinen Kindern. Es ist bekannt, dass die Kinder von Alkoholikern sehr oft an Hirntuberkulose sterben. Aus der oben erwähnten Enquête von Prof. Bunge geht auch hervor, dass dort, wo der Vater nicht gewohnheitsgemäss trank, Tuberkulose bei den Kindern nur in 8,7 Prozent vorkommt, dort, wo er gewohnheitsgemäss mässig trinkt, in 10,7 Prozent und dort, wo er gewohnheitsgemäss unmässig trinkt, in 16,7 Prozent; Kinder von eigentlichen Säufern leiden in 21,7 Prozent an Tuberkulose.

Ein Arzt, der mir im Berichtsjahr ein 14jähriges, lungenkrankes Mädchen schickte, schreibt: Der Vater des Kindes ist seit 11 Jahren abstinent. Die Kinder, die vor dieser Zeit geboren sind, sind alle skrophulös oder tuberkulös, die spätern dagegen sind alle gesund.

Indirekt wirkt der Alkohol noch in verschiedener Weise ungünstig. Er schädigt den Organismus oder vielmehr den Stoffwechsel des Menschen auch durch Einatmen von verdorbener, staubiger und rauchiger Luft beim

stundenlangen Aufenthalt in den Kneipen. Nicht zu vergessen ist auch der Umstand, dass im Staub dieser Lokale Tuberkelbazillen sich finden (Mazza). Das ist auch leicht begreiflich, wenn man weiss, dass in den Wirtschaften auch Tuberkulöse verkehren, ihren Auswurf auf den Boden spucken und denselben im schlimmsten Falle noch austreten, sodass er schneller eintrocknet und als Staub der Luft sich beimengt.

Erwähnen möchte ich auch die Tatsache, dass mancher ehrliche Bürger im Zustande der Trunkenheit eine gesetzwidrige Handlung begeht, in's Gefängnis kommt, dort tuberkulös wird und den Keim der Krankheit auch in seine Familie trägt.

Wenn der Trinker infolge seiner eigenen Widerstandskraft nicht tuberkulös wird, so leidet seine Familie doch erheblich. Nach Tausenden zählen die Familien, die durch das beliebte Schöppeln des Vaters in Not, Sorgen und Elend geraten, die infolgedessen schlecht wohnen und sich nur ungenügend nähren können und schliesslich ein Glied nach dem andern der Tuberkulose zum Opfer fallen.

Jedes Jahr werden hier Frauen und Kinder behandelt, die die Krankheit der Trunksucht des Mannes oder Vaters verdanken.

Mit Recht meinte einmal der Verstorbene Dr. S o n d e r e g g e r: „Die Freiheit eines schlechten Hausvaters ist dem Staate heilig, das Schicksal seiner Familie aber ist ihm gleichgültig, bis sie physisch und moralisch zu Grunde gerichtet ist. Wir gestatten dem Kneipwirte und manchen kleineren Sündern, die öffentliche Ordnung, das Familienleben und den Nationalwohlstand zu untergraben, und zwingen den Staat und die Gemeinden zu unendlichen Opfern für Korrekationsanstalten des Leibes und der Seele; aber eine Wirtshausbeschränkung ist für uns undenkbar. Wir sehen gedankenlos zu, wie die Ursachen ent-

stehen und wirken; geschieht uns Unrecht, wenn die Folgen uns zermalmen?"

Drei Milliarden Mark werden jährlich in Deutschland für alkoholische Getränke nutzlos verausgabt, in der Schweiz an die 400 Millionen (Milliet) und im Kanton Bern wohl etwa 60 Millionen. Es gibt kein Land, wenn es noch so reich ist, das sich eine solche Ausgabe auf die Dauer ohne Schaden gestatten kann, ohne dass der Einzelne, die Familie und der Staat darunter leiden. Wohlstand, Gesundheit und Volkskraft werden durch den Tyrannen Alkohol unbarmherzig zerstört.

Von dieser Erkenntnis geleitet, haben die Direktionen der schweizerischen Volksheilstätten den Genuss jeglichen geistigen Getränkes untersagt.

In der Heilstätte, und das wird immer mehr betont, soll der Kranke nicht bloss bazillenfremd, widerstandsfähiger oder 4 oder 5 Kg. schwerer werden, sondern er soll in gesundheitlicher Beziehung für sich und seine Angehörigen etwas lernen. Er soll in Zukunft alle Schädlichkeiten meiden, und dazu gehört auch der Genuss des Alkohols. Die Abstinenz in der Heilstätte macht im allgemeinen keine Schwierigkeiten. Die Kranken befinden sich ohne Wein und Bier recht wohl und werden kräftig und leistungsfähig und sind auch recht munter und guter Dinge. Ich habe nie die Wahrnehmung gemacht, dass sie bei der Abstinenz, wie Wolff meint, Kopfhänger und Hypochonder werden. Dagegen haben schon viele Frauen, wenigstens die zu Hause oder im Spital verordnungsgemäss täglich Wein und Kognak geniessen mussten, ihre Freude bekundet, dass hier der Alkohol verboten ist.

Nach eingezogenen Erkundigungen wird einzig in der Genfer Heilstätte noch Wein verabfolgt; der jetzige leitende Arzt ist aber bestrebt, denselben abzuschaffen. Das Basler Sanatorium und das Glarner in Braunwald gestatten den Kranken 2—3 mal

im Jahre bei festlichen Anlässen etwas Rotwein. In Wald (Zürich), Leysin und bei uns wird vollständig abstinert. Der Alkohol kommt nach Mitteilung der Chef-Aerzte auch als Medikament nur selten zur Verwendung und dann nur vorübergehend; als Fiebermittel haben ihn die wenigsten mit Erfolg angewandt. Bei uns wird der Alkohol seit 4 Jahren nicht mehr gebraucht. Gegen die Nachtschweisse habe ich bis jetzt selten ein Medikament nötig gehabt; sie verschwinden gewöhnlich sofort ohne unser Zutun, oder dann nach Essig- und Salzwasserwaschungen. Früher habe ich oft bei Transport von Schwerkranken etwas Kognak reichen lassen; dass Resultat war gewöhnlich Uebelkeit und Erbrechen; jetzt geht dies bei etwas Tee oder Tee mit Milch viel besser.

Wenn Wolff meint, in den Volkssanatorien hätte man weniger Schwerkranke und könnte deshalb den Alkohol besser entbehren, so stimmt das wenigstens für die schweizerischen nicht, in diesen werden oft recht schwere Fälle behandelt.

Unverständlich scheint mir die Behauptung eines deutschen Heilstättenarztes, dass 1 Liter Bier täglich notwendig sei; ein anderer gibt Bier, um im Entzug des Bieres ein wirksames Disziplinarmittel zu haben.

Es wäre doch gewiss seltsam, wenn die gleiche Substanz, die bei der Aetiologie der Tuberkulose eine bedeutende Rolle spielt, d. h. die Entstehung der Krankheit zum mindesten begünstigt, bei vorhandener Affektion zur Behandlung notwendig sein sollte, um die Heilung zu beschleunigen.

Das ist denn auch nicht der Fall. Erfahrene Spezialisten, wie Turban und eine Reihe anderer, betonen, dass der Alkohol nicht notwendig sei. Wenn Breher früher für den mässigen Genuss von $\frac{1}{3}$ Liter Bier täglich eintrat, so wollte er damit das Herzkraftigen und den Eiweisserfall vermindern. Heute wissen wir aber, dass

durch längern chronischen Genuss das Herz eher geschädigt und schlaff und der Blutdruck herabgesetzt wird. Wir sehen bei Lungenkranken immer wieder, dass trotz verstärkter Herzaktion die Pulswelle eine kleine ist.

Uebrigens hat Brehmer seinen Schüler Dettweiler sehr energisch bekämpft, weil er seinen Patienten mehr Alkohol und auch als Genussmittel gewährte. Er betont ausdrücklich, dass der Alkohol ein verderbliches Genussmittel sei, und dass der stete Tropfen schliesslich doch den Stein höhlt.

Den Biergenuss verurteilte Brehmer ganz, da derselbe, auch mässig genossen, die Verdauung verlangsame oder aufhebe. Der jetzige Leiter der Brehmer'schen Anstalt (Hahn) sagt: „Jetzt hat man die schädlichen Wirkungen des Alkohols selbst für den gesunden Menschen erkannt, umso mehr muss man den geschwächten tuberkulösen Organismus davor schützen.“

Und Besold sagt in der dritten Auflage von Dettweiler's Behandlung der Lungentuberkulose in geschlossenen Heilstätten: „Der Kognak als Heilmittel hat Fiasko gemacht, er schadet gewöhnlich mehr als er nützt.“

Hüppe, der so wenig wie die vorigen etwa zu den Abstinentern gehört, sagt: „Die meisten Phthisiker vertragen keinen Alkohol; sie werden durch denselben in ihrer Ernährung tief geschädigt, und doch muss man sich zur Heilung in erster Linie an die Ernährung halten.“

Auch von den verschiedenen Verdauungsschnäpsen (Bitter etc.) ist nachgewiesen, dass sie die Verdauung ungünstig beeinflussen.

„Es ist eine verhängnisvolle Beruhigung,“ sagt Mosler, „wenn der Arzt bei Bewertung der Diät die Kalorien des Alkohols mit in Rechnung

setzt; es ist nicht möglich, eine Nahrung, die sonst für den Bedarf unzureichend, durch Zulage von noch so grossen Mengen Alkohols zu einer ausreichenden zu machen.“

Es ist im Gegenteil richtig, dass die Ausnutzung der Nahrungsstoffe durch den Alkohol verringert wird. Die Oxidation, der Stoffwechsel wird verlangsamt, und das ist kein Vorteil, sondern ein Nachteil für den Kranken. Liebermeister befürwortet gerade deshalb die Höhe für Tuberkulose, weil dort der Stoffumsatz ein erhöhter ist; wenn er vermindert oder gar aufgehoben ist, sagt er, so gewinnen die Bakterien die Oberhand.

Ungünstig ist für den Tuberkulösen auch die lähmende Wirkung der geistigen Getränke auf das Gehirn und das Nervensystem. Gerade diese Wirkung kann dem Tuberkulösen verhängnisvoll werden. Wenn das Ermüdungsgefühl, dieser Wächter und Warner, gelähmt ist, so lässt er sich zu Ueberanstrengungen und Unvorstichtigkeiten verleiten, die sich oft schwer rächen.

Was für den Tuberkulösen in der Heilstätte gilt, kommt für ihn zu Hause noch viel mehr in Betracht.

Auch opfert der tuberkulöse Arbeiter eine nicht unbeträchtliche Quote seines Einkommens dem Alkohol, schädigt dadurch seine Gesundheit, verliert Zeit, Arbeitslust und sein sauer verdientes Geld; er nährt sich und seine Familie auch schlechter und ist gezwungen, eine billigere und gesundheitswidrige Wohnung zu beziehen.

Das soziale Elend hat viele Ursachen, die zum Teil nur mit grossen Opfern zu verbessern wären, den Alkohol aber kann jeder mit grossem Vorteil von heute auf morgen meiden; es bedarf hiefür nur Einsicht und Willenskraft.

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York.

Sitzung vom 3. Juni 1907.

Präsident Dr. Carl Beck eröffnet die Sitzung gegen halb 9 Uhr mit folgenden Worten: Meine Herren Kollegen! Ich habe die grosse Freude Ihnen mitzuteilen, dass wir heute Abend drei ganz hervorragende deutsche Gelehrte unter uns haben, deren Namen uns ja schon seit vielen Jahren bekannt sind: Herrn Geheimrat Küster, dessen Werke in Bezug auf die chirurgischen Krankheiten der Brust und Krankheiten der Niere in vielen Beziehungen bahnbrechend geworden sind, dann Professor Killian, von dem Sie wissen, dass wir ihn den Vater der Bronchoskopie nennen können, dessen Assistenten Dr. Kuhlreuter, ich zugleich begrüsse, und wir haben ferner unter uns den Oberarzt Dr. Schmieden, den Vertreter des genialen Chirurgen Prof. Bier. Wenn ich aber Herrn Dr. Schmieden den Vertreter von Prof. Bier nenne, so meine ich damit nicht, dass der Herr Oberarzt nicht selbst Eigenes, Hervorragendes geleistet habe. Ich bitte zunächst Herrn Geheimrat Küster, das Wort zu ergreifen.

Die Versammlung tritt hierauf in die Tagesordnung ein:

1) **Vorträge.**

a) Geheimrat Küster: **Ueber Wanderniere.**

b) Prof. Dr. Killian: **Ueber den Mund der Speiseröhre.**

Präsident Dr. Carl Beck: Ich lasse nicht erst darüber abstimmen, ob die Herren, welche uns diese glänzenden Vorträge gehalten haben, ein Dankesvotum verdienen. Ich erlaube mir von vornherein, dieses Dankesvotum im Namen der Gesellschaft auszusprechen. Ich danke Ihnen von ganzem Herzen, meine Herren, dass Sie gekommen sind. Abgesehen von Ihren Vorträgen haben Sie uns schon durch ihre Anwesenheit eine grosse Freude bereitet. Die meisten von uns sind ja in Deutschland geboren, viele von uns

haben in Deutschland studiert. Sie, meine Herren, so vornehme Repräsentanten der deutschen Universitätslehrerschaft, bringen zugleich den lieben Erdgeruch der alten Heimat mit sich, und schon deshalb seien Sie versichert, dass Sie uns unendlich sympathisch sind.

Dann haben Sie uns durch Ihre Vorträge ausserordentlich genützt. Sie, Herr Geheimrat Küster, haben ein Thema behandelt, welches uns durchaus nicht fremd ist. Ich möchte fast sagen, dass viele von uns von der Diskussion dieses Themas geradezu erschöpft sind. Es wurde schon die grösste Befürchtung über eine längere Dauer der Diskussion über dieses Thema laut. Sie haben es aber mit bewunderungswürdiger Fassung des Moments verstanden, uns einen ganz neuen Gesichtskreis zu eröffnen. Ihnen, Herr Prof. Killian, darf ich auch nochmals speziell danken. Sie haben ein dunkles Gebiet heute abend für uns erhellt. Sie haben schon vor vielen Jahren, seit dem wir überhaupt Ihren gefeierten Namen kennen, so hell in die dunkle Gasse hineingeleuchtet, dass wir wohl sagen können, dass Sie in der ganzen Welt dankbare Patienten haben, die durch Ihr Bronchoskop gerettet worden sind. Als Chirurg habe ich ein besonderes Recht, darauf hinzuweisen. Was haben wir früher tun können, wenn ein Fremdkörper in den Bronchus gedrungen war! Es gibt Patienten, die Monate lang einen Fremdkörper hatten, und in wenigen Minuten gelang es Prof. Killian, den Fremdkörper heraus zu befördern. Herrn Oberarzt Schmieden schulden wir ebenfalls unsern herzlichsten Dank für die meisterhafte Darstellung eines genialen Verfahrens. Das Verfahren ist hier noch sehr wenig bekannt. Unserm Kollegen Dr. Willy Meyer, der ein enthusiastischer Verfehrer des Verfahrens ist, müssen wir Dank sagen, dass er sich solche Mühe

geben hat, es hier einzuführen. Ich bin überzeugt, dass durch Ihren Vortrag der Erfolg des Verfahrens erst recht gekrönt werden wird. Manche fürchten sich davor, das Verfahren anzuwenden, die Neuheit des Verfahrens hat noch viele Feinde, und erst bei näherer Bekanntschaft ist es, dass wir das angenehm finden, was wir vorher verabscheut haben.

Ich möchte Sie bitten, meine Herren Kollegen, heute Abend von einer Diskussion Abstand zu nehmen, sodass wir Gelegenheit haben, unsere Gäste gebührend zu ehren.

2) Abstimmung über den Kandidaten.

Sekretär Dr. John A. Beuermann: Es sind 41 Stimmen für den Kandidaten Dr. G. A. Friedman abgegeben worden.

Präsident Dr. Carl Beck: Ich erkläre Herrn Dr. Friedman als Mitglied der Deutschen Medizinischen Gesellschaft.

Sekretär Dr. John A. Beuermann: Der Verwaltungsrat hat in seiner letzten Sitzung beschlossen, Herrn Prof. Dr. Röntgen als Ehrenmitglied der Gesellschaft vorzuschlagen.

Hierauf Schluss und Vertagung.

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt Chicago.

Sitzung vom 3. Januar 1907.

Vorsitzender: Dr. Herzog.

Programm.

1) Dr. Holinger: Residuen im Mittelohr.

2) Dr. H. Schiller: Behandlung des Puerperalfiebers mit Streptokokkenserum.

3) Geldbewilligung für das Abonnement der „New Yorker Medizinischen Monatsschrift.“

4) Kandidat: Dr. Rembe, 100 State Str., und Dr. M. Reichmann, Schiller Building.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und nach einer kleinen Ergänzung angenommen.

Diskussion zu Dr. Holinger's Vortrag.

Dr. Josef Beck: Ausser den im interessanten Vortrag ausführlich behandelten Residuen mögen noch folgende eine Erwähnung finden:

1) Residuen nach Blutergüssen im Mittelohr infolge von Traumen oder anderen Gründen, wie Anämie, Leukämie etc. Einen Fall letzterer Art sah Dr. Beck; er teilt den genauen Trommelfellbefund mit.

2) Osteophytenbildungen nach lang dauernden Eiterungen.

3) Kalkablagerungen im Trommelfell.

4) Atrophie der ganzen Schleimhaut des Mittelohres.

Die Ursache der Trommelfellperforation im Attik ist meist eine Nekrose der Gehörknöchelchen und vielleicht nicht so sehr die von Dr. Holinger hervorgehobene langdauernde starke Einziehung des Trommelfelles bei chronischem Tubenverschluss. Größere Perforationen des Trommelfelles heilen nur mit Narben, welche sich an die Schleimhaut des Mittelohres anlegen und dadurch Funktionsstörung — Schwerhörigkeit — bedingen können. Kleine Perforationen können allerdings mit einem funktionell sehr guten Resultat heilen. Um den Heilungsprozess zu befördern, ist es empfehlenswert, die Perforationsränder mit Trichloressigsäure zu verätzen. Bei flakziden Membranen kann eine Gehörverbesserung durch Belegung derselben mit Papierchen oder durch Bestreichen derselben mit Kollodium mittels feinen Pinsels (alle 3 bis 4 Wochen) erzielt werden. Die Resultate der letztgenannten Methode sind nach Dr. B.'s Erfahrungen besser oder zum mindesten ebenso gut wie die bei Anwendung von Wattekügelchen.

Dr. Holinger dankt bestens für

die Ergänzungen zu seinem Vortrag und entgegnet folgendes:

Eine genuine Perforation der Shrapnell'schen Membran infolge von akuten oder chronischen Mittelohreiterungen ist kaum je zu sehen; sie ist vielmehr auf den Verschluss der Tuben zurückzuführen. Nekrose der Gehörknöchelchen ist naturgemäss oft mit der Perforation der Shrapnell'schen Membran verbunden, doch fragt es sich, was Ursache und was Wirkung sei. Nach *Bezold's* Auffassung ist die Perforation das Primäre, die Nekrose der Gehörknöchelchen das Sekundäre. Es ist von Wichtigkeit, die Patienten mit Trommelfellperforation auf die Gefahr aufmerksam zu machen, welche mit dem Eindringen von Wasser in die Ohren beim Waschen und Baden verknüpft ist, da das Wasser verschiedene schädliche Wirkungen hervorrufen kann, wie z. B. schwere Entzündungen, die, wie Erfahrungen gezeigt haben, binnen wenigen Tagen tödlich enden könne. Hunderte von Todesfällen, namentlich unter Kindern — ereignen sich während der Badesaison. Wahrscheinlich steht eine Reihe dieser Todesfälle mit dem plötzlichen Eindringen von kaltem Wasser beim Baden ins Ohr im Zusammenhang, auch wenn keine Perforation des Trommelfelles vorhanden ist. Die Personen werden infolge des sensiblen Reizens beim Eindringen des kalten Wassers bewusstlos und ertrinken. In Analogie zu diesen Ereignissen steht das gelegentlich beobachtete plötzliche Zusammenstürzen, die Synkope von Patienten, bei denen zu kaltes Wasser zum Ohrenausspritzen verwendet worden ist.

Besonders Badenden mit Trommelfellperforation ist es anzuraten, sich die Ohren prophylaktisch mit ölgetränkten Wattebäuschchen gut zu verstopfen. Besser ist es, statt Oel Lanolin zu benützen, da in den im Ohre zurückbleibenden Oelresten Schimmelpilze wuchern und Störungen hervorrufen können.

Der Vortrag d. H. Dr. Schiller wird wegen vorgerückter Zeit verschoben.

Geschäftliches.

Dr. *Gustav Schirmer* empfiehlt im Namen des Vorstandes das Weiterabonnement der „New Yorker Medizinischen Monatsschrift.“ Dr. *Beck* stellt den bezüglichlichen Antrag, der einstimmig angenommen wird.

Dr. *R. Rembe*, 100 State Str., und Dr. *Max Reichmann*, 406 Schiller Building, werden einstimmig zu Mitgliedern der Deutschen Medizinischen Gesellschaft ernannt.

Dr. *Herzog* reicht einen schriftlichen Antrag als Zusatz zu den Statuten mit folgendem Wortlaut ein:

Mitglieder, welche der Gesellschaft drei- oder mehr Jahre angehört haben, die Chicago dauernd verlassen, können auf Empfehlung des Vorstandes unter Zustimmung von 4/5 der anwesenden Mitglieder zu auswärtigen Mitgliedern erwählt werden. Derartige auswärtige Mitglieder zahlen keine Beiträge. Dieser Paragraph soll rückwirkende Kraft haben.

Dieser Antrag wird unterstützt; die Abstimmung soll in der nächsten Sitzung vorgenommen werden.

Sitzung vom 17. Januar 1907.

Vorsitzender: Dr. *Herzog*.

Programm.

1) Dr. *Josef Beck*: Bericht über zwei Fälle von Kleinhirnabszess mit Sektionsbefund des einen.

2) Dr. *H. Schiller*: Behandlung des Puerperalfiebers mit Streptokokkenserum.

3) Geschäftliches.

Dr. *Josef Beck* berichtet über einen Fall von rechtsseitigem Kleinhirnabszess, der nach einer lange Jahre dauernden Otorrhoe infolge von eitriger Otitis media mit Nekrose im Mittelohr aufgetreten war. Nach Operation trat Heilung ein.

Sodann demonstriert Dr. *Josef Beck* das Gehirn eines an Kleinhirnabszess verstorbenen Mannes, der bis ganz kurz vor seinem Tode keine cerebralen Symptome geboten hatte. Dieser Fall bietet einen Beitrag zum Kapitel „sudden death.“ Der Patient hatte durch viele Jahre hindurch eine Otorrhoe und litt seit 6 Wochen an Mastoiditis mit typischen Symptomen,

die sich so steigerten, dass eine Radikaloperation nötig wurde. Zehn Tage post operationem traten Kopfschmerzen auf und Patient starb völlig unerwartet, ohne irgend welche Zeichen eines Hirn-Abszesses vorher geboten zu haben. Erst die Sektion klärte die Todesursache auf. Das Operationsfeld hatte normales Aussehen. In der linken Kleinhirn-Hemisphäre fand sich ein Abszess. Da vorläufig noch keine genaueren Schnitte des Gehirnes gemacht worden sind, so lässt sich nur die Vermutung aufstellen, dass vielleicht durch die Entleerung des Abszesses in den vierten Ventrikel hinein der plötzliche, unerwartete Tod herbeigeführt worden ist. (Druck auf das Respirationszentrum.)

In der Literatur finden sich mehrere solche Fälle vor. Die Symptome des Kleinhirn-Abszesses sind oft sehr unbestimmt, die Diagnose dann schwierig. Bei gleichzeitigem Vorhandensein mehrerer Symptome, wie z. B. Brechen, Kopfschmerz, Nystagmus, Schwindel Nackenkontraktur, Pulsverlangsamung etc. ist die Diagnose leicht.

Dr. Reichmann demonstriert das Röntgenbild des Kleinhirnes einer Patientin, die wegen Atrophia nervi optici und rechtsseitiger Hemiparese zu ihm geschickt wurde, da die Differenzialdiagnose zwischen Tumor und Abszess des Kleinhirns klinisch nicht gemacht werden konnte. Die Röntgenstrahlenuntersuchung ergab einen ca. hühnereigrossen Kleinhirnabszess; derselbe soll bald operiert werden.

Dr. Holinger berichtet über einen Fall von Kleinhirn-Abszess, der unter unbestimmten Symptomen verlief und nur von Schwindel und Hinterhauptkopfschmerz begleitet war. Der Abszess wurde bei der Operation gefunden; doch starb Patient an Meningitis, die bereits zur Zeit der Operation im Gange war.

Dr. Welcker beobachtete einen Fall von Kleinhirn-Abszess bei einem 4jährigen Kinde. Es bestand einseitige Stauungspapille; sonst waren nur unbestimmte Symptome vorhanden;

es ist begreiflich, dass erst bei der Sektion die Diagnose gemacht wurde.

Dr. Carl Beck bestätigt, dass in dem von Josef Beck erwähnten Falle von „sudden death“ erst unmittelbar vor dem Exitus Symptome aufzutreten seien, nämlich plötzlich einsetzendes tiefes, sehr langsames Atmen, Cyanose und sehr kleiner Puls; binnen 20 Minuten war Patient eine Leiche, noch bevor eine klinische Diagnose gemacht werden konnte. Wahrscheinlich handelte es sich um plötzlichen Durchbruch in den vierten Ventrikel.

Bei der Operation von Gehirnsabszess ist es von Wichtigkeit, durch exakte Tamponade rings um die Stelle, an welcher der Abszess eröffnet werden soll, die Umgebung zu schützen, wie es auch im Cavum peritoneale geschieht, da sonst leicht eine Meningitis entstehen kann. In der Tat genügte in einem Falle die durch einen Troikar erzeugte Punktionswunde, um eine Verbreitung der Infektion auf die Meningen mit Exitus bewirkt zu haben. Es ist darum eine exakte periphere Tamponade zum Schutze der Umgebung von höchster Wichtigkeit.

Dr. Josef Beck: Die Diagnose des Hirnabszesses stützt sich auf das Vorhandensein einer erkennbaren Ursache, hier einer Mittelohreiterung. Meist ist der Temporosphänoidealappen der Sitz der Eiterung. Bei linksseitiger Lokalisation, nahe dem Sprachzentrum sind natürlich Sprachstörungen zu erwarten; Stauungspapille und motorische Störungen sind bei entsprechenden Sitze als unmittelbare oder als entfernte Symptome aufzufassen. Hervorgehoben zu werden verdient der starke Perkussionsschmerz über dem Abszess. Fieber muss keines bestehen; die Temperatur mag sogar subnormal sein. Oft kann die Diagnose erst bei der Sektion mit Sicherheit gemacht werden.

Diskussion zu Dr. Schiller's Vortrag.

Dr. Strauch: Streptokokkenserum wurde nicht nur bei den erwähnten Streptokokkeninfektionen des Puerperalfiebers, bei Erysipel, Phlegmonen und Septikopyämie verwendet,

sondern auch bei Skarlatina, welche ja von einigen Autoren mit einem gewissen Grade von Wahrscheinlichkeit als eine primäre Streptokokkeninfektion aufgefasst wird. Unbestritten ist die Bedeutung der Streptokokken bei den Komplikationen des Scharlachs. Die serotherapeutischen Versuche mit dem Aronson'schen und Marmorek'schen Scharlachserum hatten im grossen und ganzen negative Resultate. Erst die Einführung des Moser'schen polyvalenten Scharlachserums scheint eine Wendung in der Therapie des Scharlachs zu bezeichnen, denn die Erfolge, welche an der Escherich'schen Kinderklinik in Wien an einer bereits 200 Fälle übersteigenden Reihe erzielt wurden, lassen — nach dem Ausspruche Escherich's — keinen Zweifel übrig, dass das Moser'sche Serum eine spezifische Wirkung besitzt. Die Injektion muss möglichst früh und in grosser Dosis — 180 bis 200 Gramm des Serums — gegeben werden.

Dr. Grey hatte zu wiederholten malen bei den Sekundärinfektionen der Lungentuberkulose Streptokokkenserum angewendet. Möglicherweise wird dadurch das Leben etwas verlängert. Leider ist die Reaktion auf solche Injektionen oft sehr heftig und kann durch zwei Wochen anhalten. Dieser Umstand macht sich bei den ohnehin schon geschwächten Individuen, welche an vorgeschrittener Tuberkulose leiden, sehr unangenehm bemerkbar. Doch sind die Patienten nach Ablauf der Reaktion besser, als sie es vor den Injektionen waren. Das allgemeine hygienische Regime darf natürlich nicht vernachlässigt werden.

Dr. Harms hatte schon vor 10 Jahren das Streptokokkenserum und zwar im Früstadium der Infektion im Wochenbett verwendet, wenn die Pulsfrequenz im Vergleich zur Fiebertemperatur eine viel zu hohe war. Viele Fälle zeigten eine rasche, ganz auffallende Besserung des Befindens, weshalb das Streptokokkenserum (Parke, Davis & Co.) zu versuchen sei.

Dr. Emil Ries: Es wurde Streptokokkenserum prophylaktisch vor

septischen Uteruskarzinom-Operationen empfohlen. Dr. Ries jedoch vermeidet überhaupt eine Operation, wenn bestehendes Fieber auf eine vorhandene Infektion hinweist und wartet, bis Bettruhe etc. das Fieber zum Schwinden gebracht hat. Die Operation bei Uterus-Karzinom wird von ihm sehr radikal ausgeführt, nämlich möglichst weit entfernt vom Karzinomgewebe und dem Infektionsherd, so dass die Gefahr der Verschleppung der Bakterien dadurch bedeutend verringert wird. Dr. Ries schneidet, wenn möglich, mehrere Zoll weit entfernt, vom kranken Gewebe. Dies ist zwar nach vorn gegen die Blase zu natürlich nicht möglich, doch ist hier die Infektionsgefahr dadurch herabgesetzt, dass das übrige Gewebe des Operationsfeldes bereits versorgt ist, wenn die Ablösung von der Blase begonnen wird. Auch Dr. Ries sah Fälle von Uterus-Karzinom, die bald post operationem ein überaus schweres Bild der Allgemeinerkrankung boten. Hier wäre der Vorschlag einer Streptokokken-Seruminjektion zu erwägen.

Dr. Kolischer: Die Frage nach der Wirksamkeit des Streptokokkenserums im Puerperalfieber lässt sich nicht entscheiden, solange man das Urteil nur auf „Eindrücke“ basiert; umsoweniger, als der Begriff Puerperalfieber nicht ein bestimmter ist, sondern alle möglichen Arten der Infektion mit verschiedenen Charakteren zusammenfasst. Viele Infektionen, die heute sehr schwer zu sein scheinen und mit sehr hoher Pulsfrequenz einhergehen, können morgen spontan geheilt sein.

Der Ausdruck „Sepsis“ wird sehr missbraucht; jedenfalls müssen bei derselben Herz und Nieren affiziert sein. Die Frage nach der Serumwirkung kann nur an der Hand eines grossen Materials geprüft werden; man muss Morbiditäts- und Mortalitäts-Ziffern für eine Reihe von Jahren ohne und mit Serumbehandlung unter sonst gleichen Verhältnissen zur Verfügung haben. Dr. Kolischer übt weiterhin Kritik an den vorhandenen Statistiken der Serumtherapie des

Puerperalfiebers. Man weiss, dass die meisten Puerperalprozesse spontan heilen.

Dr. Herzog: Um Sepsis diagnostizieren zu können, muss man durch das Kulturverfahren den Nachweis erbringen, dass sich im Blute des Patienten Mikroorganismen befinden und sich hier vermehren. Schlussfolgerungen von Tierexperimenten bezüglich der Wirkung der Sera auf den Menschen müssen mit grosser Vorsicht gemacht werden. Ein Serum mag bei einer Tierspezies kurativ und prophylaktisch wirken, nicht aber bei einer anderen Tierspezies oder beim Menschen. Meerschweinchen lassen sich gar nicht, Affen etwas gegen Beulenpest immunisieren; eine Schlussfolgerung vom Meerschweinchen auf den Menschen wäre aber grundfalsch.

Sowohl aus dem Tierversuche als auch durch die klinische Beobachtungen am Menschen weiss man, dass die Serumbehandlung nicht immer indifferent ist.

Dr. Schiller: Streptokokken-serum wurde bereits in vielen hundert Fällen von Uterus Karzinom angewendet, ohne dass weitere Schädigungen ausser den bekannten temporären Nebenerscheinungen wie Fieber, Gelenkschmerzen, Exantheme, etc, die nach jedem fremdartigen Serum auftreten können, beobachtet worden sind. Empfohlen werden gegenwärtig Autoinokulationen mit Streptokokken, die aus dem Uteruskarzinom gewonnen werden, u. zw. in sehr kleinen, steigenden Dosen. Bei Lungentuberkulose mit Sekundärinfektion wäre Streptokokken-Kakzine zugleich mit Tbc-Vakzine zu versuchen.

Geschäftliches.

Der Antrag des Herrn Dr. Herzog wird nach einer Debatte in folgender Modifikation einstimmig angenommen.

Mitglieder der Deutschen Medizinischen Gesellschaft von Chicago, Ill., können bei ihrem Wegzug von Chicago mit ihrer Zustimmung im Verzeichnis als auswärtige Mitglieder aufgeführt werden, zahlen als solche keine Bei-

träge und erhalten die offiziellen Mitteilungen.

Dieser Paragraph hat rückwirkende Kraft.

Dr. Vahlteich, jr., wird einstimmig zum Mitglied der Deutschen Medizinischen Gesellschaft ernannt.

Dr. Harms stellt den Antrag, dass die Gesellschaft der freundlichen Einladung des Herrn Dr. Carl Beck zu einem klinischen Demonstrationsabend im North Chicago Hospital folge leiste. Dieser Antrag wird einstimmig angenommen.

Dr. Herzog begrüsst im Namen der Deutschen Medizinischen Gesellschaft Herrn Dr. Ries, der von seiner Reise nach Jamaika zurückgekehrt.

Dr. A. Strauch,
Schriftführer.

Sitzung vom 31. Januar 1907 im North Chicago Hospital.

Vorsitzender: Dr. Herzog.

Programm.

Dr. Carl Beck: **Fälle aus den Grenzgebieten der Chirurgie und inneren Medizin.**

Dr. Emil Beck: **Sarkoma des Carpus, Carcinoma frenuli linguae.**

Dr. Josef Beck: **Nerventransplantation bei Fazialislähmung, Nasenexenteration.**

Dr. Carl Beck demonstriert (I.) einen 31jährigen, sehr fetten, bartlosen Mann mit **Hypoplasie des äusseren Genitales**. Der Penis ist äusserst klein, ebenso der linke Hoden rechtsseitiger Kryptorchismus, spärliche Schamhaare. Im rechten Lappen der sonst vergrösserten Schilddrüse befindet sich ein harter, fibröser, schmerzhafter Tumor. Die Intelligenz des Patienten ist gering. Dr. C. B. weist auf das Zusammentreffen dieser Affektionen hin.

Dr. Doepfner teilt mit, dass er im Kanton Bern (Schweiz) zu wiederholtenmalen genitalen Infantilismus bei Myxoedem gesehen hat und hält es für wahrscheinlich, dass auch im vorliegenden Falle die Genitalveränderungen und die Beeinträchtigung der Intelligenz mit einer Erkrankung der Schilddrüse im Zusammenhang steht.

II. Fall: 55jährige Frau mit **grossem Milztumor und Anämie**. Blutbefund: 40 Prozent Hämoglobin, 3,496,000 rote, 3000 weisse Blutkörperchen. Poikilozytose und Makrozytose. Es handelt sich um eine Form der primären Splenomegalie. Die Röntgenstrahlenbehandlung scheint eine Verkleinerung der Milz herbeizuführen.

III. Fall: **Leontiasis ossea**. 37jährige Frau. Seit Jahresfrist eine allmählig zunehmende Schwellung des Oberkiefers, zuerst rechts, dann links; später Wucherungen in der Gegend beider Stirnhöcker, Entwicklung von Protuberanzen am Unterkiefer, rechts bedeutender als links, namentlich in der Nachbarschaft des Unterkieferwinkels. Der Oberkieferalveolarfortsatz zeigt eine ganz enorme Vergrößerung und schmerzlose Auftreibung von knochenharter Konsistenz. Das Röntgenstrahlenbild zeigt allgemeine Knochenzunahme und Ausfüllung des Antrum Highmori. An den Schlüsselbeinen bestehen kallusähnliche Hyperostosen. Patientin hat Trommelschlägelfinger, die im Röntgenstrahlenbild Hyperostosen und Osteoporose zeigen. Auch an den Beinen sind ähnliche Veränderungen. Patientin ist sehr schwach, kann nicht gehen, und leidet an heftigen Schmerzen in Nerven, welche durch Knochenkanäle ziehen, offenbar bedingt durch Kompression. Es ist zu erwarten dass mit der Zeit die Orbitae durch Knochenwucherungen schwinden werden. In zwei von 16 Fällen der Literatur wurden Resektionen vorgenommen. Auch im vorliegenden Fall ist Resektion in Aussicht genommen.

IV. Fall: 20jähriger Mann mit **inoperablem Mastdarmkarzinom von auffallend rapidem Wachstum**.

V. Fall: **Demonstration eines Präparates einer primären Tuberkulose der Brustdrüse** einer 22jährigen Frau. Die Brust wurde wie bei Karzinom mit Entfernung der Lymphdrüsen amputiert.

Dr. Emil Beck demonstriert folgende Fälle:

I. Fall: Eine Frau, welche durch viele Jahre hindurch eine etwas schmerzhaftige Geschwulst am linken

Handgelenk hatte. Erst in der letzten Zeit geringes Wachstum bemerkbar. Die Diagnose wurde auf **Tuberkulose des Knochens** gestellt, da das Röntgenstrahlenbild beginnende Knochenzerstörungen zeigte. Röntgenstrahlenbehandlung war ohne Erfolg, so dass vor 2 Monaten zur Operation geschritten werden musste, bei der sich einige Karpusknochen erkrankt erwiesen und entfernt wurden. Auch ein Teil des Radius musste reseziert werden.

Die mikroskopische Untersuchung des Präparates wies **Knochensarkom** nach. (Im August 1907 musste nach späterer mündliche Mitteilung wegen Rezidive die Amputation in der Mitte des Vorderarmes ausgeführt werden. Der Schriftführer.)

II. Fall: 45jähriger Mann. Im September 1906 wurde wegen **Carcinoma frenuli linguae** eine zweizeitige Radikaloperation vorgenommen. Im ersten Akt wurden beiderseits die Lymphdrüsen radikal entfernt, erst später der Zungentumor. Durch die Zweizeitigkeit soll eine Wundinfektion mit Karzinomteilchen leichter verhindert werden. (Nach späterer mündlicher Mitteilung trat ein lokales Rezidiv auf.)

Dr. Josef Beck: I. Fall: Patientin im mittleren Lebensalter. Vor vielen Jahren erkrankte dieselbe an Ohrenfluss mit einem **Abszess im Processus mastoideus**, der schliesslich eine Radikaloperation mit Entfernung eines Sequesters aus dem Temporalknochen und der Schnecke nötig machte. Trotzdem ist etwas Gehör vorhanden. Der Nervus facialis wurde zerstört. Sieben Monate später wurde der Nervus hypoglossus in den Nervus facialis implantiert; nach 4 Monaten bereits (post operationem) zeigte sich die Fähigkeit, mit dem Schluckakt die früher gelähmt gewesene Gesichtshälfte zu kontrahieren. Gegenwärtig ist auch der Augenschluss beim Schluckakt möglich, das Gesicht ist symmetrisch.

II. Fall: Einige Monate nach einem **Trauma der Nase mit Fraktur des Oberkieferknochens** wurde infolge erheblicher Nasenbeschwerden die Denker'sche Operation mit Ausräumung

des Antrum Highmori, mit Entfernung von Granulationsmassen und eines Knochensequesters vorgenommen. Eine Woche post operationem traten Erscheinungen der allgemeinen Sepsis mit entzündlichen Venenthrombosen auf, welche mehrfache Inzisionen erforderten. Die Nasenerscheinungen verschlimmerten sich bald wieder, es bildeten sich abermals Granulomassen mit Beeinträchtigung des Gehöres, so dass schliesslich vor kurzem eine Radikaloperation mit vollständiger Exenteration der Nasenhöhle ausgeführt werden musste. Es hatte sich offenbar um eine Fraktur mit Infektion und Granulombildung gehandelt.

(Einer späteren mündlichen Mitteil-

ung zufolge erlag der Patient nach mehreren Wochen einer Meningitis.)

Nach diesen Krankenvorstellungen erfolgte die Demonstration mehrerer zugehöriger Röntgenstrahlenbilder.

Dr. Gustav Schirmer feiert in einer Ansprache das Andenken Dr. Semmelweis und widmet der Deutschen Medizinischen Gesellschaft ein Bildnis der in Budapest errichteten herrlichen Statue dieses medizinischen Pfadfinders und Vorkämpfers.

Dr. Herzog nimmt das Bild in Obhut und dankt im Namen der Deutschen Medizinischen Gesellschaft.

Dr. Aug. Strauch,
Schriftführer.

Berichtigung unpassender ärztlicher Kunstausrücke.

In der Sitzung der Aertzlichen Gesellschaft von Athen am 14. April 1907, unter dem Präsidium von Dr. M. Geroulanos, stellte Dr. Kallibokas den Antrag, eine Kommission von Aerzten einzusetzen die, mit Zuziehung eines Professors der Philologie, es unternehmen sollten, die medizinische Nomenklatur zu regulieren. Nach kurzer Diskussion wurde der Antrag angenommen und die Kommission ernannt. Dieselbe ist aus folgenden Mitgliedern zusammen gesetzt: G. Manginas, Präsident; A. Rose (New York), Gabrielidis (Konstantinopel), D. Demitriadis, S. Donatas, A. Kallibokas, I. Karabias, I. Kindenes, D. Kokkotes, G. Kosmetatos, A. Kouzes, K. Lampros (Kairo), K. Louros, M. Mankakes, K. Melissionos, K. Mermenkas, T. Mitantes, A. Morelas, I. Bistes, M. Oikonomakes, P. Pampoukes, I. Papatheodorou, S. Papatoteriou, B. Patrikiou, N. Petsales, M. Sakorrhaphos, Th. Skases, Dem. Soteriadiou, B. Touphaxes, G. Trochanes, A. Tselios, I. Phoustanos, An. Christides (Konstantinopel) und S. Chomatios.

In neuerer Zeit haben Aerzte des

westlichen Europas und Amerikas neue Namen für die durch neue Forschungen, Entdeckungen und Erfindungen geschaffenen Begriffe in die wissenschaftliche Medizin eingeführt. Die neuen Benennungen sind meist der griechischen Sprache entnommen, die meisten derselben aber unrichtig gebildet oder unrichtig gewählt. Aus diesem Grunde wurde die Einsetzung einer Kommission, wie diese der Aertzlichen Gesellschaft von Athen, die unrichtigen Benennungen zu sammeln und richtige Definitionen an deren Stelle zu geben, zur Notwendigkeit. Eine Zusammenstellung aller medizinischen Namen, die endgültig als richtig festgestellt sind, wird in Zukunft der Verwirrung, welche in der medizinischen Onomatologie bestanden hat und noch besteht, ein Ziel setzen.

Als Beispiel wählen wir das Wort Phagocyt, für welches von Manchen Phagocytosis, von Anderen Phagocytarosis und wieder von Anderen Cytarophagia gebraucht wird.

Die Kommission wird den passendsten von solchen Namen auswählen, damit derselbe, um Verwirrung abzuschaffen, in Zukunft von allen Autoren gebraucht werde, auch wird sich die Kommission besonders bemühen, solche Benennungen vorzuschlagen, die

so viel als möglich die mit demselben verbundene Meinung klar ausdrücken.

Folgendes ist der Wortlaut eines Briefes der an jedes Mitglied der Kommission geschickt worden ist:

Die Medizinische Gesellschaft von Athen,

(Nummer des Protokolls 281.)

Athen, den 8./21. Mai, 1907.

Geehrter Herr Kollege! Die Medizinische Gesellschaft von Athen wünscht mit all ihren Kräften die Bildung eines Systems klassisch-griechisch-medizinischer Nomenklatur zu fördern. Dieses System soll den Männern der Wissenschaft, welche hauptsächlich die griechische Sprache für wissenschaftliche Benennungen gebrauchen, dienen. Es wurde ein Komitee unter dem Vorsitz von Professor S. Mangina ernannt, um klassisch-

griechische Definitionen als Ersatz für neu in die medizinische Literatur Griechenlands und anderer Länder eingeführte unregelmässige Benennungen zu sammeln.

In Anbetracht der gewichtigen Arbeiten, die von Ihnen über diesen Gegenstand veröffentlicht worden sind, hat die Medizinische Gesellschaft von Athen einstimmig beschlossen, Sie zu einem Mitglied dieses Komitees zu erwählen.

Indem wir Sie von dieser Wahl in Kenntnis setzen, bitten wir Sie dieselbe anzunehmen und dem Sekretär des Komitees, Herrn Dr. Arist. Kouze, 43 Boulestrasse, Ihre Vorschläge über den Gegenstand einzureichen.

Mit unserer Aller Hochachtung,
der Präsident M. Geroulanos.

S. A. Dontas, Sekretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Digalen und dessen Anwendung in Form von intravenösen Injektionen.* Pesci hebt auf Grund seiner Versuche hervor, dass das Digalen gegenüber ähnlichen Präparaten und der Digitalis selbst den Vorteil bietet,

dass es genau dosierbar ist und dadurch Uebelstände und Gefahren verhütet, sowie die Wirkung sichert. Der grösste und indiskutierbare Vorzug des Digalens aber besteht darin, dass dieses Mittel sich am besten zu intravenösen Injektionen eignet, und dass diese Wahl der Einfuhrform zur Notwendigkeit wird in dringenden Fällen und häufig bei Intoleranz des Magens gegen die Digitalis. — Durch die intravenöse Injektion ist die Wirkung stets eine sichere, prompte und erfolgreiche, was bei den unsicheren, oft toxischen, galenischen Präparaten nicht der Fall ist, welch' letzteren keine Wirkung entfaltet, wo das Digalen gleichfalls versagte. Für spezielle Fälle, wo Schwierigkeiten für die intravenöse Injektion bestehen, kann man das Digalen, obwohl nicht mit so grossem Erfolg, in Form von intramuskulären Injektionen verabreichen.

Um eine tonische Wirkung auf das Herz zu erreichen, genügt es, 2—3 ccm. Digalen per os täglich zu verabreichen; man wird

dann nach und nach diese Dosis vermindern und mit dem Mittel am vierten bis fünften Tage aussetzen. Bei geschwundener Kompensation in Fällen von chronischer Myocarditis, von Mitralfehlern und von plötzlicher Insuffizienz des Herzmuskels wegen Perikarditis oder im Verlaufe von Infektionskrankheiten muss man das Digalen intravenös in Dosen von 3—5 ccm. auf einmal am Morgen injizieren; diese Dosis wird nach Bedarf im Laufe des Tages wiederholt, alsdann progressiv verringert oder das Mittel wird ganz ausgesetzt, je nach dem Verhalten des einzelnen Falles und je nach den erreichten Resultaten. Aus den von ihm beobachteten Fällen schliesst Verfasser, dass die Digitalis und noch mehr das Digalen ihre Indikation bei den arteriellen Herzerkrankungen (auch mit erhöhtem Blutdruck) finden, wenn die Kompensationsstörungen mit einem deutlichen Diastolismus vergesellschaftet sind.

Das Digalen ist also ein wertvolles Präparat, welches in vielen Fällen der Digitalis vorzuziehen ist, und das jeder Arzt in Vorrat haben sollte, um es intra venam in den Fällen zu verabreichen, wo die Digitalis ihre Wirkung versagt, oder wo sie nicht angewendet werden kann. (Zentralblatt für innere Medizin, Nr. 44, 1905.)

New Yorker
Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der

**Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York,
Chicago, Cleveland und San Francisco.**

Redigiert von DR. A. RIPPERGER.

Bd. XIX.

NEW YORK, OKTOBER, 1907.

No. 7.

Originalarbeiten.

Moderne Methoden in der medizinischen Behandlung der Magenkrankheiten.*

Von Dr. A. ROSE.

Eine rationelle Therapie der Magenkrankheiten setzt eine präzise Diagnose voraus. Zur präzisen Diagnose gehört auch bei Magenkrankheiten die Berücksichtigung der allgemeinen Verhältnisse, des Zustandes des Zirkulationsapparates, des Respirationsapparates und des Nervensystems. Das ist nichts Neues, aber die Deutung gewisser mechanischer Veränderungen, die die Ursache von motorischen und sekretorischen Störungen der Magenfunktion sein können, das ist ein Fortschritt der allerneuesten Zeit; neu ist auch, dass man seit dem Bekanntwerden der Pawlow'schen Experimente grössere Berücksichtigung dem Nerven einfluss auf sekretorische Magenstörungen zuschreibt.

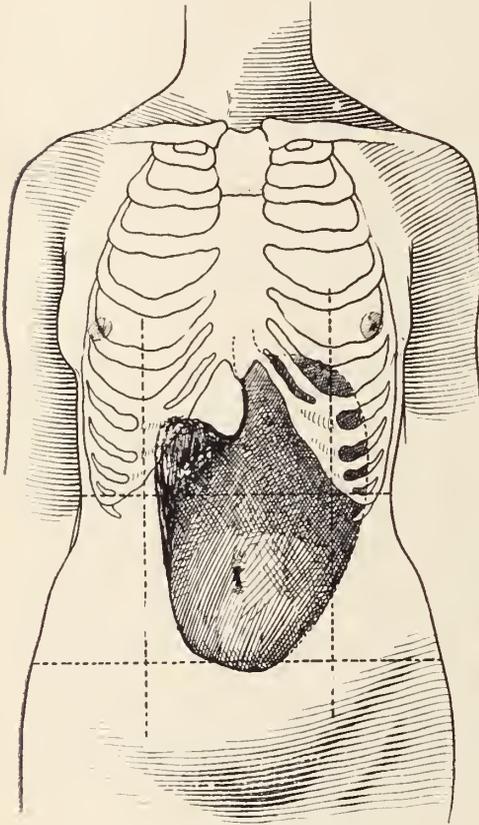
Physikalische und diätetische Behandlungsmethoden sind, wie in der Therapie überhaupt, so auch bei Behandlung der Magen- und Darmerkrankungen in neuerer Zeit mehr und mehr zur Geltung gekommen. In Deutschland besteht eine Gesellschaft von Aerzten, um die Interes-

sen der physiko-diätetischen Therapie zu fördern, sie gibt ein eigenes Organ heraus, von dem jetzt der neunte Jahrgang erscheint. Die bittersten Feinde dieser Gesellschaft — und jeder Schritt in fortschrittlicher Richtung in der Wissenschaft ist ein Kampf gegen Misokainie — müssen zugestehen, dass die Erfolge der neuen physiko-diätetischen Methode glänzende sind. In allerjüngster Zeit ist wieder eine Zeitschrift für physikalische Medizin gegründet worden, deren Herausgeber die bedeutendsten Kliniken Deutschlands sind. Vom 13.—16. Oktober tagte in Rom der Kongress für physikalische Therapie.

Physiologisch-chemische Exploration durch Sondierung des Magens und Untersuchung des Mageninhalts ist selbstverständlich in den meisten Fällen unerlässlich, aber die eine zeitlang gegoltene Uebertreibung, dass keine Diagnose und keine rationelle Therapie ohne die Untersuchung des Mageninhaltes möglich, ist überwunden, und dasselbe gilt von den Magenauswaschungen. Es ist nicht sehr lange her, dass in allen denkbaren Fällen von Magenstörungen diese Auswaschungen vorgenommen wurden und dass diese

*) Nach einem Vortrag, gehalten vor der Deutschen medizinischen Gesellschaft der Stadt New York am 7. Oktober 1907.

Prozedur für manche Aerzte das tägliche Brod bedeutete. Hier und da trifft man noch einen Patienten, der sich rühmen kann, dass er es verstanden, seinen eigenen Magen täglich auszuwaschen. Jetzt hat man die Indikationen für das Verfahren genau festgestellt, man weiss, wo es angezeigt, wo es überflüssig, und wo es schädlich ist.



I.

MAGEN DILATATION.

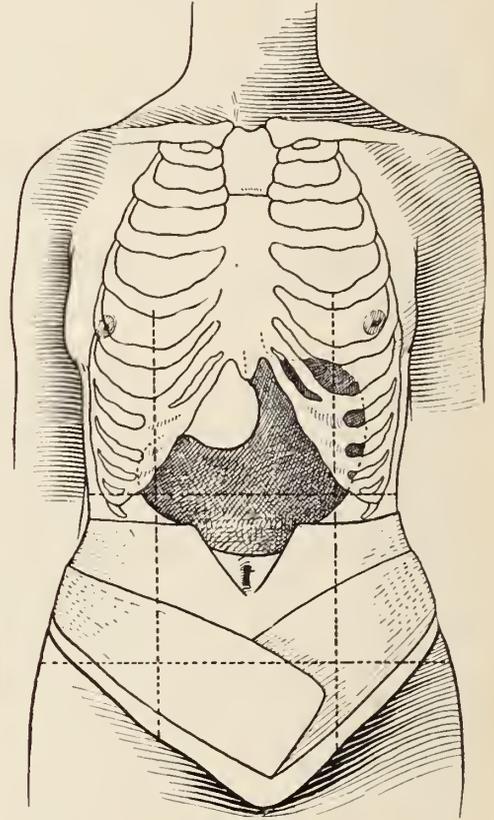
Durchleuchtet mit Kemp's Circumscribing Gastro-Diaphan und Fluoreszin vor Anlegung des Rose'schen Verbandes.

Wie bei jeder Krankheitsfeststellung beginnt die Untersuchung mit der Anamnese. Dieser folgt die Lokalgeschichte, und für die Erforschung der letzteren findet sich ein Schema in jedem Lehrbuch.

Nach der Anamnese folgt die eigent-

liche Magenuntersuchung, beginnend mit der Inspektion, die besonders Kollege Knapp zu hoher Vollendung ausgebildet hat.

Dann folgt die Palpation, um Schmerz und Druckempfindlichkeit festzustellen. Das Ende der Palpation bildet die Feststellung, ob ein Plätschergeräusch vorhanden, welcher Art es ist, und von wel-



II.

MAGEN DILATATION.

Derselbe Kranke. Durchleuchtung in gleicher Weise nach Anlegung des Rose'schen Verbandes.

Genauere Messung ergibt, dass der Magen gehoben und die untere Grenze desselben 4 Zoll höher ist, als ehe der Verband angelegt war. Die untere Magengrenze findet sich jetzt oberhalb des Nabels.

cher Bedeutung es in dem besondern Fall sein kann.

Mittelst Perkussion des Magens lassen sich die Ausdehnung und die untere Grenze des Organs erkennen.

Schliesslich kann der Perkussion noch die Auskultation folgen, um die von Meltzer entdeckten und beschriebenen Geräusche zu bestimmen.

Nach der physikalischen Untersuchung folgt die physikalisch-chemische Exploration des Mageninhaltes.

Bei der Behandlung der Erkrankungen des Digestionstraktes spielt selbstverständlich die Diät die erste Rolle; bei zwei Erkrankungen, der Hyperchlorhydria und der Achylia gastrica ist man oft einzig auf diätetische Behandlung angewiesen, wie dies für die erstere I l l o w a y und für die letztere E i n h o r n in unübertrefflicher Weise angegeben haben. Die Abhandlung I l l o w a y's über Hyperchlorhydria und ihre ausschliessliche Behandlung durch Diät gehört zu den klassischen Schriften der medizinischen Literatur. Die Verdienste E i n h o r n's um die genaue Kenntnis und rationelle ausschliesslich diätetische Behandlung sind jedem Arzt bekannt.

Der Grundsatz hat sich geltend gemacht, dass Ersatz des fehlenden Magensaftes durch künstlich zubereiteten nicht das wissenschaftliche Heilmittel ist. Physiko-diätetische Behandlung, Rechnung mit dem Umstand, dass Magensaft abwesend und bei Achylia gastrica bleibend fehlt, die Berücksichtigung der Nervenstörungen als Ursache bei Hyperchlorhydria, dieses sind Massnahmen, welche einen wesentlichen Fortschritt in der medizinischen Behandlung der Magenkrankheiten bilden.

Die Tatsache, dass Hyperchlorhydria von krankhaften Nervenzuständen abhängt, ist durch die Experimente von P a w l o w erwiesen. Die ganze Physiologie der Verdauung wird jetzt von den Resultaten dieser Experimente beherrscht. Neu ist ebenfalls, wie schon angedeutet, die Kenntnis von der Beziehung mechanischer Zustände, Erschlaffung der Bauchmuskeln, Atonia gastrica, zur Magensekretion.

In den Lehrbüchern der Anatomie lesen wir sehr wenig über die Wirkung der Bauchmuskeln, es wird uns da nicht gesagt, dass sie die Bestimmung haben, die Baueingeweide in der physiologischen Lage zu erhalten, auch nicht, dass sie die abdominelle Innervation kontrollieren, die Flüssigkeitsbewegung im Bauch beherrschen, und zwar nicht nur die Flüssigkeitsbewegung in den Eingeweiden, die Sekretionen, sondern auch die Flüssigkeitsbewegung in den Geweben. Hierüber, d. h. über die Physiologie und Pathologie der Bauchmuskeln, habe ich schon einen Vortrag vor dieser Gesellschaft gehalten, auf den ich hinweisen möchte; dort hob ich hervor, dass die Erschlaffung der Bauchmuskeln zu Gastroptosis führt, dass diese wiederum die Ursache von Nervenstörungen, und dass diese Nervenstörungen sich in gastrischen Sekretionsanomalieen manifestieren. Wenn wir diese mechanische Ursache der Magenaffektionen nicht berücksichtigen, und vor allen Dingen diese Ursachen beseitigen, so ist die Behandlung der Magenkrankheiten unwissenschaftlich.*)

Die Berliner Koryphäen unter dem Spezialisten für Magenkrankheiten, wie E w a l d und B o a s, haben sich bemüht, uns zu erklären, was unter dem Namen Atonie zu verstehen ist, auch viele Andere haben das Wesen der Atonie zu erklären versucht, und viele Umschreibungen des Wortes aber keine Uebersetzung desselben eingeführt. Wenn wir die medizinischen Lehrbücher, die Artikel in den medizinischen Zeitschriften von heute durchlesen, so finden wir, dass über Atonie viel wissenschaftlicher Un-

*) Dr. K e m p hat durch genaue Beobachtungen in seiner Klinik im Manhattan State Hospital nachgewiesen, welchen Einfluss die Hebung der Atonia gastrica, d. h. die Stützung der erschlafften Bauchmuskeln auf die in solchen Fällen vorliegenden Störungen der Magensekretion hat. Von ihm vorgenommene Durchleuchtungen mittelst seines Circumscribing Gastrodiaphans und Benutzung von Fluoreszinzölung haben gezeigt, wie Gastroptosis durch den Heftpflasterverband reguliert wird. Die Abbildungen die ich hier vorzeige sind die eines herabgesunkenen und durch den Verband gehobenen Magens. Hier ist die untere Magengrenze um vier Zoll gehoben.

sinn, wie es Kant genannt haben würde, geschrieben worden. Wer etwa glaubt, dass dies Uebertreibung ist, möge die Probe machen, einfach überall, wo von Magen- und Darmatonie die Rede ist, das Wort Erschlaffung setzen. Es gibt Einige, von denen man, wie der Lacedämonier von den Athenern, sagen kann: sie wissen, was das Richtige ist, aber sie tun es nicht. In einem Buche findet sich folgende Kapitelüberschrift und folgender Kapitelanfang: „Die Atonie und die Gastrectasia (letzteres Wort ist barbarisch), Magener-schlaffung, Magenerweiterung. Die beiden Begriffe bezeichnen die Störungen der Motilität des Magens. Es ist das Verdienst von Ewald und Boas, diese Begriffe genau präzisiert zu haben; trotzdem walten in der Praxis noch vielfach unklare Vorstellungen von diesen an und für sich einfachen Verhältnissen ab“ — richtiger wäre gewesen: Ewald, Boas und Andere haben viel Verwirrung geschaffen, weil sie nicht bei der einzig richtigen Uebersetzung des Wortes Atonie, Erschlaffung, geblieben sind. Es ist gewiss am Platz, bei dieser Gelegenheit diese Tatsachen festzustellen, denn eine rationelle Therapie der durch Atonie herbeigeführten Magenstörungen ist nicht denkbar, wenn man sich nicht klar ist, was Atonie bedeutet.

Vor einer medizinischen Gesellschaft bemerkte ich, dass Atonie und Dilatation identisch seien; ich hatte dabei im Auge, dass eine erschlaffte Muskelfaser notwendigerweise auch eine verlängerte Muskelfaser sein muss, aber einer unserer bekanntesten Kollegen, ein hochangesehener Forscher, bestritt die Identität von Atonie und Dilatation, jedenfalls weil er sich unter dem Namen Atonie, wie dies Viele tun, motorische Insuffizienz vorstellte.

Moderne Gastrotherapie ist bis zu einem gewissen Grade unwissenschaftlich, weil man die Tatsache der Beziehungen mechanischer Verhältnisse, der Atonia gastrica, zu Sekretionsstörungen des Magens nicht anerkennen will.

Etwas besser verhalten sich die Dinge in Bezug auf die Anerkennung des Zusammenhangs zwischen Nervenstörungen und Anomalien der gastrischen Sekretion.

Pawlow hat in seinem Laboratorium eine Fabrik, natürlichen Magensaft herzustellen. Auf einem langen Tische stehen in Gestellen sechs grosse Hunde, denen Magen fisteln angelegt und der Oesophagus in der Mitte des Halses durchschnitten ist. Die Hunde fressen begierig aus einem Napf Fleischstücke, die beständig aus dem Loch in der Speiseröhre in den Napf zurückfallen, um von neuem den Turnus zu beginnen. Aus der Magen fistel strömen dabei reichliche Mengen eines stark sauren, wasserklaren Magensaftes, von dem ein solcher Hund im Laufe eines Vormittags drei viertel bis einen Liter und mehr liefert. Der so gewonnene Magensaft wird später durch Chamberlain-Filtern getrieben und kommt als „natürlicher Magensaft“ in den Handel. Wenn man bei einem Hunde mit grosser Magen fistel und durchschnittener Speiseröhre zunächst mechanisch mit einem Glasstab, einem Federkiel oder mit dem Finger die Magenschleimhaut reizt, so erhält man höchstens ein wenig alkalisch reagierenden Schleim, so stark man auch den Magen malträtiert mag. *Mechanische Reizung des Magens erregt keine Saftsekretion.* Nach ungefähr 5—6 Minuten, nachdem der Hund gefressen, beginnt eine profuse Sekretion eines wasserklaren 0,5—0,6% Salzsäure enthaltenden Magensaftes. Aber es ist nicht einmal nötig, den Hund das Fleisch kauen zu lassen, bereits ein Vorhalten desselben oder das Zerschneiden von Fleischsücken am Nebentisch genügt, um nach der gleichen Zeit die Saftsekretion herbeizuführen. Pawlow nennt ihn „psychischen Magensaft“ oder „Appetitsaft“.

Es hat sich herausgestellt, dass sowohl der gemischten Kost, als auch der Einzeldarreichung von Fleisch, Brot, Milch u. s. w. jedesmal eine spezifische Arbeit

der Magendrüsen entspricht. Je nach der Art der Nahrung ist Menge, Fermentgehalt und Dauer der Sekretion des Magensaftes eine verschiedene. Fast das gleiche Verhalten wird aber auch schon bei der Scheinfütterung beobachtet, bei welcher die Substanzen also gar nicht in den Magen kommen. Es waltet hier also ein äusserst komplizierter Mechanismus, der eine nervöse Verbindung zwischen den höheren Sinnesorganen und dem Magen darstellen muss. Die zentrifugale Leitungsbahn dieses Systems bildet der Nervus vagus, nach dessen Durchschneidung die zugeführte Saftsekretion sistiert.

Einen besonders traurigen Eindruck

machen die Hunde, denen man beide Nervi vagi durchschnitten und bei denen nun der psychische Magensaft fehlt. Die Hunde gehen bald zu Grunde, die Speisen faulen ihnen im Magen; es besteht Achylia gastrica und Stagnation.

Moderne Gastrotherapie, soweit Anomalien der Magensekretion in Betracht kommen, beruht auf Berücksichtigung nervöser und mechanischer Zustände.

Dies ist selbstverständlich bei weitem nicht alles, was ich über moderne Behandlungsmethoden zu sagen habe, aber es scheint mir, dass das Angeführte die an meisten charakteristischen Punkte des Fortschrittes während dieses Jahrhunderts umfasst.

Zur vorzeitigen Ablösung der normal sitzenden Plazenta.

Von Dr. ALFRED HERZFELD, New York.

II.

Der Vollständigkeit halber veröffentliche ich nachstehend die genaueren Quellenangaben zu den sämmtlichen von mir in meiner Arbeit*) zitierten und benützten 250 Fällen:

Literatur.

1. *F. v. Winckel*. Lehrbuch der Geburtshülfe, Leipzig, 1893, p. 311.

2. *A. C. Baudelocque*. Anleitung zur Entbindungskunst, übersetzt von Ph. F. Meckel, Leipzig, 1791, zweite Ausgabe, 1. Band.

3. *James Guillimeau*. Childbirth or the Happy Deliverie of Women, London, 1612. Printed by Hatfield, pp. 72, 110, 128.

4. *Paul Portal*. Cit. von de Forin. Thèse de Paris, 1892.

5. *Thomas Raynald*. The Birth of Mankind Otherwise Named the Woman's Booke, London, 1634, p. 132.

6. *Cosme Viardel*. Observations sur la pratique des accouchemens. Paris, 1671, chap. 16, p. 130.

7. *William Giffard*. Cases in Midwifery. London, 1734, pp. 36-38, 199, 202.

8. *Francois Mauriceau*. Traités des maladies des femmes grosses. Paris, 1740, chap. 21, p. 158.

9. *La Motte*. A General Treatise of Midwifery. Trans. in English by Thomas Tomkyns, London, 1746, p. 264.

10. *M. Puzos*. Traité des accouchemens. Memoires sur les pertes de sang. Paris, 1759.

11. *Andre Levret*. L'art des accouchemens. Paris, 1766, p. 357.

12. *William Smellie*. A Treatise on the Theorie and Practice of Midwifery. London, 1766, p. 170.

13. *M. Leroux*. Observations sus les pertes de sang des femmes en couch. Dijou, 1776, p. 210.

14. *Edward Rigby*. An Essay on Uterine Hemorrhage, Which Precedes the Delivery of the Full Grown Foetus. London, 1777, p. 13.

15. *David Spence*. A System of Midwifery. Edinburgh, 1784, pp. 249-253.

16. *A. C. Baudelocque*. Rcueil périodique le la Société de Médicine de Paris, 1797-98.

17. *Thomas D. Enman*. An introduction to the Practice of Midwifery. New York, 1802, vol. 12, p. 166.

18. *Lachapelle*. Pratique des Accouchemens. Paris, 1821, p. 353.

19. *Marie V. Boivin*. Mémoire sur les hémorrhagies internes de l'uterus. Paris, 1819, p. 92.

*) Siehe diese Monatsschrift, Septemhernummer.

20. *J. A. Schmidtmueller*. Handbuch der medizinischen Geburtshülfe. Frankfurt am Main, 1808, pp. 345-346.
21. *T. A. Tanner*. Partial Separation of the Placenta Preceding Labour. Medical Times, 1851, p. 403.
22. *Ed. v. Siebold*. Lehrbuch der Geburtshülfe. Braunschweig, 1854.
23. *J. Braxton Hicks*. Transactions of the London Obstr. Society, 1860, vol. 2, p. 53.
24. *Hugh L. Hodge*. The Principles and Practice of Obstr. Philadelphia, 1860, p. 174.
25. *William Goodell*. Concealed Accidental Hemorrhage Into the Gravid Uterus. Am. Jour. of Obstr., 1870, vol. 2, p. 281.
26. *R. Holmes*. Ablasio Placentae. Am. Jour. of Obstr., 1901, vol. 44, p. 753.
27. *Otto v. Weiss*. Ueber vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Archiv für Gyn., 1894, Bd. 46, p. 256.
28. *Chévalier*. Journal de Médecine, Chir. et Phar. Vol. 21, p. 363.
29. *Cazeaux*. Tarnier et Budir, Traités de l'art des accouchements. Paris, 1898, vol. 3, pp. 520-521.
30. *Olivier*. Comptes rendues du 3me congrès international de médecine. Paris, 1900. Obstetr. et Gyn., p. 267.
31. *Spiegelberg*. Lehrbuch der Geburtshülfe. 1891, p. 409.
32. *Fleetwood Churchill*. Theory and Practice of Midwifery. Philadelphia, 1866, p. 450.
33. Report of the New York Lying-in Hospital, 1898.
34. *Broadhead*. Medical Record, 1897, vol. 51, p. 294.
35. *Charles Robin, v. Tarnier et Chantreuil*. Traités de l'art des accouchements. Paris, 1888, vol. 1, p. 221.
36. *M. Chantreuil*. La France médicale, 1879, pp. 305-306.
37. *J. Winter*. Zur Lehre von der vorzeitigen Plazentalösung bei Nephritis. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1885, Bd 11, p. 398.
38. *Fehling*. Ueber habituelles Absterben der Frucht bei Nierenkrankheit der Mutter. Zentralb. d. Gyn., 1885.
39. *Wetherly*. British Medical Jour., 1878, p. 284. Cit. v. Ross, Scottish Med. and Surg. Jour., 1903, vol. 12, p. 409.
40. *Livon*. Marseille Médical, 1905, p. 734.
41. *Carl Rokitansky*. Lehrbuch der pathologischen Anatomie, 1861, Bd. 3, p. 546.
42. *G. Schickele*. Die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Beitr. z. Geb. u. Gyn., 1904, Bd. 8, H. 3, p. 317.
43. *Ludwig Seitz*. Zwei sub partu verstorbene Fälle von Eklampsie, mit vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta. Mikroskopische Befunde an Plazenta und Eihäute. Archiv f. Gyn., 1903, Bd. 69, p. 71.
44. *Gottschalk*. Zur Lehre der vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Plazenta. Zentralb. d. Gyn., No. 25, p. 819.
45. *Fehling*. Am. Jour. of Obstr., 1903, vol. 48, p. 522.
46. *F. Schaeffer*. Ueber die Aetiologie der vorzeitigen Lösung der Plazenta bei normalem Sitz in der Gravidität. Zentralb. d. Gyn, 1903, p. 447.
47. *John Burns*. Principles of Midwifery. New York, 1810, p. 170.
48. *Chiari, Braun und Spachth*. Klinik der Geburtshülfe und Gyn. Erlangen, 1855, p. 1,177.
49. *Lyle, North and Durham*. Med. Jour., October, 1899.
50. *J. W. Smyly, v. Colclough*. Jour. of Obstr. and Gyn. of the British Empire, 1902, August, p. 153.
51. *Herman F. Naegele*. Lehrbuch der Geburtshülfe. Mainz, 1854, p. 645.
52. *F. v. Scanzoni*. Lehrbuch der Geburtshülfe. Wien, 1867, 2. Bd., p. 97.
53. *Ahlfeld*. Lehrbuch der Geburtsh., 1898, p. 422.
54. *Olshausen-Veit*. Lehrbuch der Geburtsh., 1899, p. 753.
55. *A. F. Hohl*. Lehrbuch der Geburtsh., Leipzig, 1862, p. 648.
56. *Lee cit. v. Barnes*. Lancet, 1181, vol. 2, p. 1038.
57. *De Forin*. Contribution à l'étude de décollement prématuré du Placenta normalement inséré Inaug. Diss. Paris, 1892.
58. *Schauta*. Lehrbuch der gesammten Gyn., 1896, p. 759.

Fälle.

1. *G. N. Acker*. Am. Jour. of Obstetrics, 1895, vol. 32, p. 604.
- 2-3. *Analson*. La Touraine médicale, p. 34, 1901.
- 4-5. *J. A. Anderson*. Pacific Med.-Surg. Journal, vol. 30, 1887, p. 217.
6. *W. A. Atchison*. Nashville Jour. of Med., 1880, vol. 25-26, p. 6.
7. *Audebert*. Jour. de Med. de Bordeaux, 1893, No. 21.
8. Archives médicales de Toulouse, 1901, vol. 7, p. 77.
9. *Bagot*. Dublin Jour. of Med. Science, 1891, vol. 92, p. 225.

10. *Baker*. Am. Jour. of Obstr., 1891, vol. 24, p. 653.
11. *Ballantyne*. Transactions of Obst. Soc., Edinburgh, 1903-1904, vol. 29, p. 97.
12. *Barbour*. International Clinics, 1897, 7th series, vol. 3, p. 286.
- 13—14. *E. Barnes*. Lancet, 1881, vol. 2, p. 1038.
15. *Bartlett*. The Weekly Medical Review, 1884, vol. 9, p. 234.
16. *Bassett*. Trans. Obst. Soc. of London, 1872-1873, pp. 58-59.
17. *Beach*. Med. Record, 1870, vol. 5, p. 448.
18. *Beck*. Prager med. Wochenschrift, 1892, No. 40, p. 467.
19. *Bennett*. Am. Jour. of Obstr., 1897, p. 701.
20. *Blackwood*. Edinburgh Med. Jour., 1895, vol. 41, p. 336.
- 21—24. *Broadhead*. Med. Record, 1897, vol. 51, p. 29 (45).
- 25—29. *Branton*. Obst. Jour. Gt. Britain, Ireland, 1875, vol. 3, p. 437 (5F.).
- 30—31. *Bu *. Archives de Tocologie et de Gynecologie, Juillet, 1894 (2F.).
32. *Caldwell*. Chicago Med. Jour., vol. 50, 1885, p. 291.
33. *Coc*. Am. Jour. of Obst., 1891, p. 152.
- 34—49. *Colclough*. Jour. of Obst. and Gynaec. of the British Empire, August, 1902, p. 153 (16F.).
50. *Cummings*. Texas Med. Jour., 1885, p. 350.
51. *Dakin*. Trans. of Obst. Soc. of London, 1894, vol. 36, p. 315.
52. *Davis*. Bulletin of the Lying-in Hospital, New York, 1905, No. 2, p. 38.
53. *Dcnham*. Dublin Monthly Jour., 1882, vol. 73, p. 443.
54. *Doering*. Texas Med. Jour., 1885.
- 55—59. *Dickenson*. Am. Jour. of Obstr., 1893, vol. 27, p. 204.
60. *Dowden*. Med. and Surgical Reporter, 1882, vol. 47, p. 69.
61. *Eschleman*. Phila. Med. Times, 1874, vol. 4, p. 237.
62. *Fieux*. Bulletin Med., Paris, 1899, vol. 13, p. 166.
- 63—69. *De Forin*. Inaug. Diss., Paris, 1892.
70. *Frcudenberg*. Archives fuer Gynaekalog., 1886, Bd. 27, p. 485.
71. *Fehling*. Central. der Gyn., 1885, vol. 9, p. 647.
72. *V. Gicson*. Medical Record, 1870, vol. 5, p. 473.
- 73-74. *Gilfillan*. Proceedings of the Kings Co. Med. Soc., 1881, vol. 6, p. 110 (2f.).
75. *Glenn*. Lancet, 1892, vol. 1, p. 799.
76. *Gottschalp*. Zeitschrift fur Ceburtshulfen. Gyn., 1897, No. 36, p. 542.
77. *Greefec*. Zeitschenfl fur Geburts. Gyn., 1892, No. 23, p. 427.
78. *Greene*. Med. News, 1892, vol. 60, p. 18.
- 79—81. *Guerard*. Monatschrift fur Geb. u Gyn., 1901, vol. 14, p. 619.
82. *Guerin Valmal*. Bulletin de la Société d'Obst. de Paris, 1903, vol. 6, p. 124.
83. *Guerin Valmal*. Montpellier Médicale, 1903, vol. 17, p. 159-161.
84. *Guirauden*. Montpellier Medical, 1902, vol. 14, p. 369.
85. *Haerberlin*. Central. der Gynaekol., 1890, No. 14, p. 457.
86. *Hanks*. Transactions of the New York Obst. Soc., Jan. 16, 1883.
87. *Harrington*. Am. Jour. of Obst., 1886, p. 553.
88. *Heil*. Deutsche Praxis, München, 1901, vol. 10, p. 729.
89. *Hellier*. Lancet, 1892, vol. i., p. 1237.
- 90—91. *Hennig*. Archived. Gyn., 1875, Bd. 8, p. 336.
92. *Herman*. Jour. of Obst. of Gt. Britain and Ireland, 1880, vol. 8, p. 87.
- 93—95. *Henry*. Annales de Gyn., 1891, vol. 36, p. 357 (3f.).
96. *Hickenbotham*. Birmingham Med. Review, 1882, vol. 11, p. 213.
97. *Hirigoyen*. Revue mensuelle de Gyn., Obst. et Paedietrie de Bordeaux, 1900, vol. 2, p. 275.
98. *Hirsch*. Deutsche Medizin, Wochenschrift, 1902, No. 12, p. 206.
- 99—100. *Hirst*. Med. News, 1893, vol. 63, p. 97.
- 101—102. *Holmes*. Am. Jour. of Obst., 1901, vol. 44, p. 753.
- 103-104. *Holmes*. Am. Jour. of Obst., 1903, vol. 48, p. 519.
105. *Horne*. Dublin Jour. of Med. Science, 1882, vol. 73, p. 439.
- 106—108. *Jaggard*. Med. News, 1889, vol. 55, p. 599 (3f.).
- 109—114. *Jardine*. Glasgow Med. Jour., 1892, vol. 37, p. 417.
115. *Jardine*. Jour. of Obst. Gyn. of the British Empire, 1904-1906, p. 446.
116. *Jewett*. Brooklyn Med. Jour., 1906, vol. 20, p. 331.
117. *Johnson*. Am. Jour. of Obst., 1890, vol. 23, p. 1215.

- 118—121. *Jolly*. Zentrblatt der Gyn, 1906, No. 18, p. 509.
122. *Keller*. Charité Annalen, 1905, vol. 27, p. 524.
123. *Keller*. Charité Annalen, 1904, p. 436.
124. *Kelly*. John Hopkin's Hosp. Bull., 1894, vol. 5, p. 81.
125. *Kcyes*. Northwestern Lancet, 1899, vol. 9, p. 50.
126. *Koestlin*. Munch Med. Wochensch., 1896, vol. 43, p. 1161.
127. *Kidd*. The Dublin Jour. of Med. Science, 1882, vol. 73, p. 422.
- 128—129. *Königstein*. Wiener Mediz. Blätter, 1897, vol. 20, p. 315.
- 130—132. *Kortright*. Brooklyn Med. Jour., 1890, p. 646.
133. *Kouwer*. Nederl. Tijdschr. v. Ven Gyn., 1898; Centralblatt der Gyn., 1898, p. 755.
134. *Labusquière*. Annales de Gyn., 1900, p. 193.
135. *Lafon*. Toulouse Médicale, 1906, No. 1, p. 4.
136. *de Lee*. Am. Jour. of Obst., 1901, p. 786.
- 137—138. *de Lee*. Chicago Med. Reporter, 1896, vol. 11, p. 151.
139. *Leaman*. Phil. Med. Times, 1873-1874, vol. 4, p. 230.
140. *Le Lorier*. Comptes rendues de la Soc. d'Obst. de Gyn. et de peditrie de Paris, 1906, vol. 8, p. 71.
141. *Lomer*. Bericht der Geburtsh. Ges., Hamburg, November, 1901.
- 142—146. *Longaker*. Annals of Gyn. and Peditry, 1890, vol. 4, p. 506 (5f.).
147. *Lovrich*. Der Frauenarzt, 1900, vol. 15, p. 57.
148. *Lusk*. Am. Jour. of Obst., 1880, vol. 13, p. 877.
149. *Lowry*. Med. News, 1893, vol. 62, p. 159.
150. *Machattie*. Med. Times and Gazette, 1879, vol. 2, p. 369.
151. *Marx*. Am. Jour. of Obst., 1893, vol. 27, p. 95.
152. *I. Mayer*. Prager Med. Hochenschrift, 1900, No. 48-49.
- 153—154. *McKerron*. Clinic Jour. of London, 1896, vol. 8, p. 28.
155. *McDavitt*. Jour. of Am. Med. Abst., 1887, vol. 8, p. 124.
156. *McIwraith*. Canadian Practitioner and Review, vol. 28, p. 494.
157. *Martin*. New Orleans Med. Jour., 1891, vol. 19, p. 580.
158. *Maberly*. Obst. Jour. of Gt. Britain and Ireland, 1877, vol. 5, p. 40.
159. *F. Meyer*. Australian Med. Gazette, Melbourne, 1898, vol. 47, p. 16.
- 160—163. *H. Meyer*. Correspondenz Blatt fuer Schweizer Arzte, 1891, vol. 21, p. 193 (4f.).
164. *Mundé*. Am. Jour. of Obst., 1881, vol. 14, p. 652.
165. *Maslowzky*. Monatsschrift fur Geburtsh and Gyn, 1896, Bd. 4, p. 212.
166. *Noble*. Annals of Gyn. and Paediatry, 1890, vol. 4, p. 346.
167. *Odebrecht*. Centralblatt fuer Gyn., 1893, p. 708.
- 168—169. *Oui*. Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 1893, Bd. 14, No. 51, p. 602.
170. *Galardy*. Union médicale du Canada, 1891, No. 5.
171. *Park*. Jour. of the Am. Med. Assoc., 1887, vol. 8, p. 124.
172. *Pestalozza*. Bollet della Soc. d'Obst. et Ginecol., Feb. 27, 1903. Jour. of Obst. and Gyn., 1903, vol. 10, p. 395.
- 173—174. *Pierce*. Boston Med. and Surgic. Jour., 1893, vol. 128, p. 550.
175. *Riss*. Marseille médicale, 1905, vol. 142, p. 733.
- 176—177. *Reynolds*. Boston Med. and Surgic. Jour., 1886, vol. 114, p. 463.
178. *Rosenberg*. Am. Jour. of Obst., 1893, p. 191.
- 179—180. *Ross*. Scottish Med. and Surgic. Jour., 1903, vol. 12, p. 409.
181. *Ruchl*. Centralblatt der Gyn., 1901, vol. 47, p. 1283.
182. *Sangcr*. Centralblatt der Gyn., 1881, vol. 5, p. 509.
- 183—192. *Schickel*. Münch Med. Wochenschrift, 1903, vol. 51, p. 2241 (10 F.).
193. *Schuhl*. Révue Médicale de l'Est, 1900, vol. 32, p. 289.
- 194—195. *Seitz*. Archiv für Gyn., 1903, Bd. 69, p. 71 (2 Fälle).
196. *Sligh*. Am. Jour. of Obst., 1892, vol. 25, p. 651.
197. *H. Smith*. Medical News, 1893, vol. 63, p. 687.
198. *Siron*. Gazette Médicale de Paris, 1896, No. 15.
- 199—202. *Simons*. Trans. of South Carolina Med. Ass., 1892, p. 152 (4 F.).
- 203—211. *Smyly*. Dublin Jour. of Med. Science, 1893, vol. 96, p. 19 (9 F.).

212—213 Dublin Jour. of Med. Science, 1895, vol. 99, p. 11 (2 F.).

214. *W. J. Smith.* British Med. Jour., 1880, pp. 1-659.

215. *Sprigg.* Am. Jour. of Obst., 1898, vol. 34, p. 396.

216. *Squires.* Medical Record, 1888, vol. 33, p. 13.

217. *Suter.* Am. Jour. of Obst., 1892, vol. 25, p. 215.

218. *Stover.* Boston Med. and Surg. Jour., 1892, vol. 127, p. 378.

219. *Swayne.* Bristol Med.-Chirurgical Jour., 1889, vol. 7, p. 176.

220. *Fargett.* Jour. of Obst. and Gyn. of the British Empire, 1905, vol. 7, p. 344.

221. *Taylor.* Lancet, 1879, p. 159.

222. *Tufts.* Jour. of Am. Med. Assoc., 1893, vol. 31, p. 736.

223. *Tweeddy.* British Med. Jour, 1898, vol. 1, p. 1443.

224—226. *Underhill.* Obst. Jour. of Great Britain and Ireland, 1878, vol. 6, p. 641 (3 F.).

227—230. *Warren.* Am. Jour. of Obst., 1899, vol. 39, p. 162.

231. *Webb.* Medical Age, 1902, No. 17.

232. *Wey.* Med. Record, 1884, vol. 25, p. 146.

233. *Widow.* Zeitschrift für Geburtshilfe und Gyn., 1887, vol. 14, p. 401.

234. *Willien.* Chicago Med. Jour., 1874, vol. 31, p. 457.

235—238. *Weiss.* Archiv für Gyn., 1894, vol. 46, p. 256 (4 F.).

239. *Wocrz.* Zentralblatt der Gyn., 1895, p. 581.

240—242. *Winter.* Zeitschrift für Geburtshilfe und Gyn., 1885 (3 F.).

243. *Weatherly.* British Med. Jour., 1878, p. 284.

244—245. *Westphalen.* Monatssch. für Geburtshilfe und Gyn., 1895, No. 2, p. 210 (2 F.).

246. *Welch.* Phil. Med. Times, 1874, vol. 4, p. 237.

247—249. *Yarro's* Americ. Jour. of Obst., vol. 822, 1905 (3 F.).

250. Eigener Fall.

Beitrag zur Alkoholanwendung bei der Pneumonie.*

Von Dr. med. Fock in Hamburg.

Die exakte Indikationsstellung für die Verordnung von Alkohol leidet, wie überhaupt die ganze Lehre von der Alkoholwirkung, noch an mancherlei Unklarheit; die Anschauungen der Aertzewelt in diesem Punkte befinden sich in einer steten Umbildung, wie ein kurzer Blick auf die Geschichte der Alkoholtherapie lehrt. Zeigten die Aerzte in den ersten Jahrzehnten des verflossenen Jahrhunderts so wenig Neigung, Alkohol zu verordnen, dass am Rhein noch 1845 ein Arzt unter Anklage gesetzt wurde, er habe durch Verordnung von Wein bei einem Typhuskranken dessen Tod herbeigeführt, so kam später eine andere Zeit, in der immer mehr, ja zuletzt in fast enthusiastischer Weise Alkohol in grossen und sehr grossen Mengen bei

akuten und chronischen Krankheiten verordnet wurde, so dass, wie v. Jaksch sich ausdrückt, „Hunderte von Menschen durch übermässige Darreichung von Weingeist getötet wurden“. Heute haben wohl die Meisten diesen extremen Standpunkt wieder verlassen, da diese Medikation nicht den gehegten Erwartungen bezüglich des Erfolges entsprach, und in vorsichtiger und kritischer Weise sucht man tatsächliche Unterlagen für das Verhalten am Krankenbette zu gewinnen. Von einer einheitlichen Meinung kann aber noch keine Rede sein.

In dem Wunsche, ein klein wenig zur Klärung beizutragen, und zwar speziell zunächst einmal festzustellen, welche Ansichten die hervorragendsten Aerzte z. Z. hegen, wandte ich mich mit einem Fragebogen betreffs Alkoholanwendung bei der Pneumonie an eine grosse Zahl von Professoren, in

*) Aus der Münchener medizinischen Wochenschrift, No. 44, 1906.

erster Linie die inneren Kliniker und andere Aerzte in Deutschland, Oesterreich, Schweiz, Dänemark, Schweden und England, und es haben so viele der befragten Herren die Güte gehabt, den Fragebogen ausgefüllt zurückzusenden, teilweise mit ganz ausführlichen Berichten, dass der Zweck, ein wohl einigermaßen zutreffendes Bild der heute geltenden Ansichten zu erlangen, erreicht werden konnte; ich gebe mich der bescheidenen Hoffnung hin, dass die Vergleichung der recht verschiedenen Meinungen mancherlei Anregung zu weiteren Beobachtungen geben wird. Es wurde gerade die Pneumonie gewählt, weil sie mit ihrem typischen, im Vergleiche zu andern Krankheiten relativ einfachen Bilde am ehesten geeignet sein dürfte, die Wirkung des Alkohols hervortreten zu lassen und zur Herausarbeitung einer richtigen Indikationsstellung mitzuhelfen.

Die erste Frage lautete: Wird Alkohol verordnet in jedem Falle von Pneumonie oder nur in besonderen Fällen? Nur einzelne wenige Beobachter geben jedem Pneumoniker Alkohol; in einer Antwort heisst es, dass in der betreffenden süddeutschen Klinik jeder Patient täglich $\frac{1}{4}$ Liter leichten Landwein erhalte und so eben auch der Pneumoniker. Das Gegenteil davon bilden eine Anzahl Antworten, die in keinem Falle Alkohol geben, teils weil sie ihn für entbehrlich, teils weil sie ihn für direkt schädlich halten. Die weit überwiegende Mehrheit geht den Mittelweg und will nur in besonderen Fällen Alkohol gegeben wissen; einige Male heisst es: „Die Mehrzahl der Pneumoniker erhält Alkohol“, viel häufiger aber: „Die meisten Patienten erhalten keinen Alkohol“. Gründe für Darreichung von Alkohol sind: Allgemeine Schwäche (am häufigsten erwähnt), Kollaps, hohes Fieber, mangelnde Nahrungsaufnahme, Alterspneumonie, Gewöhnung an täglichen Alkoholgenuss, umgekehrt auch Nicht-

gewöhnung. Doch davon nachher Genaueres.

Die zweite Frage: In welcher Form und in welcher Menge wird Alkohol gegeben? wird wie folgt beantwortet: Champagner, Portwein, Tokayer, Malaga, Sherry, Kognak, Rum, Rotwein, Weisswein, Schnaps, Tee mit Rum und Kognak, und in vielen Fällen Mixturen nach folgenden Rezepten: Rp. Kognak, 25—50,0 Vitell. ovi unius, Sir. simpl. 20,0, Aqu. dest. ad 150,0 (Stokes' Mixtur) oder Rp. Extract. cortic. aurant. 0,5, Sir. simpl. 30,0, Spirit. 20,0, Aqu. dest. ad 200,0 oder Rp. Decoct. cort. chinae 15,0: 120,0 Cognac., Sir. aurant. cortic. ana 30,0. Die Vorschriften über die Mengen pro dosi und pro die schwanken natürlich auch in diesen selbstverständlich ganz allgemein gehaltenen Angaben sehr. Wir finden: Art des alkoholischen Getränkes nach Geschmack oder Gewohnheit des Patienten; Art und Menge nach Geschmack und Gewohnheit des Patienten; mindestens die gewohnte tägliche Menge; bei Deliranten Schnaps; „soviel als möglich“; „ad libitum“; die beiden letzten Massbestimmungen nur je 1 mal; mehrfach wird ausdrücklich betont: nie ad libitum, und meistens sind genauere Mengen angegeben: von den Mixturen 2 stündlich 1 Esslöffel voll, Champagner pro dosi 1 Glas, pro die $\frac{1}{2}$ —1 Flasche; Portwein und Tokayer 4—6 mal 1 Esslöffel, $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Flasche; einmal heisst es: Tokayer oder Malaga, denn Portwein ist ja stets verfälscht; Sherry 2—3 kleine Gläser pro die, Kognak und Rum mehrfach täglich 1 Teelöffel bis Esslöffel voll, pro die 40—50 g Kognak, 50,0 Kognak oder Rum mit Tee; 1—3 Glas Grog von Kognak, $\frac{1}{4}$ Liter Grog; 1 Ei mit Zucker und Kognak; Schnaps pro dosi 10—15 ccm, 150—300,0 pro die; Rot- und Weisswein 2 stündlich 1 Esslöffel, $\frac{1}{4}$ —2 Flaschen in 24 Stunden. Manche Autoren betonen, dass sie nur bis an die unterste Grenze gehen, andere, dass

man gern über die obere Grenze hinausgehen könne.

Die nächste Frage: „Erfordert die Pneumonie bei Potatoren Alkoholdarreichung?“, förderte wieder Ansichten aller Schattierungen zutage. Die Majorität erklärt es für notwendig, jedem an Lungenentzündung erkrankten Trinker Alkohol zu geben; eine starke Minorität ist wieder der Ansicht, dass, wie ja überhaupt dem in ärztliche Behandlung gelangenden Potator jetzt wohl überall der Alkohol sofort gänzlich entzogen wird, dies auch dann zu geschehen habe, wenn er an Pneumonie erkrankt sei. Die in der Mitte Stehenden führen an, dass nur bei Herzschwäche und drohendem Kollaps Alkohol notwendig sei (so Aufrecht, d'Epine, Ewald, Gräwitz, Schulze, Pässler) oder dass Inanition (Sticker) oder das Zusammentreffen von Delirium und Pneumonie (Dencke) ihn nötig erscheinen lasse.

Am interessantesten und wichtigsten sind die beiden folgenden Fragen mit ihren Antworten: „Welche Wirkung wird vom Alkohol erwartet?“ und „Inwieweit erfüllt er diese Erwartung?“, denn die prinzipielle Auffassung von der Art, wie der Alkohol in die Lebensvorgänge des Organismus eingreift, findet hier ihren Ausdruck. Und auch hier wieder ein weites Auseinandergehen der Ansichten. Wenn wir zunächst die weniger häufig genannten Indikationen betrachten, so sehen wir da: Er wird gegeben, weil er allgemein beruhigend wirkt (Dencke, Penzoldt, Sticker), weil er als Narkotikum bei Nichtgewöhnten den Husten lindert (Gram-Kopenhagen), weil er direkt antitoxisch wirkt (Littmann), weil er ein Genuss- und Anregungsmittel ist (Fleiner), weil er diaphoretisch und diuretisch wirkt (Grisson), weil er den Abstinenzerscheinungen und dem Delirium vorbeugt, weil er subjektiv die Atembeschwerden lindert; einige Male wird

eine nährende Wirkung angegeben. Die allermeisten jedoch verordnen ihn, weil sie eine Beeinflussung von Herz- und Vasomotoren erwarten; leider sind die Antworten in diesem Punkte in der Regel nur ganz kurz, so dass nicht daraus hervorgeht, in welcher Art die „Beeinflussung“ oder „Anregung“ oder „Kräftigung des Herzmuskels und der Vasomotoren“ gedacht ist. Gelegentlich heisst es: Es wird eine Gefässerweiterung, besonders in den unteren Extremitäten erzielt, oder: Eine allgemeine Gefässerweiterung, die eine momentane Entlastung des Herzens bedeutet und zusammen mit Digitaliswirkung vorteilhaft wirkt.

Wer den Alkohol als Exzitans betrachtet, der wird dann jedenfalls nur gelegentlich, in besonderen Fällen und für ganz kurze Zeit ihn verordnen, denn Exzitation bedeutet nur temporär gesteigerte Arbeitsleistung, aber keineswegs eine Stärkung, eine Steigerung der Leistungsfähigkeit. Wer die Ansicht hegt, der Alkohol stärke den Herzmuskel selbst oder die Herznerven oder die Vasomotoren, der wird ihn ausgiebiger verwenden. Leider haben aber die bisherigen Forschungen keinen sicheren Anhalt für die Richtigkeit der einen oder der anderen Ansicht ergeben. Erb sagt einmal: „Ich habe mir die Frage vorgelegt, ob nicht ein Teil dessen, was wir bei Schwerkranken sehen, die wir mit Alkohol behandeln, eine Folge sehr grosser Alkoholdosen sein könnte, ob nicht ein Teil des Kollapses auf diesen Alkoholgenuss zu schieben wäre“; und Rosenfeld sagt in seinem Buche: „Der Einfluss des Alkohols auf den Organismus,“ Seite 164: „Wenn wir unter Analeptikum ein Mittel verstehen wollen, welches die Zirkulation verbessert, so können wir vom Alkohol nur sagen, dass von ihm eine derartige Wirkung im mindesten nicht erwiesen sei; denn weder steigt die Pulszahl noch der Blutdruck durch selbst grössere Dosen von Alkohol in nennens-

werten Grössen. Auch ist nach den Versuchen von K o b e r t, wie nach P ä s s l e r, der Spiritus kein Mittel, um die kleinen Gefässe zu verengern. Soweit wir also im stande sind, objektiv die Lage der Blutbewegung im lebenden Menschen zu beurteilen — es fehlt uns freilich noch das meiste, um es wirklich zu können —, zeigt sich der Alkohol nicht als Exzitans für die Zirkulation.

Die Indikationen, denen der Alkohol zu genügen hätte, sind zweifacher Art. Einerseits soll er die vis a tergo, die Tätigkeit des Herzens verbessern, andererseits für den Tonus der kleinen Gefässe sorgen. Die Störung der Zirkulation in den Infektionskrankheiten kann auf beide Momente zurückgeführt werden: entweder ist die Leistung des Herzens insuffizient, wie bei nachweisbaren und nicht nachweisbaren Krankheiten des Endo-, Myo- und Perikardiums, oder die Innervation der kleinen Gefässe leidet unter der Beeinträchtigung des Vasomotorenzentrums, wie bei den Allgemeininfektionen — Sepsis, Pneumokokkensepsis (R o m b e r g, P ä s s l e r). In beiden Richtungen hat sich der Alkohol als leistungsunfähig erwiesen. Vorläufig müssen wir es als nicht erwiesen betrachten, dass der Alkohol ein Exzitans sei.

v. J ü r g e n s e n sagt in seinem Lehrbuche: „Für den Gebrauch des Weines gilt im allgemeinen das gleiche wie bei dem Typhoid. Man wird bei Alten und Schwachen gut tun, von Anfang an die stärksten Sorten in nicht zu kleinen Mengen zu reichen; so wird die Herzschwäche sicherer verhütet. . . . Dazu ist zu bemerken, dass der Wein die Herzschwäche verhindert und dass die stärksten Spirituosen, Kognak, Rum u. s. w. mit heissem Tee- oder Kaffeeaufguss zusammen selbst bei dem Schnapssäufer noch sehr wirksame Erreger für das Herz sind. . . .“ Und an der angezogenen Stelle beim Typhus will v.

J ü r g e n s e n den Alkohol gegeben wissen: „1. Vor und nach jedem Bade, damit das Herz, die von ihm vorübergehend verlangte grössere Kraftleistung liefern kann; 2. als Sparmittel; 3. um durch den Wein teilweise den Wasserverlust des Körpers zu ersetzen.“

v. S t r ü m p e l l: „Unzweifelhaft notwendig ist reichliche Zufuhr von Alkohol bei Potatoren, zumal bei beginnendem oder bereits ausgesprochenem Patienten kleine Mengen Wein exzitierend und anregend wirken können, mag richtig sein, obgleich wir uns von dem oft gerühmten Einfluss auf die Herzfähigkeit nie recht überzeugen konnten. Grössere Mengen . . . halten wir nicht für gerechtfertigt.“

Die nächste Frage lautete: „Würde sich die erwartete Wirkung auch durch andere therapeutische Massnahmen erzielen lassen?“ Aus den Antworten seien folgende hervorgehoben: Gewiss! — Unbedingt! — Gewiss, aber da ich nie einen Schaden sah, so habe ich keinen Grund gehabt, den Alkohol zu untersagen, trotzdem für die Anstalt ein grosser pekuniärer Vorteil vorhanden wäre. — Andere Mittel sind nicht so bequem in der Anwendung. — Oft sind andere Mittel neben Alkohol nötig. — Es werden stets andere Mittel mit herangezogen, die dem Patienten nützen können. — Alkohol wird erst herangezogen, wenn die anderen Mittel versagen. — Wenn Alkohol nicht mehr genügt, werden andere Mittel angewendet. — In späten Nachtstunden wird Kaffee und Thee gegeben, Alkohol erst wieder von 11 Uhr vormittags ab. — Kein Mittel hebt die Herzkraft so schnell, wie Alkohol. — Andere Herztonika, wie Kampher, Digitalis, Koffein, Tee, Aderlass und Hydrotherapie können den Alkohol ganz oder teilweise ersetzen oder müssen neben ihm angewendet werden. — Aderlässe, die in der Behandlung der Lungenentzündung in früheren Zeiten eine so grosse Rolle spielten und in

England scheinbar auch heute noch viel mehr angewendet werden als bei uns, wurden nur dies eine Mal genannt.

Eine besondere Erwähnung verdienen wohl die Berichte des seit 1873 bestehenden London Temperance Hospital, welches seit einer Reihe von Jahren die besten Genesungsziffern von allen Londoner Krankenhäusern hat. Das Hospital nimmt wahllos Alkoholabstinente und Nichtabstinente auf; die Aerzte sind gehalten, jeden Fall von Alkoholverordnung mit allen Einzelheiten, Art, Dosierung und Dauer der Alkoholanzwendung in ein besonders für diesen Zweck angelegtes Buch zu schreiben. Die Jahresberichte liefern nun folgende Zahlen:

1901: 1299 klinische, 12,846 poliklinische Patienten; bei 63 Pneumoniern 1 mal Anwendung von Alkohol.

1902: 1471 klinische, 15,349 poliklinische Patienten; im ganzen in 5 Fällen Alkohol; 98 Pneumonien, bei diesen 2 mal Alkohol.

1903: 1376 klinische, 14,524 poliklinische Patienten; im ganzen 9 mal Alkohol; 60 Pneumonien mit 4 mal Alkohol.

1904: 1337 klinische, 15,621 poliklinische Patienten; im ganzen 6 mal Alkohol; 76 Pneumonien mit 4 mal Alkohol.

Nebenbei bemerkt: Die Kosten für Alkohol dürften in keinem Jahre die Summe von 10 M. überschreiten; in den meisten deutschen Krankenhäusern sind sie recht erheblich; im Allgemeinen Krankenhaus in Wien betragen sie 1897: 50,000 Kronen (etwa 43,000 Mk.), 1902 nur noch die Hälfte; in den Hamburgischen Staatskrankenhäusern 1905: 124,000 M.

Systematische Vergleiche sind von den Beantwortern der Fragebogen nicht angestellt worden. Es berichtet Dr. Hay (Lancet 1904, S. 1672) über solche Vergleiche, die eine um 15 Proz. geringere Sterblichkeit bei den alkoholfrei Behandelten ergab, und

Smith, der von 54 Pneumonien immer eine mit, die nächste ohne Alkohol behandelte, sah, dass im Verlauf kein Unterschied hervortrat; nur war die Rekonvaleszenz der alkoholfrei Behandelten leichter und schneller. Sehr viele der Aerzte, welche stets alkoholfrei behandeln, behaupten ebenfalls, dass die Rekonvaleszenz viel schneller verlaufe, wenn der Kranke gar keinen Alkohol erhalten habe, doch beruht dies Urteil meistens mehr auf allgemeinen subjektiven Eindrücken als auf systematischen Vergleichen, die z. B. darauf Bezug nehmen könnten, wie lange Zeit die Kassenpatienten im ganzen erwerbsunfähig sind. Heute können wir nur sagen: Man sieht, dass sehr viele Patienten von einer Pneumonie genesen, wenn sie während der Krankheit oder der Rekonvaleszenz oder während beider Alkohol erhalten haben und man sieht ebenso sehr viele genesen, die keinerlei Alkohol erhalten haben. Der Alkohol ist also sicher im allgemeinen überflüssig. Es bleiben aber die beiden extremen Ansichten; die einen: der Alkohol ist nicht bloss überflüssig, sondern direkt nachteilig; die anderen: wenn er auch nicht unbedingt notwendig ist, so ist es doch besser, ihn anzuwenden. Den Streit dieser beiden Ansichten sicher entscheiden können wir heute noch nicht; dazu bedarf es einer grossen vergleichenden statistischen Untersuchung und es läge da für grosse Krankenhäuser ein dankbares Gebiet, die Lösung der Frage erheblich zu fördern. Wenn in strenger Regelmässigkeit abwechselnd der eine Fall mit Alkohol, der andere ohne Alkohol behandelt würde — natürlich Ausnahmen zugelassen, sowie das Wohl des Patienten durch die eine oder andere Massregel irgendwie gefährdet erscheinen könnte —, so müsste allmählich eine Statistik erwachsen, die durch das Gesetz der grossen Zahlen Beweiskraft erhielte; Unterschiede, die verursacht werden durch die verschiedene Virulenz der jeweili-

gen Krankheitserreger — vergl. den Wechsel, der sich in dieser Weise in Tübingen vollzogen hat; Dissertation von Werfer, Tübingen 1904 —, durch die Verschiedenheit der Konstitution, die verschiedene Gewöhnung an Alkohol u. s. w., würden bei einer Statistik, die über Tausende von genau beobachteten Fällen verfügte, keinen Einfluss mehr auf die Zuverlässigkeit des Ergebnisses ausüben. Bei ei-

nem Mittel aber, welches vielseitige Verwendung findet, wie der Alkohol, sollte unsere Wissenschaft eilen, die gänzlich auseinandergelenden Meinungen zu klären.

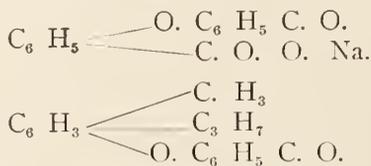
Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, allen den Herren, die mich durch Ausfüllen der Fragebogen bei dieser Arbeit unterstützt haben, auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen!

Pyrenol in der Therapie der Respirationsorgane.*

Von Dr. med. P. SCHUETTE, Magdeburg.

Das Pyrenol, welches etwa seit vier Jahren in den Arzneischatz der modernen Heilkunde aufgenommen worden ist, sollte wegen seiner Vielseitigkeit an wirksamen Eigenschaften jedem Arzt bekannt sein. Es gibt wohl kaum ein Mittel, welches neben einer Mannigfaltigkeit und Promptheit seiner Wirkungsweise zugleich den Vorzug des Fehlens jeder schädlichen und gefahrbringenden Nebeneigenschaften in so ausgesprochenem Grade besitzt, wie man dies von „Pyrenol“ behaupten kann. Seine Vorzüge werden uns voll und ganz verständlich, wenn wir die Zusammensetzung des Präparates kennen.

Das „Pyrenol“ wird chemisch dargestellt durch Einwirkung von Benzoesäurethymylester auf Benzoyl-Oxybenzoesäure und Neutralisation durch Natrium, und entspricht folgender Formel:



Das „Pyrenol“ bildet ein weisses kristallinisches, etwas hygroskopisches Pulver von aromatischem Geruch und mild-süßlichem Geschmack. Es löst sich in

etwa 5 Teilen Wasser und 10 Teilen Alkohol. Die wässrigen Lösungen sind etwas getrübt infolge des Gehaltes an empyreumatischen Stoffen der Benzoesäure.

Das „Pyrenol“ ist nicht nur ein ausgezeichnetes Expektorans und Sedativum, sondern hat auch milde antifebrile und antirheumatische Eigenschaften. Gegenüber den Salizyl- und Salizylersatzpräparaten hat es den Vorzug, dass es anregend und kräftigend auf die Herztätigkeit einwirkt, während man bei den Salizyl- und verwandten Präparaten vielfach kollabierende Wirkungen beobachtete. Die unangenehmen Nebeneigenschaften so vieler anderer ähnlicher Ingredienzien, wie z. B. der schlechte Geschmack, die appetitherabsetzenden Einflüsse, die Reizung der Nieren und das Hervorrufen von gewissen nervösen Störungen, Ohrensausen, u. s. w. kommen beim „Pyrenol“ vollständig in Fortfall. Das Präparat ist leicht zu nehmen und kann jedem Geschmack angepasst werden.

Das „Pyrenol“ kann in Tablettenform und in Lösungen verabreicht werden. Bei Erwachsenen wendet man am zweckmäßigsten die Tablettenform an, wo dies nicht angängig ist, wie bei Kindern und durch hohes Fieber Benommenen, hält man sich besser an die Lösungen, die man in 2 bis 5 prozentiger Stärke gibt. Der nicht unangenehme aromatische Ge-

*) Aus „Deutsche med. Presse,“ 1907, No. 19.

schmack kann, je nach Wunsch und Bedürfnis, durch Syrup, Pfeffermünze, Himbeersaft, Milch, Kaffee, Selterwasser u. s. w. korrigiert, werden.

Ich selbst habe das „Pyrenol“ in einer Reihe von Fällen angewendet, in denen es sich vornehmlich um Erkrankungen der Respirationsorgane handelte, und habe dabei die Erfahrungen gemacht, dass dasselbe nicht nur ein hervorragendes Spezifikum gerade für derartige Fälle darstellt, sondern dass es auch die Hebung des Allgemeinzustandes in sofern befördern hilft, als es appetitanregend wirkt, den Stoffwechsel hebt und die Herzstätigkeit in günstiger Weise beeinflusst. Bei mit Fieber einhergehenden Erkrankungen der Atmungsorgane wie z. B. bei Pneumonien, Pleuritiden, u. s. w. hat es zugleich einen hervorragenden antifebrilen Wert. Ich habe die Beobachtung gemacht, dass bei Temperaturen von 40° C. dieselbe im Verlauf von einer Stunde nach Einnahme des „Pyrenols“ um 1 bis $1\frac{1}{2}^{\circ}$ C. zurückging und nach ca. 3 Stunden nach dem Gebrauch des Mittels wieder zu steigen begann. Die heftigen, stechenden Schmerzen in der affizierten Brustseite, mit denen die Pneumonien und Pleuritiden einherzugehen pflegen, erfuhren durch die fortgesetzte Darreichung des Pyrenols ebenfalls eine wesentliche Milderung, wodurch sich das Präparat, abgesehen von den hustenstillenden und später im Stadium der Lysis sich so wunderbar bewährenden expektorierenden Wirkungen, auch als unfehlbares Sedativum zeigte.

Bei der Behandlung des Asthmas, sowohl der bronchialen als auch der nervösen Form, leistete es hervorragende Dienste. Beim Bronchialasthma machten sich zunächst die expektorierenden Eigenschaften des „Pyrenols“ in äusserst günstiger Weise bemerkbar, indem eine leichte und reizlose Lösung ermöglicht wurde. Die pfeifenden und schnurrenden Geräusche, die meist den dyspnoischen Anfällen vorauszufragen pflegen, traten immer mehr in den Hintergrund, der trockene Husten verschwand und

asthmatische Anfälle zeigten sich während der Zeit des Gebrauchs des „Pyrenols“ nur äusserst selten oder gar nicht mehr.

Bei der Behandlung des nervösen Asthmas mit „Pyrenol“ traten mehr die sedativen Eigenschaften des Mittels in den Vordergrund, indem die auf nervöse Einflüsse zurückzuführenden krampfhaften Kontraktionen der Muskulatur der feineren Bronchien und Lungenbläschen, die doch den Charakter des nervösen Asthmas bilden, anfänglich in wesentlich milderer Form auftraten und schliesslich ganz nachliessen.

Die akuten Larynx- und Bronchialkatarre verliefen unter der Anwendung des „Pyrenols“ bei weitem rascher und günstiger, als ich dies bisher beim Gebrauch anderer innerlicher Mittel beobachtet hatte. Hier erwies sich wieder die Vielseitigkeit des Präparates, die dasselbe vor allen anderen für solche Fälle in Betracht kommenden Präparate voraus hat, als einzig dastehend, indem die expektorierenden Wirkungen durch die sedativen und antifebrilen Eigenschaften des Mittels in einer Weise ergänzt wurden, wie man es auf einem anderen Wege zu erzielen kaum im stande ist. Das wunde, schmerzhaft gefühl im Halse, sowie hinter dem Brustbein, das von dem Kranken ungemein lästig empfunden wird, der ewig quälende Reiz zum Husten und die oft krampfartigen Exazerbationen, in die dieselbe ausartet, zeigten sich in wesentlich milderer und erträglicher Form, so dass die Kranken verhältnismässig leicht und schnell darüber hinwegkamen. Besonders machten sich die sedativen Wirkungen während der Nacht vorteilhaft bemerkbar, insofern als sie den Kranken einen ungestörten, durch Hustenanfälle, Stick- und Beklemmungserscheinungen in keiner Weise unterbrochenen Schlaf angedeihen liessen.

Bei den chronischen Bronchialkatarren, mit denen ja auch meist ein chronischer Kehlkopfkatarrh verbunden ist, selbst in veralteten Fällen, die bereits in Emphysem ausgeartet sind, erwies sich

das „Pyrenol“ als ein Erleichterungs- und Linderungsmittel, welches wie kein zweites sich bewährte.

Bei Keuchhusten hatte ich nur in einem Falle Gelegenheit, das Mittel zu erproben, und muss behaupten, dass dieser eine Fall mir genügte, um das, was meine Vorgänger Rühmenswertes von der spezifischen Wirksamkeit des „Pyrenols“ bei Pertussis feststellten, voll und ganz bestätigen zu können.

Ich wandte das „Pyrenol“ in Tablettenform und in Lösungen an. Von Tabletten, deren jede 0,5 g des Mittels enthält, liess ich Erwachsenen, je nach Bedarf und dem Charakter des einzelnen Falles entsprechend, 3 bis 4 mal täglich 1 bis 3 Tabletten reichen, bei Kindern dem Alter entsprechend $\frac{1}{4}$ bis 1 Tablette 3 bis 4 mal täglich. Bei kleinen Kindern wurde das Fragment der Tablette zerrieben und in Zuckerwasser, Milch, Fencheltee oder Alteesyrop vermischt gegeben, was die Kleinen sehr gern nahmen. Lösungen verordnete ich in 4 bis 5 prozentiger Stärke bei Erwachsenen, etwa in der Form:

Rp. Pyrenol 8—10,0
Tinctr. Aurant 5,0
Aqu. destill. 200,0
D. S. 2 bis 3 stündlich 1 Esslöffel.

Bei Kindern:

Rp. Pyrenol 2—3—4,0
Aqu. destill. 100,0
Syrup. Alth. 20,0
oder Rub. id.

D. S. 2 bis 3 stündlich $\frac{1}{2}$ bis 1 Teelöffel, je nach dem Alter.

Die einzelnen Fälle, in denen ich „Pyrenol“ anwandte, werden durch nachstehende Krankengeschichten illustriert.

Fall 1: Der Handlungsgehilfe Willi M. in M., 20 J. alt, erkrankte an kroupöser Pneumonie, die mit Schüttelfrost und sehr hohem Fieber (40° C.) einsetzte. Ich verordnete neben der erforderlichen Bettruhe fortgesetzte kalte Kompressen auf die erkrankte Brustseite und gleich von Anfang an „Pyrenol“ in 5 prozentiger Lösung 2 stündlich 1 Esslöffel. Schon eine Stunde nach Beginn der

Pyrenoldarreichung war das Fieber auf 39° herabgesunken und im Verlauf der nächsten Stunde auf $38,4^{\circ}$ C. und bewegte sich bei fortgesetztem Gebrauch des Mittels bis zum Eintritt der Krisis stets in der Höhe von $38,3^{\circ}$ bis 39° C. Unter Schmerzen und Hustenreiz hatte der Kranke verhältnismässig wenig zu leiden, da die sedativen Eigenschaften des „Pyrenols“ ihre mildernden Wirkungen nicht verfehlten. Der Kranke befand sich meist in einem angenehmen ruhigen Sopor, der von Fieberphantasien, selbst des Nachts kaum unterbrochen wurde. Nach Eintritt der Krisis, die etwa nach 9 Tagen erfolgte, erklärte der Kranke, dass er von seiner Krankheit kaum etwas wahrgenommen hätte. Im weiteren Verlauf ging die Expektoration leicht und ohne Beschwerden vor sich, und nach 3 Wochen seit Beginn der Krankheit war der Patient vollständig wieder hergestellt.

In einigen anderen Fällen von Pneumonie, z. B. bei einem jungen Mädchen von 16 Jahre, Fr. R. in M., bewährte sich das „Pyrenol“ in gleich günstiger Weise sowohl als antifebriles, als auch als sedatives und expektorierendes Ingredient. Es würde zu weit führen, die einzelnen Fälle zu detaillieren, da der Verlauf derselben im allgemeinen der gleiche war.

Fall 3: Herr Buchhalter Sch. aus O., 34 J. alt, kam wegen Asthmas in meine Behandlung. Ich stellte einen chronischen Larynx-Katarrh und Bronchial-Katarrh mit beginnendem Emphysem fest. Es handelte sich besonders um die feineren Bronchien, in denen der Katarrh sich festgesetzt hatte. Das Herz war gesund. Patient wurde täglich mehrmals durch asthmatische Anfälle belästigt, die während der Nacht mit besonderer Hartnäckigkeit auftraten und einen gesunden und ruhigen Schlaf nur selten zuließen. Den Kehlkopf behandelte ich örtlich mit 5 prozentiger Argentnit.-Lösung und gab innerlich „Pyrenol“ in Tablettenform, 3 mal täglich 2 Tabletten. Schon in der nächsten Nacht nach Beginn des

Pyrenolgebrauchs trat das Asthma mit geringerer Heftigkeit und nur in kurzem Anfall auf, der mit einer erleichternden und ausgiebigen Expektoration endete. Während der folgenden Tage zeigten sich nur noch hin und wieder einige leichte Ansätze von dyspnoeischen Erscheinungen, um sie dann für immer zu verlieren. Der früher quälende Husten war verschwunden, da die Expektoration glatt und unbeschwerlich vor sich ging, und Patient erholte sich sichtlich, da mit einem gesunden Schlaf und der Aussicht auf Genesung auch das seelische Gleichgewicht wiederkehrte. Eine kräftige, diätvolle Ernährung tat noch ihr weiteres, um den heruntergekommenen Kräftezustand noch vollends zu heben. Patient fühlt sich heute als gesunder Mensch und wird von Asthma nicht mehr gequält. Das „Pyrenol“ braucht er regelmässig weiter, 3 mal täglich 1 Tablette und fühlt sich sehr wohl dabei, während er früher vielfach Jodkali regelmässig anwandte, was ihm nur wenig genützt hat und obendrein noch schädliche Nebenwirkungen verursachte.

Fall 4: Steinbrucharbeiter O. aus N., 32 J. alt, litt an Bronchialasthma und wurde des Nachts häufig von Erstickenanfällen heimgesucht. Bei der Untersuchung konstatierte ich neben dem bronchialen Grundleiden zugleich einen chronischen Kehlkopfkatarrh mit Granulationen an den Stimmbändern. Die letzteren wurden abgetragen und der Kehlkopf jeden zweiten bis dritten Tag mit 10 prozentiger Argentumnitrikumlösung touchiert. Innerlich bekam der Patient Pyrenoltabletten 3 mal täglich 2 Stück. Der Kranke hatte schon nach einigen Dosen des Mittels wesentliche Erleichterung, indem der trockene Husten nachliess und die Expektoration leicht und beschwerdelos von statten ging. Die Asthmaanfalle schwächten sich ab und verloren sich nach einigen Tagen ganz, so dass der Kranke einen ungestörten Schlaf hatte. Nach den letzten Berichten des Kranken fühlt sich derselbe unter dem fortgesetzten Gebrauch des „Pyre-

nols“ sehr wohl und hat von asthmatischen Beschwerden nichts wieder gespürt.

Fall 5: Schuhmacher Jul. M. in M., 54 J. alt, war Emphysematiker und hatte unter quälendem Husten, Trockenheit im Halse und dyspnoeischen Erscheinungen viel zu leiden. Patient war früher immer mit Jodkali behandelt worden, aber ohne wesentlichen Erfolg. Ich wandte nun „Pyrenol“ an und gab 3 mal täglich 2 Tabletten. Der Erfolg war geradezu ein überraschender. Der Husten wurde geringer und verlor unter einer erleichternden Expektoration seinen trockenen, quälenden Charakter, die Atmung wurde leichter und freier und die dyspnoeischen Beschwerden liessen wesentlich nach. Patient braucht das Mittel fortgesetzt weiter und führt jetzt ein erträgliches Dasein, ohne dass ihm der Weitergebrauch des Mittels irgendwelche Nebenbeschwerden verursacht.

Fall 6: Frau Anna B., Bahnbeamten-gattin in H., 37 J. alt, litt an chron. Kehlkopf- und Lungenkatarrh und wurde durch wundes, trockenes Gefühl im Halse und fast anhaltenden Husten Tag und Nacht gequält. Patientin war schon von anderer Seite mit allen möglichen Expektorantien, Kreosot, Morphinum u. s. w. behandelt worden, aber leider mit wenig Erfolg. Als die Kranke zu mir in Behandlung kam, war sie sehr abgemagert und entkräftet, was ja auch nicht zu verwundern war, da sie fast keine Nacht schlief des quälenden Hustens wegen und auch nur wenig Neigung zur Nahrungsaufnahme zeigte.

Ich behandelte den Kehlkopf zunächst örtlich mit 5 prozentiger Argentumnitrikumlösung, wodurch die schmerzhaften Empfindungen im Halse wesentlich gehoben wurden. Innerlich gab ich „Pyrenol“ in 5 prozentiger Lösung mit Altheesyrop vermischt, 2 stündlich 1 Esslöffel, und verordnete eine kräftige und reichliche Ernährung, die infolge der appetitanregenden Wirkungen des „Pyrenols“ auch ermöglicht wurde. Im übrigen machten sich auch die expektorierenden

und sedativen Eigenschaften des „Pyrenol“ in äusserst günstiger Weise bemerkbar. Der quälende Husten nahm eine wesentlich mildere Form an, wurde immer seltener und liess die Kranke verhältnismässig gut schlafen, die Expektoration ging leicht und glatt von statten und die Sekretion wurde immer geringer. Unter dem Nachlassen dieser Symptome sowie der vermehrten Nahrungsaufnahme, verbunden mit einem gesunden Schlaf, besserte sich auch sehr bald der Allgemeinzustand der Kranken. Jetzt nach ca. 4 wöchentlicher Behandlung sieht die Kranke sehr wohl und munter aus, hat wieder frische Farben und Formenfülle bekommen, hat nur selten noch Beschwerden im Halse und wird von Husten und den früheren quälenden Erscheinungen kaum mehr belästigt.

Fall 7: Der Weber Aug. K. in H., 54 J. alt, litt an Lungenphthise und tuberkulösen Geschwüren im Kehlkopfe, wodurch ihm viele Schmerzen, Hustenqual und Atmungsbeschwerden verursacht wurden. Auch konnte der Kranke wegen erschwerten Schlingens nur mit Mühe Nahrung zu sich nehmen und war infolgedessen sehr abgemagert und entkräftet, hatte aber trotzdem bis zum Eintritt in meine Behandlung immer noch seine Arbeit verrichtet. Ich schrieb ihm zunächst erwerbsunfähig und behandelte die tuberkulösen Geschwüre örtlich mit Milchsäure, was ihm wesentliche Erleichterung schaffte. Innerlich reichte ich „Pyrenol“ in Tablettenform, 4 mal täglich 2 Stück, welche ich aber, da sie nicht geschluckt werden konnten, zerrieben und in eine halbe Tasse Milch eingerührt geben liess. Auch hier machten sich neben den mild expektorierenden Wirkungen des Präparates besonders die sedativen Eigenschaften desselben hervorragend bemerkbar. Der Kranke hatte weniger Schmerzen im Halse, konnte besser schlucken und wurde von Husten und Atembeschwerden weniger gequält. Mit der Besserung dieser Symptome stellte sich auch der Appetit und ein grösseres Verlangen nach Nahrung wie-

der ein, was die Körperkräfte wieder hob und dem Kranken wieder neuen Lebensmut und Hoffnung auf Genesung brachte. Wenn man auch nicht hoffen darf, dass durch „Pyrenol“ die Heilung eines solchen Zustandes herbeigeführt werden kann, so hat man doch in diesem Präparat ein wertvolles Mittel, um die Leiden eines solchen Kranken wesentlich zu erleichtern und ihm das Dasein zu einem erträglichen und freundlicheren zu gestalten.

Fall 8: Der Schlosser Hans Fr. in N., 25 J. alt, konsultierte mich wegen eines Halsleidens. Ich konstatierte einen chronischen Kehlkopfkatarrh und chronischen Katarrh der Bronchien. Patient war vollständig aphonisch, klagte über auffallende Trockenheit und Kratzen im Hals und wurde besonders von einem trockenen Husten arg geplagt, der häufig in asthmatische Beklemmungen ausartete. Bei der Auskultation wurden pfeifende und schnurrende Atmungsgeräusche gehört. Emphysem war noch nicht vorhanden, die Ernährung gut. Es handelte sich also hier lediglich darum, dem Kranken die Hals- und Brustbeschwerden zu lindern. Dies wurde mit dem „Pyrenol“ im vollsten Masse erreicht. Neben einer örtlichen Behandlung des Kehlkopfes mit 5 bis 10 prozentiger Argent. nit.-Lösung bekam der Kranke 3 mal täglich 2 Pyrenoltabletten. Schon kurze Zeit nach Beginn dieser Behandlung trat eine wesentliche Erleichterung bei dem Kranken ein. Die Hustenanfälle wurden seltener und es trat eine Lösung der zähen Sekretmassen ein, die leicht und glatt expektoriert wurden. Dadurch hörten auch die pfeifenden Atemgeräusche und die Beklemmungserscheinungen auf. Die Trockenheit im Halse schwand und die Stimme wurde wieder klangvoll. Der Kranke ist jetzt 3 Wochen in meiner Behandlung und ist mit den Resultaten derselben sehr zufrieden.

Ich habe „Pyrenol“ noch in einer Reihe von ähnlichen Fällen angewendet und immer mit gleich günstigem Erfolg. Die expektorierenden, sedativen und zugleich

tonisierenden Eigenschaften machten sich immer wieder mit gleicher Promptheit bemerkbar. Ein unverkennbarer Vorzug des Präparates ist entschieden auch der, dass man dasselbe unbedenklich längere Zeit hintereinander geben kann, wie dies z. B. bei Asthmatikern, Emphysematikern u. s. w. erforderlich ist. Ich habe niemals irgend welche schädlichen oder unangenehmen Folgeerscheinungen bei selbst sehr langer Pyrenolbehandlung wahrgenommen. Im Gegenteil fühlen sich die Behandelten dabei sehr wohl, kommen über ihr Leiden leicht hinweg, entwickeln meist einen tüchtigen Appetit, erfreuen sich eines gesunden Schlafes und heiteren, gleichmässigen Temperamentes.

Bei Kindern habe ich „Pyrenol“ in mehreren Fällen von fieberhafter Bronchitis angewandt. Das Mittel wurde von den Kindern nicht nur gern genommen, sondern hatte auch stets den gleichen Erfolg, indem es nicht nur fieberherabsetzend wirkte, sondern auch die Respirationsschwerden erleichterte, den Husten mildete und für eine glatte Expektoration sorgte.

In einem ausgesprochenen Falle von Keuchhusten, an dem das 4 Monate alte

Kind B. in N. erkrankte, wendete ich das „Pyrenol“ mit äusserst günstigem Erfolge an. Die Anfälle traten in wesentlich milderer Form und in grösseren Intervallen auf, hatten nicht das langanhaltende, krampfhaft-qualende, sondern gingen unter leichter und erleichternder Expektoration vor sich. Auch war die Dauer des Verlaufes eine bedeutend kürzere, als man es sonst bei Pertussis zu beobachten pflegt. Jedenfalls steht es fest, dass wir, wie auch schon viele andere Autoren einstimmig erklärt haben, in dem „Pyrenol“ ein bisher unerreichtes Spezifikum für Keuchhusten haben.

Ich kann also nach den Erfahrungen, die ich mit dem „Pyrenol“ gemacht habe, behaupten, dass es gerade in der Therapie der Atmungsorgane ein wertvolleres Mittel, das so viele wirksame, die Funktionen des Respirationstraktus günstig beeinflussende Eigenschaften in sich vereinigt und nebenbei noch die Fähigkeit besitzt, auch auf den Allgemeinzustand kräftigend und belebend einzuwirken, nicht gibt. Ich kann daher die Anwendung des Präparates in analogen Fällen allen Praxis ausübenden Kollegen nur aufs wärmste empfehlen.

Ueber eine neue Verbindung des Anästhesins (Dr. Ritsert) zur subkutanen Injektion „Subcutin“ (Dr. Ritsert).*

Von Dr. BECKER.

Ueber das Anästhesin, den in Wasser fast unlöslichen Aethylester der Paramidobenzoësäure (Ritsert), ist zuerst in eingehender Weise von v. Noorden (1) berichtet worden. Die Resultate der Behandlung an einem ziemlich umfangreichen Material vorwiegend innerer Erkrankungen lassen es ausser Zweifel, dass die lokalanästhetische Wirkung des in Pulver- oder Salbenform

oder in öliger Lösung angewandten Mittels als mindestens gleichwertig den sonst üblichen erkannt wurde, häufig sie sogar an Intensität und Dauer übertraf.

Bei Reizzuständen der pharyngealen und laryngealen Schleimhäute, des Magen- und Darmtraktus, Hämorrhoidalbeschwerden, Blasenzwang, juckenden und schmerzenden Hautaffektionen war es in dort näher angegebener Weise zu äusserst erfolgreicher Anwendung gelangt.

*) Aus der Münchener medizinischen Wochenschrift.

Auch von seiten der Nasen- und Kehl-

kopfspezialisten wurde dem neuen Körper aus der Gruppe der aromatischen Karbonsäureester, der ausser der anästhetischen auch die Eigenschaft der Ungiftigkeit hatte, wie Koberts und Binz' (2) Untersuchungen zeigten, reges Interesse entgegengebracht (Spiess (3)). Ausserdem haben in kurzen Mitteilungen Hartmann (4) und neuerdings Kennel (5) über ihre Erfahrungen bei internen Erkrankungen, oberflächlichen Schleimhaut- und Hautwunden, Verbrennungen berichtet und Henius (6) (v. Noorden) in einem Beitrag zur Behandlung des Erysipels das Anästhesin als souveränes schmerzstillendes Medikament schätzen gelernt.

Unsere Erfahrungen mit der Applikation als Streupulver, zu 10 bis 20 Prozent mit Dermatol gemischt, bei Hautverbrennungen II. Grades bestätigen die genannten Mitteilungen. Wiederholt haben wir ein Nachlassen der quälenden Schmerzen konstatieren können; die Wundheilung wurde in günstigem Sinne beeinflusst und selbst bei ausgedehnten Flächen traten bei fortgesetzter Anwendung keine unangenehmen Nebenwirkungen auf.

Die schmerzlindernde Wirkung beruhte auf der Möglichkeit eines direkten Kontaktes des Anästhesins mit den Nervenendigungen des seines deckenden Epithels grösstenteils beraubten Papillarkörpers der Haut, denn eine tiefergehende Wirkung bei übergranulierten Hautdefekten, Ulcus cruris etc., wodurch eine schmerzlose Abkratzung, z. B. als Vorbereitung zu Transplantationen, ermöglicht werden sollte, wurde nicht erzielt.

Zu einem noch weitergehenden Gebrauch als in angedeuteter Weise verlangte die Chirurgie das Mittel als Anästhetikum für subkutane Injektion. Begrüsste man in seiner Ungiftigkeit doch einen Faktor, der ihm vor seinem grossen Rivalen, dem Kokain, den Vorzug gab. Indes bot die Schwerlöslichkeit des Anästhesins im Wasser ein unüberwind-

liches Hindernis für eine ausgedehntere Verwendung zur Injektion. Ritsert bemühte sich zunächst in der Darstellung öligiger Lösungen, wozu Mandelöl und eine Reihe reizfreier dünnflüssiger Oele in Anwendung kamen, dem Wunsche des Chirurgen näher zu kommen.

Wir haben es versucht mit sterilisierten 2—2,5 proz. Mandelöllösungen und eine komplette Anästhesie erreicht. Aber wie leicht ersichtlich, involviert der Gebrauch öligiger Flüssigkeiten gewisse Missestände. Es können nur weite Kanülen verwendet werden, um ohne angestregtes Drücken den Spritzenstempel zu bewegen. War es in gesundem, elastischem Gewebe mitunter schwierig, zu injizieren, so scheiterte der Versuch gänzlich bei entzündlich geschwellenem. Die Isolation kleiner Geschwülste aus dem fettig infiltrierten Gewebe, das Fassen der Gefässe, Gefahr des Abgleitens der Ligaturen, das Arbeiten mit öligen Fingern gaben Veranlassung, die Anwendung auf einfache Inzisionen, Eröffnung von Abszessen zu beschränken. Abgesehen von diesen Nachteilen hat die ölige Injektion, wenn auch sehr selten, die Gefahr einer Fettembolie, wie u. a. Followell (7), der mit öligen Guajakollösungen anästhesierte, solche Fälle erlebt hat.

Es wurde nun in der Folgezeit von Ritsert in der Darstellung des salzsauren Salzes des Anästhesins eine Modifikation von grösserer Löslichkeit in Wasser (1:100) gefunden und Dunbar (8) (Eylau) hat damit seine Versuche mit einer der Schleich'schen ähnlichen Zusammensetzung.

Anaesthesinum mur.	0,25
Natr. chlorat.	0,15
Morph. mur.	0,015
Aqu. dest.	100

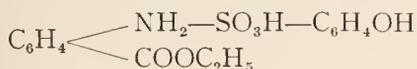
gemacht. Die praktische Anwendung, der prüfende Tierexperimente vorausgegangen sind, erstreckte sich auf eine kleine Zahl unbedeutender chirurgischer Eingriffe, wobei eine befriedigende Wirkung beobachtet wurde.

Wir haben bei grösseren Injektions-

gebieten indessen häufig entzündlichen Reiz in ausgesprochener Rötung und empfindlicher Schwellung gesehen.

In der fortschreitenden Durchprüfung einer ganzen Gruppe von Salzen des Anästhesins gelang es R i t s e r t in der paraphenolsulfosauren Verbindung des Anästhesins einen Körper zu finden, der bedeutend milder, dessen Reizwirkung in später näher bezeichneter Konzentration verschwindend, und dessen Löslichkeit in Wasser durch Einführung der Sulfo-Gruppe grösser ist.

Das Subcutin = paraphenolsulfosaurer Paraamidobenzoësäureäthylester



ist ein weisses feinnadelförmiges kristallinisches Pulver vom Schmelzpunkt 195,6, löst sich in kaltem Wasser zu 1 Prozent, bei Körpertemperatur zu 2,5 Prozent.

Es erzeugt in Substanz oder Lösung auf die Zunge gebracht ein taubes Gefühl, ist in Lösung haltbar und beständig beim Kochen. Schon darin besteht ein wesentlicher Vorzug vor dem Kokain, das sich schlecht hält und beim Sterilisieren in Benzoyl Ecgonin und Methylalkohol zersetzt, wodurch Reizung und Verlust der Anästhesie eintritt.

Durch Versuche mit Typhus- und Cholera kulturen sind von bakteriologischer Fachseite dem Präparat entwicklungs-hemmende Eigenschaften nachgewiesen.

Das Salz ist ebensowenig wie das Anästhesin von schädlichen Allgemeinwirkungen für den Organismus. Wie aus Fütterungs- und Injektionsversuchen hervorging, wurden Dosen vertragen, die unter gewöhnlichen Verhältnissen auch bei grösseren Operationen nicht in Anwendung kommen. Mittelschweren Hunden wurden 5—6 g per os eingegeben ohne Reaktion. Bei Kaninchen von 1200 bis 1500 g zeigten sich erst bei Injektion von 2 g (d. i. 1,6 g pro Kilogramm Tier) in erwärmter Lösung vorübergehende

Intoxikationserscheinungen, krampfartige Streckung der Hinterbeine. Die Tiere kamen aber nach 1—2 Stunden wieder auf die Beine, waren munter und zeigten im übrigen keine abnormen Verhältnisse in der weiteren Beobachtung.

Um die anästhetische Wirkung zu prüfen, wurden zunächst Instillationen von $\frac{1}{2}$ —1 proz. Lösungen ins Kaninchenauge gemacht. Wir haben von dem nicht ganz einwandfreien Verfahren des Vernähens der Lider nach Einbringen der Substanz in den Bindehautsack Abstand genommen und durch Zuhalten der Lider den Kontakt der Lösung mit der Konjunktiva beliebig lange ermöglicht. Bei den 1 proz. Lösungen trat eine Spur von Reiz und eine flüchtige, eben erkennbare Trübung der Kornea auf, bei 0,5 und 0,8 Prozent nicht mehr erkennbar. In allen Fällen vollkommene Anästhesie, sodass man mit spitzen oder stumpfen Nadeln auf der Kornea ca. 8—10 Minuten, ohne Lidschlag auszulösen, herumfahren konnte. Ich möchte hier gleich bemerken, dass man nicht unterlassen darf, die vollständige Auflösung des Salzes abzuwarten, sodass keine Kristalle mehr im Wasser schwimmen, denn der Kontakt der ungelösten Substanz mit der Kornea ruft Verätzungen auf derselben hervor.

Um zur subkutanen Injektion eine Lösung zu haben, die auf die Gewebe weder quellenden, noch schrumpfenden Einfluss hat, wodurch nach den eingehenden Untersuchungen von Braun (9) und Heinze (10) Reizung und Injektionsschmerz hervorgerufen wird, setzten wir eine entsprechende Menge Kochsalz hinzu.

Zur Herstellung einer Salzlösung von derselben osmotischen Spannung wie die der Gewebsflüssigkeit, welche nach Braun einer 0,9 proz. Kochsalzlösung entspricht, bestimmt man das Molekulargewicht des betreffenden Salzes, was von Subcutin = 339. Eine 1 proz. Lösung desselben ist nun äquivalent einer 0,17 proz. Kochsalzlösung. Um die Subkuttollösung also isotonisch der Gewebsflüs-

sigkeit zu machen, müssen ca. 0,7 Proz. Kochsalz hinzugefügt werden.

Nachdem so eine Lösung geschaffen war, bei deren Injektion in erwärmtem Zustand alle sonstigen Reize auf die Gewebe ausgeschlossen und lediglich der lähmende Faktor durch unmittelbaren Kontakt mit den Nervenendigungen in Wirksamkeit treten konnte, machten wir intrakutane Quaddelinjektionen nach Schleich (am eigenen Vorderarm und bei einigen Wärtern). Zum Vergleich habe ich auch 1 Proz. und 0,1 Proz. Kokain in Zusammensetzung mit der Schleich'schen Lösung am andern Arm injiziert. Injektionsschmerz war nicht vorhanden, die Kokainquaddel hatte mit der Subcutinquaddel die Anästhesie gemein, nur konnte bei der letzteren der über den Quaddelrand hinausgehende anästhetische Hof („Fernwirkung“) nicht konstatiert werden, wie er bei 1 Proz. Kokainlösung regelmässig beobachtet wird. Die Dauer der Anästhesie ist etwas länger als die der 0,1 Proz., kürzer als die der 1 Proz. Kokainlösung.

Die Zurückbildung der Quaddeln erfolgte ohne jede Reaktion in beiden Fällen. Wir wurden also darauf hingeführt, dass das Subcutin für Schleich'sche Anästhesierung ein vollkommenen und ungiftiger Ersatz für Kokain sein dürfte. Die Fernwirkung ist nicht so auffallend und intensiv wie bei Kokain, indes haben wir die Erfahrung gemacht, dass sie doch bis zu einem gewissen Grad vorhanden ist. Legt man nämlich beim Kaninchen den Ischiadicus frei und bringt einen mit isotonischer Subcutinlösung tiefend getränkten Wattebausch $\frac{1}{2}$ Minute auf den Stamm ohne Druck, so entsteht eine 6—10 Minuten lange vollkommene Anästhesie im Bein, sodass auf starke Reize, Kneifen mit Pinzette und Stechen keine Reaktion eintritt.

Auf Grund dieser Beobachtungen war die Voraussetzung berechtigt, dass eine regionäre Anästhesie im Sinne Reclus' und Oberst's hervorgerufen sei. Wir haben daher zu Fingerexartikulationen

und ähnlichen Eingriffen nach der Oberst'schen Methode verfahren und vollkommene Anästhesie erzielt.

Im folgenden soll eine kurze Uebersicht der Operationen gegeben werden, wobei wir das Subcutol angewandt haben, zumeist als Schleich'sche Infiltration mit der Lösung.

Subcutin 1,0—0,8¹¹⁾
 Natr. chlorat. 0,7
 Aqu. dest. 100,0

1. Phlegmone am Oberarm. — 2. Phlegmone am Fussrücken. — 3. Abszess tb. am Ellenbogen. — 4.—5. Bursitis praepat. purul. — 6. Periostitis am Schienbein. — 7. Periostitis am Unterkiefer. — 8. Karbunkel auf der Schulter. — 9. Karbunkel im Nacken. — 10. Abszess tb. am Rücken. — 11. Abszess tb. am Oberschenkel. — 12. Abszess tb. an der Kopfhaut. — 13.—18. Abszess tb. am Hals. — 19. Abszess tb. am Vorderarm. — 20. Abszess tb. an der Hand. — 21. Abszess tb. der Achseldrüsen. — 22. Fistel am Oberschenkel. — 23. Infizierte Stichwunde am Ellenbogen. — 24.—25. Mastitis. — 26. Vereitertes Hämatom um die Niere. — 27. Vereiterte Cyste am Hoden.

1—27: Inzisionen.

28.—31. Panaritien an Fingern: Inzision, 2 Nagelextraktionen. — 32. Infizierte Gelenkwunde am linken Kleinfinger: Resektion. — 33. Gelenkverletzung am Mittelfinger: Resektion der Gelenkenden. — 34. Fingerende- und Mittgliedzerquetschung: Exartikulation. — 35. Zerquetschung der 4. Zehe: Exartikulation. — 36. Zerquetschung des Endgledes des IV. Fingers: Amputation. — 37.—38. Unguis incarnat. der Grosszehe: Exstirpation. — 39. Durchtrennung der Sehne des Flexor poll. long.: Sehnennaht. — 40. Schnittverletzung am Vorderarm: Muskennaht. — 41. 10 cm lange granulirte Wunde am Unterkiefer: Sekundärnaht. — 42. Inzisionswunde am Knie: Sekundärnaht. — 43. Lappenwunde am Kopf: Sekundärnaht. — 44. Ulcera cruris: Transplantation nach Krause. — 45. Atherom am

Thorax: Exstirpation. — 46. Bursitis praepatellaris: Exstirpation des Schleimbeutels. — 47. Phimose: Operation nach R o s e r. — 48. Varizen am Unterschenkel: Exstirpation. — 49. Varizen an beiden Unterschenkeln: Unterbindung der Vena saphena. — 50. Oesophagusstriktur (Karzinom): Gastrostomie. — 51. Empyem: Rippenresektion.

Die Anästhesie war bei genügender Durchtränkung des Gewebes im Bereich der Infiltration eine vollkommene. Bei grösseren und tieferen Inzisionen scheint es vorteilhafter, 2—3 Minuten mit dem Schnitt zu warten, da die Anästhesie dann sicherer eingetreten ist. Transplantationen grösserer Hautlappen von beiden Oberschenkeln nach entsprechenden Hautdecken an dem Unterschenkel (bei *Ulcer crurum*) nach K r a u s e haben, nebst vielen anderen am selben Individuum ausgeführten (Kreuzschnitt bei Karbunkel etc.) Operationen Gelegenheit gegeben, vergleichsweise Kokain anzuwenden und dabei die gleichmässige anästhesierende Wirksamkeit beider zu beobachten. Der grosse Vorzug einer bezüglich der Intoxikation gefahrlosen Injektionsflüssigkeit machte sich häufig bei grösseren Inzisionen und länger dauernden Eingriffen, wo öfter nachinjiziert werden musste, geltend; kommt man doch nie in Verlegenheit, nachträglich zur Narkose greifen zu müssen, wenn unvorhergesehene Komplikationen eine weitere Infiltration grösserer Gebiete erheischen.

Das Gewebe antwortete auf die Injektionen in keinem Falle mit einer entzündlichen Reaktion. Ab und zu kam es vor, besonders wo mit Abschnürung operiert wurde, dass ein länger bestehendes Oedem (1—2 Tage) nachblieb, das sich dann langsam, aber ohne maligne Folgen resorbierte. Die Heilung war in allen Fällen, wo es sich um nichtinfektiöse Prozesse handelte, per primam erfolgt.

Die genannten Eigenschaften lassen das Subcutin als ein Anästhetikum erscheinen, das Anspruch auf weitgehendere Verwendung machen kann und u. a. namentlich für Blasenspezialisten zur Cystoskopie als Ersatz des Kokains eintreten könnte, wo letzteres schon einige Male Ursache von Todesfällen war.

Literatur.

1. Berl. klin. Wochenschr., 1902, No. 17.
2. Berl. klin. Wochenschr., 1902, No. 17.
3. Münch. med. Wochenschr., 1902, No. 39.
4. Ther. d. Gegenw., 1902, H. 10.
5. Berl. klin. Wochenschr., 1902, Ni. 52.
6. Ther. d. Gegenw., 1903, No. 1.
7. O'F o l l o w e l l: L'anesthésie locale par le gaiacol etc. Thèse Paris, 1897.
8. Deutsche med. Wochenschr., 1902, No. 20 und 22.
9. Arch. f. klin. Chir., 57. Bd., H. 2.
10. Experimentelle Untersuchungen über Infiltrationsanästhesie etc. Virchow's Arch. f. path. Anat. u. Phys., 153. Bd., 1898.
11. Die 0,8 proz. Lösung ist in ihrer Wirkung nahezu identisch der 1 proz., wir haben sie in letzter Zeit mehr verwandt.

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt Chicago.

Sitzung vom 14. Februar 1907.

Vorsitzender: Dr. H e r z o g.

Das Protokoll der beiden letzten Sitzungen wird verlesen und angenommen.

Programm.

1) Dr. Emil Ries: a) Ueber komplizierten Ileus. b) Ueber Kropffistel.

In der Diskussion zum Vortrag des Herrn Dr. R i e s bemerkt Dr. D o e p f-

ner, dass der Patient mit der Kropffistel wahrscheinlich Abdominaltyphus gehabt habe, denn gerade bei dieser Erkrankung werden metastatische Entzündungen der Thyroidea, resp. einer Struma beobachtet — die Thyreoiditis und Strumitis typhosa metastatica. Die Halsphlegmone dürfte sich bei unserem Patienten erst nach dem Auftreten der Schilddrüsenentzündung entwickelt haben.

Dr. Zimmermann: Strumitis mit Fistelbildung kommt natürlich auch ohne Abdominaltyphus aus anderen Ursachen vor; wir haben keinen überzeugenden Beweis, dass die in Frage stehende Allgemeinerkrankung des Patienten, zu der die Schilddrüsenentzündung in Beziehung gebracht wird, Typhus gewesen sei. Dr. Z. sah einen Fall von Strumafistel resp. Thyreoideafistel, die nach abwärts hinter das Sternum führte. Wahrscheinlich ist die Unmöglichkeit oder Schwierigkeit einer freien Eiterabführung in solchen Fällen die Ursache der Fistelbildung und nicht so sehr die Starrheit des Gewebes, in der die Fistel wie eingebettet ist.

Dr. Holinger: Luftaspiration in die Venen werden nicht nur bei Operationen am Halse, wie z. B. bei Strumaoperationen beobachtet, sondern auch bei Operationen am Sinus. Sogar beim Verbandwechsel kann post operationen in solchen Fällen Luft angesaugt werden, wie ich es selbst bei einem Patienten beobachten konnte, bei dem das lauthörbare schlürfende Geräusch der Luftaspiration von Ohnmacht gefolgt war. Bei kräftigen Menschen ist infolge von guter Blutfüllung der Venen die Möglichkeit des Luftesintrittes weniger zu befürchten als bei geschwächten, anämischen Personen. Sofortige Tamponade, noch bevor es zur Wiederholung von Atemzügen kommt, ist dringend nötig; doch bringen nur grössere Luftmengen Gefahr mit sich.

Dr. Herzog: Da die fragliche Erkrankung, im Anschluss an welche sich die Strumitis entwickelt hatte, vor etwa drei Monaten aufgetreten war, so lässt sich durch den Ausfall der Widalschen Reaktion heute

noch die Entscheidung treffen, ob es sich um Abdominaltyphus gehandelt habe oder nicht. Auch das bei der Operation exzidierte Gewebstück der Thyroidea soll auf Typhusbazillen untersucht werden. (In der folgenden Sitzung teilte Dr. Herzog mit, dass die Widalsche Reaktion positiv war.)

Dr. Ries (Schlusswort): Fistelöffnungen liegen in der Tat gewöhnlich über dem Jugulum oder über der Clavicula und es ist möglich, dass unter solchen Umständen die Erschwerung des Eiterabflusses bei dem gewundenen Verlauf der Fistel die Unterhaltung der letzteren bedinge; doch spielen gewiss auch die starren, fibrösen Massen in der Umgebung derselben, die Unmöglichkeit des Zusammenfallens des ausgedehnten starren Gewebtringes um die Fistel eine wichtige Rolle hiebei. Die Gefahr einer Luftembolie während der Operation an unserem Patienten war eine ziemlich grosse infolge der Unmöglichkeit des Kollabierens der Wände der Vena jugularis, die von starrem, unachgiebigem Gewebe umschlossen war.

2) Diskussion über Scharlach.

Dr. Herzog: Die Aetiologie des Scharlachs ist gegenwärtig noch vollständig unaufgeklärt. Weder Streptokokken noch die Glass'schen Diplokokken, oder andere gelegentlich gefundene Mikroorganismen, wie z. B. die Mallory'schen intrazellulären Protozoen können nach dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens als sichere Erreger angesprochen werden. Die pathologische Anatomie bietet nicht viel charakteristisches. Wir finden eine ausgesprochene Hyperplasie des lymphatischen Apparates, einschliesslich der Lymphknötchen im Alimentär- und Respirationstraktus. Wir finden parenchymatöse Degeneration mit trüber Schwellung in der Leber, den Nieren und gelegentlich in der Milz. Die Haut zeigt gelegentlich subkutane Blutungen. Die Schleimhäute des Respirationstraktus sind stark kongestioniert, gelegentlich finden sich Ulcerationen im Oesophagus, Blutungen in der Darmschleimhaut. Im Mittelohr

fand Pearce in 50 Prozent aller tödlichen Fälle Entzündungen, Broncho-Pneumonien in ca. 33 Prozent der Fälle. In der Niere findet sich mikroskopisch das von Councilman beschriebene Bild der akuten interstitiellen Nephritis mit Plasmazellen-Infiltrationsherden. Bei der schweren postskarlatinösen Nephritis findet man die hyaline Thrombose der Glomeruluschlingen, wie Herzog sie für die Beulenpest als sehr charakteristisch beschrieben.

Dr. Gustav Schirmer (Autoreferat) führt zur Therapie des Scharlachs folgendes aus: Solange als die Mortalität beim Scharlach noch auf 30 Prozent und darüber steigen kann und die Zahl der Nachkrankheiten nach Angabe der Spezialisten eine sehr hohe ist, verlohnt es sich, neue therapeutische Vorschläge zu machen. Bei der Unmöglichkeit einer kausalen Therapie bleibt nur übrig, die den Schädlichkeiten ausgesetzten Organe zu schützen und sie funktionsfähig zu erhalten, in der Hoffnung, dass sie dadurch am leichtesten der Toxine Herr werden.

Die entzündete Haut eignet sich sehr wenig zur Ausscheidung, gleichgiltig ob kalte Bäder oder heisse Packungen etc. gemacht werden. Das viele Abwaschen halte ich für schädlich; eine entzündete Haut lässt man am besten in Ruhe und reibt nicht auf ihr herum. Die kleinste Verwundung kann neue Infektionswege eröffnen. Gegen das lästige Hautjucken und Brennen werden kalte, in Oel getränkte Läppchen aufgelegt oder nur Bor-Talkum-Pulver aufgestreut.

Das Erbrechen soll nicht unterdrückt werden, denn die in den Magen ausgeschiedenen Toxine werden auf diese natürliche Weise entfernt. Ausser bei schwerer Verstopfung lässt man den Darm in Ruhe, denn erstens besteht bei Scharlach Neigung zu Hämorrhagien und zweitens ist bei einer Verdünnung des Darminhaltes eine stärkere Resorption im Darmlumen zu befürchten. Darmläufe mit Wasser unter niedrigem Drucke befördern die Stuhlentleerung und sind, entsprechend temperiert, und häufig genug ge-

macht, wohl das beste Mittel bei sehr hohem Fieber oder geringer Diurese.

Das wichtigste Organ für die Ausscheidung der Toxine sind die Nieren. Es ist nur eine logische Folgerung, wenn ich diese, mit neuer Arbeit überbürdeten Organe absolut schone. Ohne jede Schädigung des Organismus erreichen wir das, wenn wir dem Patienten eine Nahrung geben, die im Körper selbst verbrannt wird und für die Nieren keine Abbauprodukte abgibt. Ein solches Nahrungsmittel ist der Zucker; für vier Tage gebe ich nur Zucker in irgend einer Form als Nahrung, und Wasser so viel, als der Patient gutwillig nehmen will. Nach dieser Zeit gebe ich getrocknete Früchte, wie Feigen, Datteln, Pflaumen, und dann unter steter Kontrolle des Urines Abkochungen von Hülsenfrüchten mit Beigabe von Butter; Fleisch, Eier und Milch werden für einige Zeit vollständig vermieden. Diese Diät wird am schwersten am zweiten Tag empfunden. Die schwierigste und wichtigste Aufgabe ist die Desinfektion der Mund- und Nasenhöhle.

Beide werden in ½ständigen Zwischenräumen mit Kollargol in 5% Lösung und Hydrogenium hyperoxydatum, dem Aqua Calcis beigesetzt wird, behandelt. Gleichgiltig, wie es gebraucht ist, die Hauptsache ist, dass die zu desinfizierenden Teile mit der Kollargollösung imprägniert werden und gleich darauf mit Hydrogenium hyperoxyd. cum Aqua Calcis in Berührung gebracht werden. Die Eiweisssubstanzen haben eine grosse Affinität zum Kollargol, und sind sie imprägniert, so bilden sie katalytische Depots zur Zersetzung des H_2O_2 . Ob wir dabei mit dem Pinsel das Kollargol auftragen oder mit dem Spray das Peroxyd in den Rachen spritzen, das hängt viel vom Alter des Patienten und der Schwere des Falles ab. Bei ganz kleinen Kindern gebe ich 10 Tropfen Kollargollösung und nach einer Minute 20 Tropfen Wasserstoff-superoxydlösung.

In die Nasenhöhle schütte ich zwei Tropfen Kollargollösung und 8 Tropfen H_2O_2 Lösung mit einem Teelöffel bei zurückgebeugten Kopfe. Sehr häu-

fig tritt im Anfang der Krankheit bei dieser chemischen Zersetzung Erbrechen und Würgen ein, bei dem grosse Schleimmassen heraus befördert werden. Es macht mir den Eindruck, dass gerade solche Fälle ausserordentlich rasch genesen. Auch echte diphtherische Beläge verschwinden bei dieser Behandlung. Diese Wirkung ist eine umso mehr willkommene, als die Einverleibung des Diphtherie-Antitoxines bei Scharlach — d. h. dem vollständig entwickelten — keine gleichgiltige Sache ist; für den Grund kann ich keine wissenschaftliche Belege beibringen; aber schon die Tatsache, dass die Minimaldosis von Diphtherie-Antitoxin bei Scharlach 5000 Einheiten beträgt, beweist den grossen Unterschied gegenüber der einfachen Diphtherie.

Die Zeiträume der Desinfektion werden von Tag zu Tag länger, müssen aber bis in die Zeit der vollständigen Genesung fortgesetzt werden. Urotropin kann zweckmässiger Weise gegeben werden. Wenn meine Methode, die drei Jahre alt ist, richtig durchgeführt wurde, so beobachtete ich 1. Rasches Verschwinden der toxischen Symptome, 2. Schweissbildung sehr frühzeitig, 3. Spiellust der Kinder, 4. rasches Verschwinden der schmerzhaften Drüsengeschwülste, 5. ausgezeichnete Diurese mit eiweissfreiem Urin.

Dr. H o l i n g e r unterstützt die Therapie des Dr. G u s t a v S c h i r m e r, soweit Nase und Pharynx in Betracht kommen; Reinigung des Rachens ist von grösster Wichtigkeit, eventuell Spray.

Es gibt drei Formen von Scharlachotitis, die zur Behandlung kommen.

1.) Die akute Form der Mittelohrentzündung während des Scharlachs; bei ihr erfolgt der Durchbruch nach aussen meist sehr früh und oft hoch am Trommelfell; sie betrifft einen sonst meist schwer erkrankten Organismus, der sich nicht mehr wehren kann, weshalb der Zerfall, die Nekrose bei Scharlachotitis so rasch und ausgedehnt ist — im höheren Grade als bei Otitiden aus anderen Gründen. Darum ist hier die Trommelfellperforation

so gross und die Zerstörungen im Warzenfortsatz so häufig. Die Abfuhr der Sekrete zugleich mit der Hebung des Allgemeinbefindens ist von höchster Wichtigkeit.

2.) Chronische Mittelohrentzündungen, die erst später, oft nach Jahren in Behandlung kommen. Hier findet man starke Epidermiswucherungen und Cholesteatombildungen, die auch noch nach 15 bis 20jährigem Bestand der Otitis mitunter durch Komplikationen von Seiten des Sinus die operative Behandlung erheischen.

3.) Otitis interna (Labyrinthentzündung) mit Taubheit. Die Statistiken der Taubstummenanstalten geben 18 Prozent Taubstummheit als durch Scharlach bedingt an. Diese Otitis interna ist gewöhnlich hämatogenen Ursprunges und kann ohne Mittelohrreiterung verlaufen. Natürlich bedeutet eine Innenohrerkrankung eine Erschwerung des Krankheitsbildes des Scharlachs.

Die Kinder sind bewusstlos, haben Kopfschmerzen und bieten, wenn sie aus der Umnebelung erwachen, Taubheit. Sie zeigen ausserdem Schwindel, Unsicherheit in allen Bewegungen, Erscheinungen, welche für Monate oder Jahre andauern können. So sieht man in den Taubstummenanstalten viele der Insassen mit breitspurigem Gange gehen. Die meisten Fälle von akuter Otitis interna enden wohl letal; man findet dann bei der Sektion die Schnecke mit Granulationen ausgefüllt oder im späteren Stadium in soliden Knochen umgewandelt. Neuritis acustica kommt nicht häufig bei Scharlach vor.

Die weitere Diskussion über Scharlach wird wegen vorgerückter Zeit vertagt.

Dr. M a y w i t t demonstriert ein mikroskopisches Präparat von Glass'schen Körpern von einem seiner Scharlachkranken.

Sitzung vom 7. März 1907.

Vorsitzender: Dr. Herzog.

Programm.

1) Fortsetzung der Diskussion über Scharlach.

2) Dr. A. Decker: **Zweck und Ziel der Deutschen Medizinischen Gesellschaft von Chicago, Ill.**

3) Kandidaten: Dr. L. A. Müller, 306 E. Division St.; Dr. Darling, 3802 Ellive Ave.

Das Protokoll der Sitzung vom 31. Januar wird verlesen und angenommen.

Dr. A. Strauch: Die Tatsache, dass zu den ersten Symptomen des Scharlachs Halsschmerzen gehören, weist auf die Tonsillen als den primären Herd des Krankheitserregers hin. Diese Annahme wird durch den Verlauf des (extrabukkalen) Wund-scharlachs gestützt. Erst von den Tonsillen — der Prädilektionsstelle — gelangen die Erreger auf dem Wege der Lymphbahnen in die regionären Lymphdrüsen und durch direkte Uebertragung auf die Schleimhäute des Nasenrachenraumes, der Nase, der Tuba Eustachii und des Mittelohres und erzeugen hier die primären Komplikationen. In einem gewissen Gegensatz stehen die toxischen Symptome, zu denen das Erbrechen, das Fieber, die bedeutende Pulsbeschleunigung, die Beteiligung des Nervensystems und das Exanthem gehören. Gerade diese toxischen Symptome werden durch das Moser'sche polyvalente Streptokokkenserum auffallend günstig beeinflusst. Dr. S. geht des genaueren auf die Besprechung der Symptomatologie mit besonderer Berücksichtigung der Frühdiagnose mit Gegenüberstellung der Diphtherie und der gewöhnlichen Angina ein, behandelt die Differenzialdiagnose zwischen Scharlach und Röteln, Arzneiexanthenen, Serumexanthenen, Erythemen bei Influenza, Typhus abdom. und Kinderpneumonien; Erythema scarlatiforme recidivum, Erythema infectiosum (Megalerythema epidemicum), Ekzemen kleiner Kinder etc. Es folgen Bemerkungen über die Leukozyten bei Scharlach, über die multiple Lymphadenitis (in axilla, inguine), über Wund-scharlach und septische Erytheme. Von den im akuten Stadium sich vorfindenden Lymphdrüsen-schwellungen verschieden ist die Lymphadenitis submaxillaris postscarlatinosa, deren Er-

kenntnis für die Spät-diagnose wichtig sein kann.

Die gegenwärtige grosse Scharlach-epidemie in Chicago, mit ihren in der überwiegenden Mehrzahl typischen, wenn auch leichten Krankheitsformen, gab Gelegenheit zur Beobachtung zahlreicher in manchen Punkten atypischer Fälle, die jedoch die Annahme, dass es sich um Duke'sche Krankheit handle, durchaus nicht rechtfertigen. Dr. Strauch sah verspätetes Auftreten des Scharlachexanthems am 3., 4. und 5. Tag nach Einsetzen der Initialerscheinungen bei sicherer Beobachtung, ferner einigemal sehr flüchtige, lokalisierte Scharlachexantheme, das Auftreten von masernähnlichen und diffusen Prodromalexanthenen, eine Komplikation mit Varizellen, Herpes labialis neben Angina als seltenes Initialsymptom, wiederholte Fälle von Scarl. sine exantheme, rudimentäre und ganz leichte Scharlachformen, deren Identität durch gleichzeitiges Vorkommen typischer Scharlachfälle in derselben Familie gesichert ist. Gerade diese leichten, sowie die rudimentären Fälle mit blossen Scharlachanginen, die ohne Inanspruchnahme des Arztes verlaufen, verdienen eine grosse praktische Würdigung, da die Patienten bei ihrem „nur leichten Unwohlsein“ den Verkehr mit der Aussenwelt überhaupt nicht unterbrechen oder zu früh wieder aufnehmen, sei es in Schule oder anderwärts, und auf diese Weise die Verbreitung der Krankheit ohne Zweifel besorgen. Das Nasenrachensekret Scharlachkranker und Rekonvaleszenter spielt bei der Krankheitsübertragung eine gewisse Rolle, wie experimentell nachgewiesen wurde. Viele Kinder mit leichtem Scharlach würden aus der Schule nach Hause geschickt, oft erst im Stadium beginnender Schuppung. Einführung einer gründlichen Schulinspektion durch Aerzte ist daher ein dringendes Gebot. Möglicherweise hängt die numerisch so enorme Ausbreitung der gegenwärtigen Scharlachepidemie zum Teile auf diese Weise direkt mit dem auffallend leichten Genius epidemicus zusammen.

Die Vermittlung des Scharlachs durch Milch ist erwiesen; namentlich

aus England rühren diesbezügliche Erfahrungen her. Nicht, als ob Scharlach bei Kühen vorkommen würde; vielmehr handelt es sich um mechanische Verunreinigung der Milch beim Melken der Kühe und Hantieren der Milch durch scharlachkranke Bedienstete oder deren Angehörige. Besonders der Rahm soll gefährlich sein. Baginsky stellte eine ganze Reihe einwandfreier Fälle aus der Literatur zusammen.

Bekanntlich wird der gegenwärtige Scharlachaussbruch in Evanston (Vorstadt von Chicago) auf die Milchversorgung aus Genua Junction von den Ärzten zurückgeführt, wo unter Farmern und Angestellten der Milchwirtschaft Scharlachfälle konstatiert worden waren. Im Augenblick ist eine Kritik dieser Annahme noch nicht möglich.

Dr. Strauch wiederholt die ermutigenden Resultate, die man mit dem Moser'schen Scharlachserum in Wien und an anderen Orten erzielt hat.

Die Darstellung dieses Serums begann man in Wien 1900 durch Immunisierung von Pferden mit Streptokokkulturen, die aus dem Herzblut von vielen Scharlachleichen genommen waren. Es wurden gewöhnlich nur solche Kranke mit dem Serum behandelt, welche eine dubiose oder fast letale Prognose boten, um, wie Moser sagt, „die Mortalitätsstatistik ungünstig zu belasten.“

Mit Dosen von 180—200 Gramm, am ersten oder zweiten Krankheitstag gegeben, gelang es, alle Kinder zu retten. Die Mortalität beginnt erst bei Anwendung des Serums am dritten Tage und beträgt hier 14 Prozent, am vierten Tage 23,08 Prozent, am fünften Tage 33 Prozent, am sechsten Tage 40 Prozent.

Die Sterblichkeitsziffer, die an der Escherich'schen Kinderklinik in den früheren Jahren zwischen 12 und 16 Prozent geschwankt hatte, sank mit der Einführung des Moser'schen Scharlachserums auf 8,9 bis 6,7 Prozent hinunter, während die der übrigen Wiener Kinderspitäler mit 13 Prozent figuriert, obwohl gerade die leichteren Fälle von der Escherich'schen Kli-

nik an die letzteren gewiesen worden waren.

Das Moser'sche Serum hat nach den Erfahrungen Escherich's einen ausgesprochenen günstigen Einfluss auf die sogenannten toxischen Symptome der Scarlatina, wie Temperatursteigerung, abnorm hohe Pulsfrequenz, Dyspnoe, Erbrechen, Exanthem und die Alterationen des Nervensystemes, Delirien, Koma, Somnolenz, Jaktationen. Kinder, welche hochgradige Intoxikationserscheinungen geboten hatten, mit kühlen Extremitäten, cyanotisch'-fleckigem Exanthem als Ausdruck des Kollapses, zeigten 24 Stunden nach der Seruminjektion ein völlig verändertes Bild im Sinne auffallender Besserung. Die Temperatur sinkt, das Bewusstsein kehrt zurück, die Erscheinungen der auf Intoxikation beruhenden Herzschwäche schwinden, das Exanthem bleibt in seiner Entwicklung stehen oder verschwindet rasch. Die Krankheitsdauer ist verkürzt. Die Injektion muss aber möglichst frühzeitig gemacht werden. Die präventive Injektion wurde in 39 Fällen gemacht; von diesen erkrankten nur vier und zwar an sehr leichten Scharlachformen. Therapeutisch wurde das Serum an über 200 Fällen der Escherich'schen Klinik erprobt.

Günstig äussern sich auch Pospischill, Schick, Zuppinger, Bokay und andere, während Heubner und Baginsky sich sehr skeptisch verhalten.

Man kann auf Grund der Literatur über diesen Gegenstand, der erst unlängst von Dr. Saltykow zusammengestellt wurde, die Meinung aussprechen, dass das Moser'sche Serum Beachtung verdient und weiteren Anwendungen und Untersuchungen unterworfen werden soll.

Im Interesse der Kranken und der Wissenschaft sollte auch hier in Chicago das Serum an den Scharlachabteilungen versucht werden, und es ist zu bedauern, dass hier vorläufig kein Institut für die Darstellung des Scharlachserums nach den Angaben Moser's und Paltau's besteht.

Die Verwendung des Behring'schen Diphtherieserums bei reinem

Scharlachdiphtheroid ist theoretisch und praktisch unbegründet. Natürlich hat es seinen Platz bei der Kombination von Scharlach mit echter Diphtherie.

Die Bezeichnung „Vierte Krankheit“ (fourth disease) erscheint zum ersten mal 1900 in der englischen Literatur („Lancet“). Die Krankheit verhält sich symptomatisch zum Scharlach wie die Röteln zu den Masern, d. h. sie ist dem mit milden allgemeinen Infektionserscheinungen einhergehenden sogenannten abortiven Scharlach ähnlich. C l e m e n s D u k e s (Arzt im Rugby Hospital), nach welchem auch die Krankheit genannt wird, fasste dieselbe als eine selbstständige Erkrankung auf, für welche der milde Verlauf, der Mangel an Komplikationen und Nachkrankheiten, das Schwinden der Infektionsfähigkeit innerhalb 2 bis 3 Wochen, das Fehlen der Himbeerzunge und die lange Inkubationsdauer von 14 bis 15 Tagen charakteristisch ist. Diese Erkrankung wurde von D u k e s zu wiederholtenmalen bei Kindern gesehen, die echten Scharlach oder Röteln bereits durchgemacht hatten.

Schon N i l F i l a t o w hat 1885 die Frage nach der Möglichkeit der Existenz einer solchen selbstständigen Infektionskrankheit aufgeworfen. Die Frage ist jedoch bis heute noch nicht erledigt.

Dr. A l e x. B e h r e n d t wendet sich gegen den von Dr. G. S c h i r m e r geforderten Ausschluss der Milch von der Ernährung Scharlachkranker während der ersten vier Wochen der Krankheit. Milch ist nicht nur ein ausgezeichnetes Nahrungsmittel, sondern auch Heilmittel bei Nephritis und wirkt als vorzügliches Diuretikum, kann also bei Scharlach durchaus keine Belastung der Nieren bedingen. Zufuhr von stickstoffhaltiger Nahrung ist für die notwendige Erhaltung des Eiweißbestandes, der ohnehin durch die Krankheit bedroht ist, dringend nötig.

Dr. G. S c h i r m e r wiederholte zur Entgegnung seine früher vorgebrachten Argumente für seine Ernährungsprinzipien bei Scharlach und weist auf die damit erzielten guten Resultate hin, insbesondere auf die Tatsache, dass die

Kinder trotz der Milchabstinenz in der Rekonvaleszenz ein gutes Aussehen und einen guten Ernährungszustand bieten.

Dr. L u c k h a r d t pflichtet Dr. S t r a u c h in der Annahme bei, dass es sich während der gegenwärtigen Epidemie in Chicago um reinen, wenn auch in einigen Fällen etwas atypischen Scharlach handelt. Die Identität solcher atypischer Fälle mit Scharlach wird durch das gleichzeitige Auftreten typischer Scharlachfälle in ein und derselben Familie hinreichend bewiesen. Dr. L. litt selbst vor Jahren an Scharlach, dessen Quelle ein Patient mit Scarlatina sine exanthemate war. Seine Erfahrungen während der gegenwärtigen Epidemie (seit November) erstreckt sich auf 80 bis 100 Fälle der eigenen Praxis. Die vom Department of Health ausgegebenen Zahlen der Scharlachkrankungsfälle sind viel zu klein, da mit Sicherheit eine erhebliche Anzahl von Erkrankungsfällen nicht angezeigt wird; wird ja zugestandenermaßen meist nur der erste Scharlachfall in einer Familie dem Gesundheitsamt berichtet, um die Erfordernisse der Quarantainevorschriften durchzusetzen, nicht mehr aber die unmittelbaren folgenden Fälle derselben Familie. Dr. L. beobachtete ebenfalls zu wiederholtenmalen blasse Anginen in Scharlachfamilien. Bei einem Scharlachkranken sah Dr. L. das Auftreten eines subkutanen Abszesses in der Palma und am Oberschenkel, in einem anderen leichten Scharlachfall Vereiterung von Lymphdrüsen in beiden Axillen. Unter seinen Patienten starben vier. Dr. L. befürwortet Milchdiät; doch ist bei Niereninsuffizienz die Flüssigkeitszufuhr im Sinne v. N o o r d e n ' s zu beschränken; das heisst, die übermäßige Flüssigkeitszufuhr etwa in der irrigen Absicht, die „Nieren durchzuspülen“ ist zu verwerfen mit Rücksicht auf die dadurch hervorgerufene funktionelle Mehrbelastung von Herz und Nieren.

Dr. M a y w i t t zitiert aus der Literatur eine Erfahrung, welche ein 20-jähriges Ueberdauern des Scharlachgiftes beweisen soll. Er selbst beobachtete in der jetzigen Epidemie einige

Fälle von Lymphadenitis submaxillaris postscarlatinosa und erwähnt zwei von ihm beobachteten Fälle von Typhus abdominalis mit scharlachähnlichem Exanthem.

Dr. Radetski's Beobachtungen der letzten Jahre erstrecken sich auf ca. 300 meist sporadische Scharlachfälle mit einer Mortalität gleich Null. Es scheint, wenn man die Mortalitätsziffern aus Europa zum Vergleich heranzieht, hier in Amerika der Krankheitscharakter im allgemeinen ein leichter zu sein.

Dr. R. verhält sich in der Therapie gewöhnlich expektativ; man macht die Beobachtung, dass hier in Chicago von sehr vielen Aerzten bei Scharlachdiphtherie das Behring'sche Diphtherieantitoxin verwendet wird.

Dr. Dohrmann hat in der gegenwärtigen Epidemie unter ca. 70 Patienten keinen einzigen verloren.

Dr. Westerschulte bedient sich der Hydrotherapie und kühler Wassereinflüsse in den Mastdarm zur Bekämpfung zu hoher Temperaturen und befürwortet die Milchdiät und die Verabreichung von Schleimsuppen und Fruchtsäften. Auf die Erhaltung der Körperkräfte ist besonderes Gewicht zu legen.

Dr. Decker vermisst in den eben vorgebrachten Behandlungsmethoden eine wirkliche, überzeugende Motivierung. In leichten Fällen von Scharlach, der ja eine zyklische Krankheit ist, bedarf es keiner therapeutischen Eingriffe, da er spontan heilt.

Hierauf hält Herr Dr. Decker seinen, von ungeteiltem Beifall aufgenommenen Vortrag, der eine interessante objektive, juristische Studie darstellt. Wegen vorgerückter Zeit wird die Diskussion aufgeschoben.

Herr Dr. L. A. Müller und Herr Dr. Darling werden einstimmig zu Mitgliedern der Deutschen Medizinischen Gesellschaft gewählt.

Sitzung vom 21. März 1907.

Vorsitzender: Dr. Decker (in Abwesenheit des Präsidenten).

Programm.

1) Diskussion über den Vortrag des Herrn Dr. Decker: **Zweck und Ziel**

der Deutschen Medizinischen Gesellschaft von Chicago.

2) Dr. A. Heym: **Multiple Neuritis.**

3) Dr. Rembe: **Ueber Nasenbluten.**

I. An der Diskussion, die eine sehr rege ist und das lebhafteste Interesse an dem Inhalt des Vortrages beweist, nahmen die Herren Dr. Lieberthal, Dr. Gustav Schirmer, Dr. Riebel, Dr. Josef Beck, Dr. Carl Beck, Dr. Holinger und Dr. Schmauch teil.

Im Schlusswort spricht Dr. Decker seine Genugtuung darüber aus, dass dieses Thema mit Gründlichkeit und Offenheit diskutiert und mit Interesse aufgenommen worden war. Die Diskussion soll nach einer Beschlussfassung nicht publiziert werden.

II. Diskussion zu Dr. Heym's Vortrag:

Dr. Riebel macht Mitteilung von einem Falle von Polyneuritis, eine Frau betreffend, bei der sich vornehmlich Schmerzen und nicht motorische Lähmungen gezeigt hatten. Die Patientin starb.

Auf die Bemerkung des Herrn Dr. Decker, in der Abhandlung über Neuritis im Nothnagel'schen Handbuch heisse es, dass die Reflexe gesteigert seien, erwidert Dr. Heym, dass die Reflexe bei ausgesprochenen Neuritiden fehlen, dass sie höchstens im Anfang vorhanden sein mögen. Ausnahmen kommen allerdings vor.

Dr. Carl Beck fragte nach Erfahrungen bezüglich der Dauer einer traumatischen Radialislähmung und der Abkürzung derselben durch elektrische Behandlung, da er gerade gegenwärtig einen Fall einer auf Narkose aufgetretenen Radialislähmung seit 6 Wochen in seinem Spital ohne Aenderung des Zustandes in Behandlung habe.

Dr. Strauch (Autoreferat) teilt mit, dass er Gelegenheit hatte, zahlreiche Fälle von Beriberi (Neuritis multiplex endemica) im Orient zu sehen; die ersten drei Fälle bei der Einschiffung von 600 chinesischen Kulis in Singapore für die Reise nach Hongkong. Die Diagnose konnte schon aus der Entfernung aus der charakteristi-

schen Gangstörung gemacht werden, welche besonders deutlich beim Gehen über die vom Quai auf das Schiffsverdeck steil aufsteigende Brücke war. Es handelte sich in diesen Fällen um die chronische atrophische Form mit Beteiligung des Herzens, die sich im schnellen, unregelmässigen, leicht erregbaren Puls, in Hypertrophie des Herzens mit Akzentuation des zweiten Pulmonaltones äusserte; es bestand noch Atemnot bei geringen körperlichen Anstrengungen. Abgesehen von abortiven, rudimentären Formen von Beriberi gibt es drei Hauptformen. Die atrophische Form mit progressivem Muskelschwund besonders an den unteren, oft aber auch an den oberen Extremitäten, neuritischen Ursprunges. Folgeerscheinungen dieser Paralysen, z. B. Spitzfuss und Kontrakturen am Handgelenk durch vornehmliche Beteiligung der Extensoren ähnlich der Bleilähmung, Heiserkeit und Aphonie infolge Lähmung der Kehlkopfmuskeln konnte Dr. S. in einem Spital in Hongkong sehen. Ebenso auch Beispiele der zweiten Form, der oedematösen, bei der es namentlich an den Beinen zu oedematösen Schwellungen kommt. Anästhesie ist selten. Die dritte Form ist die kardiale, perniziöse, bei welcher binnen kurzer Zeit analog wie bei Diphtherie durch Herzlähmung der Tod erfolgen kann. Die Patellarsehnenreflexe fehlen in entwickelten Fällen von Beriberi vollständig. Heilung ist möglich, die Mortalität schwankt zwischen 3 bis 50 Prozent in den verschiedenen Epidemien — also innerhalb sehr weiter Grenzen. Beriberi ist eine multiple Neuritis.

Dr. Strauch berichtet ferner über einen Fall von viele Monate dauernder Arsenikneuritis der unteren Extremitäten nach kleinen Dosen von Fowler'scher Lösung.

Dr. Heym antwortet im Schlusswort, dass die Heilungsdauer der traumatischen Neuritis von der Intensität des Traumas und dessen Wirkung abhängig ist. Traumatische Facialislähmungen können bereits nach acht Tagen schwinden, wofern dieselben nur wenig ausgesprochen waren. Im Durchschnitt nimmt die Restitution

etwa 3 Monate in Anspruch, mitunter aber noch längere Zeit, bis Jahre; oder in seltenen Fällen ist die Lähmung unheilbar. Gewöhnlich heilen die traumatischen Radialislähmungen. Mit Beziehung auf den von Dr. Riebel zitierten Fall bemerkt Dr. Heym, dass die motorische Lähmung nicht immer deutlich sichtbar zu sein braucht, wenn noch genügend andere motorische Nervenfasern funktionsfähig geblieben sind; doch würde man Entartungsreaktion nachweisen können.

Wichtig ist es zu beachten, dass bei Neuritis alkoholische Getränke streng zu vermeiden sind, da Alkohol ein Nervengift ist.

Wegen vorgerückter Zeit wird der Vortrag des Herrn Dr. Rembe verlagt.

Sitzung vom 4. April 1907.

Vorsitzender: Dr. Herzog.

Programm.

- 1) Dr. Rembe: **Ueber Nasenbluten.**
- 2) Dr. Zimmermann: **Ueber moderne Wundbehandlung.**
- 3) **Geschäftliches.**

Dr. Holinger eröffnet die Diskussion zu Dr. Rembe's Vortrag.

Es dürfen von den praktischen Aerzten keine technischen Erfahrungen in den verschiedenen, oft komplizierten Blutstillungs- und Untersuchungsmethoden verlangt werden, die er nicht haben kann. Einfach ist es aber, die Nasenspitze aufzuheben, um am vorderen Ende des Septums die blutende Stelle zu sehen und zu behandeln. Dr. H. spricht sich ebenfalls gegen die Verwendung von Eisenchloridlösung, wenn auch mit einer Einschränkung, aus: Die sonst unerwünschte verschorfende Wirkung des Eisenchlorides ist dort angebracht, wo es sich um die Behandlung ekstatischer Venen handelt; auch Trichloressigsäure ist hier verwendbar. Der Staub und Schmutz in den Städten spielt eine sehr wichtige ätiologische Rolle in der Erzeugung des Nasenblutens, bedingt durch eine Rhinitis anterior, die hier in Chicago namentlich sozusagen epidemisch ist. Die Epidermis überwuchert

die Schleimhaut, eine Metaplasie ist die Folge des chronischen Reizes, der mit beständigem Bohren und Entfernen der Krusten aus dem Vestibulum verknüpft ist. Ein einfacher Tampon auf die blutende Stelle hier appliziert, genügt zur Blutstillung. Zur Verhinderung neuer Krustenbildungen dient eine Salbe, z. B. Lanolin mit etwas gelbem Quecksilberoxyd und einigen Tropfen Perubalsam, der den Zweck hat, die Salbe besser klebend zu machen.

Dr. Vahlteich verwirft alle Eisensalze, inklusiv das von Dr. Rembe empfohlene Ferropyrin, mit Rücksicht auf die nekrotisierende, koagulierende Wirkung derselben auf das Schleimhautepithel. Nach Abstossung des Schorfes entsteht eine entblösste Stelle, welche ulzerieren kann. Bei arteriellen Blutungen wirken sowohl Eisensalze als auch Wasserstoffsuperoxyd, das von Dr. Rembe so warm empfohlen wird, unsicher, und man kann den Patienten nicht mit ruhigem Gewissen fortgehen lassen. Sicher wirkt nur die Tamponade. Ausgezeichnet, wenn auch etwas kompliziert, ist die von Feer beschriebene „schichtweise Tamponade“ mittels schmaler Lintstreifen, die mit Bismut imprägniert sind; das letztere verhindert das Faulen, sodass man diese Tampons sechs Tage liegen lassen kann.

Dr. E. Ries bemerkt, dass die Lehre von den vikariierenden Nasenblutungen unrichtig sei; er wenigstens habe trotz 18 bis 20jähriger gynäkologischer Erfahrung noch niemals einen solchen Fall gesehen, auch nicht nach Entfernung des Uterus mit Zurückbleiben der Ovarien. Schwellungen der Nasenschleimhaut können natürlich zur Zeit der Menstruation gelegentlich Blutungen hervorrufen, doch sind diese unregelmässig, während vikariierendes Nasenbluten regelmässig wiederkehren müsste.

Dr. Carl Beck: Die schichtweise Packung wird in den verschiedensten Körperhöhlen verwendet, ist sehr wirkungsvoll, hat aber den Nachteil, dass die Entfernung der Streifen manchmal sehr schwierig ist. Besser ist die Verwendung eines einzigen langen Strei-

fens, der in der Mitte mit einem Faden armiert ist, längs des Fadens kann der Streifen leichter sowohl eingeführt als auch herausbefördert werden. Der Faden hat einfach den Zweck, eine Verwicklung des Streifens zu verhindern.

Dr. Zimmerman weist auf die grossen Schwierigkeiten der Blutstillung bei Haemophilie hin.

Dr. Decker: Nasenblutungen sind im allgemeinen leicht und nach den verschiedenen, hier erwähnten Methoden zu stillen; doch kommt es dem praktischen Arzt hauptsächlich um die Anwendung der einfachsten Mittel an. Die Applikation von Gelatine mittels Wasser habe ihm gute Dienste geleistet.

Dr. Croftan: Es gibt Nasenblutungen, die man nicht stillen soll, weil sie ähnlich einer Venaesektion erleichternd wirken; z. B. bei Herzfehlern, bei drohender Apoplexie. Die Möglichkeit einer vikariierenden Nasenblutung ist doch nicht so absolut von der Hand zu weisen.

Dass Wasserstoffsuperoxyd, das von Dr. Rembe so warm empfohlen wurde, ein ausgezeichnetes Haemostatikum ist, habe er an sich selbst erfahren, nachdem die verschiedensten Mittel gegen eine acht Tage lang währende arterielle Blutung aus einer kleinen Exulzeration am Nasenseptum vergeblich angewendet worden waren.

Dr. Rembe (Schlusswort): Eisenchlorid ist nachteilig, wenn die Blutung nicht sofort steht, da sich viele Koagula bilden, deren schwierige Entfernung wieder eine Blutung anfachen kann. Die „schichtenweise Tamponade“ hat den Nachteil, dass sie zu umständlich ist, von Seiten des Praktikers viel Geschicklichkeit und eine gute Beleuchtung erfordert. Die Anwendung des Wasserstoffperoxydes hingegen ist höchst einfach und kann sozusagen im Dunkeln geschehen.

Bei der Verwendung von Gelatine in loco ist die Möglichkeit einer Tetanusinfektion im Auge zu behalten. Gelatine wirkt auch innerlich genommen und wäre neben Adrenalin intern vielleicht bei Nasenblutungen Haemophiler zu versuchen.

Hierauf hält Dr. Zimmerman seinen ausführlichen Vortrag.

Dr. S a u r e n h a u s eröffnet die Diskussion.

Seit 20 Jahren bediene er sich nur des Katguts, das zur Verhinderung von Nekrose immer nur leicht geknüpft werden soll. Dieser technische Punkt ist sehr wichtig. Die Asepsis bei Operationen ist schwierig zu beachten, wenn mehrere Personen (Assistenten, Wärterinnen etc.) beteiligt sind; je grösser die Anzahl der beteiligten Hände umso grösser die Wahrscheinlichkeit von kleinen Verstössen gegen die Asepsis mit bisweilen schweren Folgen. Dr. S. konnte als unbeteiligter Zuschauer bei Operationen fast immer derartige Fehler beobachten. Besonders nach Assistentenwechsel häufen sich die Unregelmässigkeiten.

Dr. C a r l B e c k betont die Wichtigkeit der sich gleichbleibenden Assistenz zur Wahrung der Asepsis und die Notwendigkeit der Trennung der „septischen“ von „aseptischen“ Assistenten und Operationslokalen. Das grobe Operieren soll so viel wie möglich vermieden werden; namentlich das Zerreißen der Gewebe mittels Hand oder Gazebausch, da so nekrotische Fetzen geschaffen werden, die für die primäre Wundheilung nicht gleichgültig sind. Auch eine exakte Blutstillung, Vernähung eines nicht mehr blutenden Gewebes nach Versorgung auch kleinster Gefässe ist bedeutungsvoll, denn Räume mit Blutansammlung geben Keimen Gelegenheit zur Entwicklung. Das Ligieren von grösseren Bündeln muss soviel wie möglich vermieden werden, vielmehr soll nur das Gefäss unterbunden und die Zahl der Nähte und Knoten möglichst beschränkt werden. Bei infektiösen Operationen sind Gummihandschuhe zu verwenden, um die Hände vor Infektion zu schützen.

Dr. D o e p f n e r macht einige historische Bemerkungen und weist darauf hin, dass die offene Wundbehandlung bereits vor der Antiseptik entwickelt war; erst nach dem bakteriologischen Unwesen kam die vergessene offene Wundbehandlung wieder in den Vordergrund. Wunden nach Unfällen oder solche, die von uns gesetzt werden mit nicht sicherer Asepsis, sollen

offen bleiben, bis die Asepsis evident ist, und mögen dann sekundär genäht werden. War die Wunde nicht aseptisch, dann ist der Verlauf derselben bei der offenen Behandlung leichter zu beherrschen. Bei Unfallswunden und unsicheren chirurgischen Wunden soll man ja nicht zu viel nähen. Auch das Anlegen von zu kleinen Schnitten bei Infektionen ist ein falsches Prinzip.

Dr. E. R i e s kritisiert die hier in Amerika vielfach geübte Anwendung von starken Antiseptizis bei Unfallswunden, besonders auch bei den leichtesten Verletzungen und berichtet einen Fall, wo durch den Gebrauch von starken Antiseptizis ausgedehnte Entzündungen der Haut hervorgerufen worden sind. Solche Wunden werden durch reizende Mittel wie Karbolsäure in der Heilung gestört; oberflächliche, vielleicht auch tiefere Gangrän (Nekrose) kann unter solchen Umständen Platz greifen. B e r g m a n n zeigte, dass akzidentelle Wunden bei einfach aseptischer Behandlung rascher heilen als bei antiseptischer. Ueber den Mikroorganismen darf man nicht den Makroorganismus mit seiner Widerstandskraft vergessen, für deren Massstab wir vorläufig kein Mittel besitzen. Ob der Opsoninindex hierzu dienen kann, wird die Zukunft erst zeigen. Herr Dr. Z i m m e r m a n n ist zu beglückwünschen zu der reichen Gelegenheit, die sich ihm geboten hatte, mit Chirurgen vieler Länder und Nationen bekannt zu werden; darum freue uns die Anerkennung, welche Dr. Z i m m e r m a n n den Amerikanern zollt, umso mehr.

Dr. H o l i n g e r: Bei Ohren- und Nasenwunden liegen besondere Verhältnisse vor; jene sind stets septisch. Dr. H. sieht vollständig von vorbereitenden Desinfizierungen der Nase oder des Rachens vor operativen Eingriffen ab; trotzdem kommt Heilung bereits nach 3 bis 4 Tagen zu Wege.

Dr. R i e b e l: Die Vorbereitung der Haut vor Operationen soll nach einfachen Prinzipien geschehen; die Haut soll nicht durch die Anwendung von zu starken Antiseptizis angegriffen werden. Katgut ist, da es aus Darm fabriziert wird, oft sehr unrein; Naht-

material, das aus dem Ligamentum nuchae der Walrosse verfertigt wird, (Senn) verdiene wegen seiner Reinlichkeit und grösseren Haltbarkeit den Vorzug.

Dr. Doepfner weist noch einmal darauf hin, dass es eine Illusion ist, septische Wunden mit Antiseptis zu behandeln; letztere wirken höchstens deodorisierend.

Dr. Alfred Schirmer spricht über seine guten Erfahrungen mit Kollargol bei der Behandlung von akzidentellen Wunden, im speziellen der Kopfwunden. Kollargol habe den Vorzug,

dass es bei starker antiseptischer Wirkung keine Reizung der Gewebe hervorruft.

Dr. Zimmermann dankt im Schlusswort für die Ergänzungen in der Diskussion.

Geschäftliches: Es wird beschlossen, im Sinne eines Antrages des Herrn Dr. Ries, dem „Vereine alter deutschen Studenten in New York“ unsere Sympathie mit dessen Bestrebungen, hier in Chicago einen Zweigverein zu begründen, auszudrücken.

Dr. Aug. Strauch,
Schriftführer.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten und insbesondere der Gonorrhoe ist im Verlaufe der letzten 10 Jahre zu einem viel und öffentlich besprochenen Thema geworden. Das Hauptverdienst daran hat die „Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“. In Deutschland wurde die „Autophylaxe“ in einer ganzen Anzahl von Mitteilungen besprochen; spezielle Apparate zur Verhütung der gonorrhoeischen Infektion werden unter immer neuen Namen empfohlen; so hat u. a. Blokusewski bereits im Jahre 1899 einen Taschentropfapparat, mit 2 proz. Protargollösung gefüllt, zu diesem Zwecke in den Handel gebracht und einige Jahre später seine Apparate „Samariter“ und „Sanitas“ konstruiert. Allein das trifft alles nur für europäische Länder zu; hier in Amerika durfte von derartigen Dingen beileibe nicht die Rede sein, sonst hätte man sich ja dem Vorwurfe ausgesetzt, durch diese prophylaktische Mittel die Unmoral zu fördern. Bei einer in der Deutschen medizinischen Gesellschaft der Stadt New York im Jahre 1903 stattgefundenen Diskussion über die Abortivbehandlung der Gonorrhoe machte Dr. L. Weiss die Mitteilung, dass er, von dem Gedanken ausgehend, dass die Prophylaxe vor die Abortivbehandlung zu setzen sei, schon früher einige dieser Präservativfläschchen aus Deutschland herübergebracht habe, dass aber

end dazu bemerkten: „We don't want German morals here“. Dabei geht aber, wie Dr. Weiss hinzufügt, die Durchseuchung mit venerischen Krankheiten flott weiter, und würde die individuelle Prophylaxis häufiger geübt, so wäre die Abortivkur überflüssig. Dies wäre nur möglich, wenn augenverdrehender Utopismus sich weniger breit machen würde.

Im Laufe der letzten Jahre ist aber dennoch ein Umschwung in diesen Anschauungen hierzulande eingetreten und eine einheimische Firma hat es unternommen, den bisherigen Vorurteilen zum Trotz und unbeirrt von dem Geklaffe der muckerischen Meute einen den in Deutschland gebräuchlichen ähnlichen Apparat herzustellen und auf den Markt zu bringen. Es ist dies die „Preventol Chemical Company“ und das kleine Fläschchen, das von dieser Gesellschaft fabriziert wird, heisst „The Preventol Tube“. Der Inhalt des Fläschchen besteht aus einer 2 proz. Protargolmischung mit Gelatine, welcher noch einige Antiseptika (Eukalyptol und ätherische Oele) beigegeben sind. Aerzten gegenüber ist es überflüssig, den Wert eines derartigen Prophylaktikums hervorzuheben. Es möge nur noch hinzugefügt werden, dass der kleine Apparat in nur ethischer Weise vertrieben wird, d. h. die Firma wendet sich nur an die Aerzte mit demselben und inseriert nicht in Tageszeitungen.

New Yorker
Medizinische Monatschrift

Offizielles Organ der

Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York,
Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigiert von DR. A. RIPPERGER.

Bd. XIX.

NEW YORK, NOVEMBER, 1907.

No. 8.

Originalarbeiten.

Schilddrüse, Epithelkörper und die Basedow'sche Krankheit.*

VON S. J. MELTZER.

Die höfliche Einladung des Herrn Präsidenten lautete: Ueber die Physiologie der Basedow'schen Krankheit zu sprechen. Eine fertige Physiologie oder auch Pathologie des Basedow gibt es auch heute noch nicht; Alles ist noch im Gähren, im Werden begriffen. Ich konnte höchstens den gegenwärtigen Stand dieser Gährprozesse besprechen und auch den zurückgelegten Weg kurz skizzieren.

Eine Physiologie des Basedow meint heut zu Tage eine Physiologie der Schilddrüse. Ich sage „heut zu Tage“; denn die Erkenntnis von der engen Beziehung dieser Drüse zu der Basedow'schen Krankheit ist nur kurzen Datums. Es ist eine überraschende, und von einem gewissen Gesichtspunkte aus auch instructive, Tatsache, dass für fast ein halbes Jahrhundert gar nicht daran gedacht wurde, in dem pathologischen Zustande der Thyreoidea die eigentliche Ursache dieser Erkrankung zu suchen. Dabei stand der betreffende Zeitabschnitt

in der medizinischen Geschichte doch vorwiegend unter dem Zeichen der pathologischen Anatomie, und der pathologische Zustand der Schilddrüse beim Basedow ist doch gewiss eine grob anatomische Veränderung. Freilich konnte man bei dieser Krankheit keine besondere *postmortale* pathologische Anatomie konstatieren, Alles, was da pathologisch ist und primär zur Krankheit gehört, sieht schon der behandelnde Arzt. Vielleicht darum haben die pathologischen Anatomen im allgemeinen sich um die Basedow'sche Krankheit nicht recht gekümmert; das Forschen und Argumentieren auf diesem Gebiete wurde wesentlich von den Klinikern fortgeführt. Ein weiterer Erklärungsgrund liegt vielleicht in der Tatsache, dass man bald Fälle von Basedow sah, bei denen eigentlich kein Kropf konstatiert werden konnte, andererseits viele Kropffälle vorhanden sind, die keine der anderen Symptome der Basedow'schen Krankheit aufweisen.

Als Basedow seine erste Darstellung der nach ihm benannten Krankheit gab, da herrschte in der medizinischen Literatur der verschwommene Geist der

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York am 14. November 1907.

Krasenlehre, welche von Rokitansky ersonnen wurde, um die grossen Lücken der pathologischen Anatomie zu überbrücken. Im Sinne dieser Lehre nahm Basedow an, dass eine *schlechte Säftemischung die in Rede stehende Krankheit verursacht*. Wer da will, der darf behaupten, dass diese Auffassung nicht weit weg ist von den gegenwärtigen herrschenden Theorien. In der darauf folgenden Epoche, als durch das Eingreifen Virchow's der Herrschaft der Humoralpathologie ein Ende bereitet wurde, da entstanden nacheinander eine ganze Schar von Theorien, deren grösste Mehrzahl den Basedow in der einen oder anderen Weise durch Störungen im Nervensystem entstehen liessen. Der früher so mysteriös erscheinende Sympathikus und der wenig durchsichtige Begriff der Neurosen spielen eine beträchtliche Rolle in diesen Theorien. Ich werde natürlich auf eine Diskussion dieser Theorien hier nicht näher eingehen. Aber ich will doch bemerken, dass manche dieser Theorien gar nicht so weit weg hinter uns liegen. Finden wir doch noch in Allbutt's grossen Handbuch den Hinweis auf die grosse Aehnlichkeit des Basedow mit Angstzuständen und die bestimmte Angabe, dass der pathologische Zustand der Schilddrüse nicht das primäre sein kann. Und es ist doch wohl noch in aller Gedächtnis, dass hüben und drüben zur Heilung des Basedow der Halssympathikus oder das obere Halsganglion rezesiert wurde. In manchen dieser Theorien freilich spielte auch die vergrösserte Schilddrüse eine Rolle aber nur dadurch, dass sie durch ihre Grösse die wichtigen Halsnerven drückt und so entweder Reizungs- oder Lähmungserscheinungen oder gar beides bewirkt. Von einer Beteiligung dieser Drüse am Krankheitsprozess durch ihre Tätigkeit war nirgends die Rede. Wusste doch niemand welcher Tätigkeit diese Drüse fähig wäre. Nun darin kam wie mit einem Schlage neues Licht. Die denkwürdige kurze Epoche in den achtziger Jahren des letzten Jahr-

hunderts dürfte noch manchem von Ihnen hier lebhaft in Erinnerung sein.

Theodor Kocher berichtete 1883 auf dem Chirurgen-Kongress in Berlin über die merkwürdigen Veränderungen, welche die Patienten darboten, an denen die totale Exstirpation der Schilddrüse ausgeführt wurde. Eine ähnliche Mitteilung wurde bald auch von A. Reverdin in Genf gemacht. Dann stellte es sich bald heraus, dass diese Veränderung denjenigen ähnlich waren, welche einige Jahre vorher Gull an einigen Patienten beobachtet hatte. Eine solche Patientin kam zur Autopsie und Ord konstatierte den Mangel einer Schilddrüse. Nun hatte Schiff bereits vorher Angaben über die Bedeutung dieses Organes für das Leben der Tiere gemacht; seine Angaben sind aber unbeachtet geblieben. Jetzt nun wurden sie von verschiedenen Seiten geprüft und allgemein bestätigt gefunden. Die Schilddrüse war also ein lebenswichtiges Organ und die am Tiere beobachteten Ausfallserscheinungen waren zum Teil denen ähnlich, wie sie beim Myxoedem und der menschlichen Cachexia strumipriva beobachtet wurden. Schiff zeigte auch bald, dass durch eine peritoneale Implantation einer Schilddrüse die Ausfallserscheinungen beim Tiere zum Verschwinden gebracht werden können. Diese Beobachtung führte bald durch einige Zwischenstufen zu der praktisch hoch bedeutsamen Entdeckung von Murray, dass auch am Menschen durch Verfütterung von Schilddrüsen oder deren Extrakte die Symptome des spontanen und des chirurgischen Myxoedems beseitigt werden können. Anfangs der Neunziger Jahren war nun das ganze neue Kapitel zunächst abgeschlossen. Die Schilddrüse hatte nun eine Physiologie, eine Pathologie, und die letztere sogar auch schon eine Therapie. Die Drüse versorgt den Körper mit einem lebenswichtigen Saft, bei dessen vollständiger Abwesenheit jene auffälligen Symptome entstehen, wie man sie nun in den folgenden fünf verschiedenen Zuständen kennen gelernt hat: Das

Myxoedem des Erwachsenen, das infantile Myxoedem, der Kretinismus, die chirurgische und die experimentelle Cachexia strumipriva. Zu diesen Formen der kompletten Athyreosis dürfen noch jene inkompletten Formen zugefügt werden, welche nur Folgen einer Hypothyreosis variablen Grades sind; es sind dies die mitigierte Formen, auf deren Vorkommen *Hertoghe* besonders aufmerksam gemacht hat, und die Formen einseitiger Symptome, welche von *Kocher* als thyreoprive Aequivalente bezeichnet werden.

Und nun kommen wir zu den Beziehungen der Schilddrüse zum Basedow. Bald nach dem Bekanntwerden des operativen Myxoedems haben wohl viele an der Möglichkeit einer solchen Beziehung gedacht. Es war jedoch *Moebius*, der bereits 1886 auf die wichtige Tatsache hinwies, dass die meisten Symptome der *Basedow'schen* Krankheit das gerade Gegenteil von den Symptomen darstellen, die beim Myxoedem vorkommen, und obenan steht der Gegensatz, hier das Fehlen einer Schilddrüse, dort das Vorhandensein einer hypertrophischen Drüse. *Moebius* stellte nun die Hypothese auf, dass die Erkrankung der Schilddrüse die primäre Ursache im Symptomenkomplex des Basedow sei; der Ueberschuss an Schilddrüsenensaft, der Hyperthyreoidismus, veranlasse all diese Symptome. Diese Hypothese wurde anfangs der Neunziger Jahre durch zwei weitere Tatsachen gestützt. Erstens wurde inzwischen durch unliebsame Erfahrungen festgestellt, dass durch die Verabreichung von zu viel Schilddrüse Symptome entstehen, welche in vieler Hinsicht denen des Basedow sehr ähnlich sind. Dann berichteten mehrere Chirurgen, dass bei einer teilweisen Entfernung des Basedowkropfes viele der Krankheitssymptome wesentlich zurückgingen. Die thyreogene Theorie des Basedow, wie man jetzt die *Moebius'sche* Hypothese nennt, stand nunmehr im Vordergrund der Diskussion.

In den folgenden Jahren wurde viel über die Funktion der Schilddrüse und über deren Beziehung zum Basedow gearbeitet. Mehr oder weniger wichtige Tatsachen sind zu Tage gefördert worden. Manche Arbeiten freilich haben nichts weniger als zur Klärung der Probleme beigetragen. An der Spitze der neugewonnenen Erkenntnisse darf aber ein Resultat hingestellt werden, das an Wichtigkeit und Tragweite der Grunderkenntnis von der Funktion der Schilddrüse nicht nachkommt und in einer Beziehung diese noch übertrifft, indem nämlich nicht nur eine neue Funktion eines Organes erkannt wurde, sondern vielmehr das Organ selbst musste erst entdeckt werden. Dabei wurde helles Licht auf manche Widersprüche geworfen, welche in der experimentellen wie in der chirurgischen Beobachtung über die Exstirpation der Schilddrüse zu Tage traten. Es hatte damit folgendes Bewandnis. Zunächst haben die Chirurgen manchmal ein auffälliges Symptom konstatieren müssen, das beim spontanen Myxoedem nie gesehen wurde, nämlich Tetanie. Dann hatte die Uebereinstimmung zwischen den Beobachtungen an Tieren und an Menschen viel zu wünschen übrig gelassen. Das Eklatante an Tierexperimente war noch das, dass die Tiere eine totalen Exstirpation der Schilddrüsen meistens nicht lange überleben konnten. Freilich war auch das nicht immer der Fall und namentlich nicht bei allen Tierspezies. Aber das könnte man noch durch Vorhandensein von akzessorischen Schilddrüsen oder durch das Zurücklassen von Drüsenresten und Hypertrophierung derselben erklären. Unliebsam störend waren jedoch die Tatsachen, dass man bei den Tieren fast nie Symptome von Myxoedem erzielen konnte, und was man da nach der Drüsenexstirpation sah, war wiederum hauptsächlich Tetanie. Man versuchte den Widerspruch durch die Verschiedenheit der Nahrung oder der Tierspezies u. s. w. zu erklären. Befriedigend waren diese Erklärungen nicht. Und nun ent-

wickelte sich nebenher eine neue Erkenntnis. *Sandstroem* hatte 1880 zum ersten Male die Existenz von ganz kleinen Körperchen an der hinteren Fläche der Schilddrüse beschrieben, welche er als Nebenschilddrüsen benannte. Für längere Zeit wurde deren Zugehörigkeit zur Schilddrüse als selbstverständlich angenommen, und manche betrachteten sie als embryonales Schilddrüsengewebe. *Gley* kam nun 1891 auf den Gedanken, dass die nach Entfernung der Schilddrüsen beobachteten Tetanien in irgend einer Weise mit diesen Nebenschilddrüsen zusammenhängen. Er entfernte bei Kaninchen die zwei freiliegenden Nebenschilddrüsen allein oder die Schilddrüsen allein und sah dabei keine üblen Folgen. Dagegen sah er Tetanie prompt auftreten, wenn er die Schilddrüsen und Nebenschilddrüsen zusammen gleichzeitig entfernte. *Gley* nahm an, dass die Nebenschilddrüse kompensatorisch für die Schilddrüse eintreten könne. *Alfred Kohn*, der bekannte Prager Histologe, hat aber durch gründliche Studien nachgewiesen, dass die sogenannten Nebenschilddrüsen vollständig selbstständige Organe sind und weder histologisch noch embryologisch etwas mit der Schilddrüse zu tun haben. Er nannte sie Epithelkörper. *Kohn* zeigte ferner, dass beim Kaninchen vier solcher Epithelkörper vorkommen, von denen zwei in der Schilddrüse eingebettet liegen. *Gley* hatte darum gar keinen solchen Versuch gemacht, in welchem alle Parathyreoideae allein entfernt worden sind. Solche Versuche haben bald *Vassale* und *Generali* ausgeführt und haben in der Tat gefunden, dass bei kompletter Entfernung aller Epithelkörper unter Schonung der Thyreoidea die Tiere unter reinen Symptomen der Tetanie zu Grunde gingen; dagegen zeigten Tiere, denen die Schilddrüse entfernt wurde unter Schonung der Epithelkörper keinerlei Zeichen von Tetanie. Weitere Versuche von anderen Forschern, namentlich die kürzlich mitgeteilten Beobachtungen und Experimente von *Pen-*

nels und von *Erdheim* stellten die Sache über allen Zweifel fest, dass Tetanie eine nur den Epithelkörpern zugehörige Ausfallerscheinung ist, und dass die bei Mensch und Tier vorkommende Tetanie nach Entfernung der Schilddrüse durch eine unbeabsichtigte Mitentfernung der Epithelkörperchen zu stande kommen. Des weitern ist interessant zu bemerken, dass bereits 1898 sowohl *Moussu* als *Lusena* durch intravenöse Einspritzungen von aus Nebenschilddrüsen bereitetes Extrakt die Tetanie beseitigen konnten. *Beebier* hat im laufenden Jahre Lösungen aus den Nukleoproteiden dieser Epithelkörperchen hergestellt; er konnte damit bei Hunden die tetanischen Anfälle mindestens temporär beseitigen; und *Halsted* berichtete kürzlich, dass diese Nukleoproteine auch in einem Falle von postoperativer Tetanie beim Menschen gute Dienste leistete. In den letzten Tagen wurde von *Leischner* in Wien berichtet, dass es ihm gelungen ist, die Epithelkörperchen mit dauernder Erhaltung ihrer Funktionsfähigkeit zu transplantieren. Damit ist der Weg angebahnt, die parathyreooprive Tetanie dauernd zu heilen.

Somit ist unser Wissen durch die experimentellen Arbeiten der letzten Jahren wiederum um ein neues Kapitel wunderbar bereichert worden. Winzige Körperchen, von deren Existenz noch vor drei Dezennien kein Mensch eine rechte Ahnung gehabt zu haben scheint, wurden als lebenswichtige Organe erkannt, deren Entfernung Tetanie und Tod im Gefolge hat. Es wurde ferner nunmehr erkannt, dass die widersprechenden Resultate der früheren Experimente und Operationen ihren Grund darin hatten, dass mit der Entfernung der Schilddrüse oft gleichzeitig die Epithelkörperchen entfernt oder deren Zirkulation geschädigt wurde. *Halsted* und *Evan*s haben kürzlich eine sehr sorgfältige Studie über die Gefäßversorgung der Epithelkörper beim Menschen veröffentlicht. Aus dieser Studie kann man

erschen, wie ungemein schwierig es ist, bei Kropfoperationen die Schädigung der Zirkulation dieser Organe zu vermeiden. Eine genaue Kenntnis dieser Verhältnisse wird aber auch der Basedow-Therapie zu gute kommen.

Wir wollen an dieser Stelle auch erwähnen, dass bei Fällen von Basedow, die zur Autopsie kamen, von G. W. McCallum und anderen die Nebenschilddrüsen sich als normal erwiesen haben. Die Epithelkörper haben demnach, für gewöhnlich, an der Entstehung des Basedow wohl keinen wesentlichen Anteil.

Eine weitere wichtige Gruppe von Tatsachen von bleibendem Werte, welche die Untersuchungen der letzten Jahren zu Tage gefördert haben, betrifft die Beziehung des Jodes zur Schilddrüse und und deren wirksames Produkt. Ich werde die bezüglichen wesentlichen Tatsachen nur ganz kurz erwähnen. Baumann fand, dass die normale Drüse jodhaltig ist. Die weiteren Forschungen ergaben, dass der Jodgehalt mit der Jodaufnahme im Körper wächst. — Die Schilddrüsen von Neugeborenen enthalten noch kein Jod. — Auch die Schilddrüse von manchen Tieren, namentlich Raubtieren, enthalten kein Jod. — Wird ein Teil einer Schilddrüse entfernt, so wächst der Jodgehalt des zurückgebliebenen Teiles. — Das Jod ist in der Drüse an Globulin gebunden. — Das Jodothyrim, wie man die Jodeiweiss-Verbindung der Schilddrüse früher nannte, ist bei Myxoedem wirksam; es scheint aber doch, dass Extrakte der ganzen Drüsensubstanz merklich besser wirksam sind als das Jodothyrim. — Die jodfreie Substanz ist nicht wirksam. — Beim Basedow ist die Schilddrüse ärmer an Jod.

Viele der beteiligten Untersucher sind geneigt, die Wirksamkeit der Drüse wesentlich der darin enthaltenen Jodverbindung zuzuschreiben. Doch ist zu bedenken, dass auch bei Neugeborenen und bei Raubtieren die Schilddrüse ein lebenswichtiges Organ ist. Es will mir scheinen, dass der konstatierte Parallelismus zwischen der Wirksamkeit der

Drüse und der Quantität des anwesenden Jodes nicht zwingend dafür spricht, dass die Jodverbindung das wirksame Prinzip ist. Man konnte es auch so deuten, dass je wirksamer die Drüsensubstanz ist, um so grösser ist ihre Fähigkeit, Jod aufzunehmen, und zwar geschieht dies als eine Teilaufgabe der Schilddrüsenfunktion, den Körper von gewissen Giftstoffen zu befreien. Doch werde ich hier auf eine weitere Diskussion dieses Themas nicht mehr eingehen.

Die Stoffwechseluntersuchungen haben die Tatsachen festgestellt, dass beim Basedow die Sauerstoffaufnahme vermehrt und die Oxydation verstärkt ist, und dass mehr stickstoffhaltige Substanzen verbraucht werden. Beim Myxoedem dagegen walten genau die entgegengesetzten Verhältnisse ab.

Aus den vielen histologischen Untersuchungen ist hervorzuheben, dass weit aus die meisten Untersucher für den Basedowkropf spezifische Vorgänge konstatieren und zwar weist alles auf eine Wachstumstätigkeit hin. Die histologischen Bilder sind meistens denen ähnlich, welche Halsted in dem zurückbleibenden Teile der Drüse nach teilweiser Exstirpation beobachtet und beschrieben hat und welche von ihm als Ausdruck einer kompensatorischen Hypertrophie gedeutet wurden. Albert Kocher hat sich jedoch in seinem Vortrage in Atlantic City dahin ausgesprochen, dass diese Bilder nicht spezifisch für den Basedow sind.

Mit der grösseren Zellwucherung innerhalb der hypertrophierenden Schilddrüse hängt wohl auch die von Beebe gemachte Beobachtung zusammen, dass der Nukleoproteidgehalt des Basedow'schen Kropfes grösser ist als der der normalen Schilddrüse.

Ueber den Kolloidgehalt des Basedowkropfes sind die Angaben schwankend. Im vorgeschrittenen Stadium scheint das Kolloid entweder vermindert oder, wenn vermehrt, viel dünnflüssiger zu sein.

Alle sind darin einig, dass die erkrankten Stellen der Schilddrüse bei Base-

dow eine Verstärkung der Vaskularisation aufweisen, was wiederum auf eine vermehrte Aktivität der Drüse hinweist. — Nach den Angaben einiger Beobachter bilden sich beim Basedow lymphoide Gewebe innerhalb der Schilddrüse, es schwellen auch die Lymphdrüsen in der Nachbarschaft an und auch die Thymus ist häufig vergrößert — alles in allem eine Art Status lymphaticus. Ferner, nach den Befunden der Kocher'schen Klinik, weist das Blut der Basedowkranken eine gewisse Vermehrung der Lymphocyten auf, was auf eine Intoxikation hinweisen soll; mit der durch den operativen Eingriff bewirkten Besserung verschwindet auch die Lymphocytosis.

Ich will hier die interessanten Studien von Reid Hunt erwähnen. Er hat zunächst die Tatsache gefunden, dass nach einer mehrtägigen Fütterung von Mäusen mit minimalen Dosen von Schilddrüse die Tiere widerstandsfähig werden gegen eine hundertfache Giftdose von Acetonitril oder Methylcyanid. Manche Autoren wollen in dieser Tatsache einen Beweis dafür erblicken, dass die Schilddrüse entgiftungsfähig ist. Das ist aber insofern nicht ganz richtig, als diese Entgiftung nur für Mäuse gilt. Ratten und Meerschweinchen dagegen werden durch Schilddrüsenfütterung noch susceptibler für Acetonitrilgift. Interessant aber ist die folgende Beobachtung. Hunt hat diese entgiftungsfähige Eigenschaft als eine Methode ausgebildet, um minimale Dosen von Schilddrüsenensaft nachzuweisen. Mit dieser Methode ist es ihm gelungen, im Blute einer an der Basedow'schen Krankheit verstorbenen Frau die Anwesenheit von Schilddrüsenensaft nachzuweisen, während das Blut von normalen Personen schilddrüsenfrei war. Sollte sich dieser Befund bei mehrfacher Untersuchung bestätigen, dann wäre er wohl geeignet, die thyreogene Theorie des Basedow am besten zu stützen.

Und nun kommen wir dazu, den gegenwärtigen Stand der Basedow-Theorien zu besprechen. Man darf wohl sa-

gen, dass jetzt Experimentatoren, Kliniker und Chirurgen alle darin einig sind, dass der wesentliche Grund der Basedow'schen Krankheit in den Veränderungen der Schilddrüse zu finden ist. Welcher Art aber diese Veränderungen sind, darüber gehen noch die Ansichten weit auseinander. Man kann die Ansichten in drei grössere Klassen einteilen: 1) Die Theorie des Hyperthyreoidismus, welche annimmt, dass die Sekretion bloss vermehrt, der Saft aber normal ist. 2) Die Theorie des Dysthyreoidismus, d. h. die erkrankte Drüse liefert einen giftigern Saft. 3) Die Theorie des Hypothyreoidismus, d. h. dass auch im Basedow die Leistungen der Schilddrüse minderwertig ist. — Moebius welcher zunächst statuiert, dass die Schilddrüse beim Basedowkropfe mehr sezerniert, nimmt weiter an, dass die Drüse erkrankt ist und einen giftigern Stoff produziert — Dysthyreoidismus. Die Theorie des Hypothyreoidismus umfasst eigentlich mehrere Theorien, die sich einander recht lebhaft befehlen. Oswald nimmt an, dass die Drüse beim Basedow zwar mehr sezerniert, aber einen minderwertigen Saft, die Krankheit entsteht durch eine Insuffizienz der Schilddrüse; darum das dünnere Kolloid und die Verminderung des Jodes. Gley hält noch an seiner ursprünglichen Ansicht fest von einer gegenseitigen Beziehung zwischen der Schilddrüse und den Nebenschilddrüsen, und nimmt an, dass beim Basedow die Schilddrüse minderwertig ist, was zu einer kompensierenden Leistung der Nebenschilddrüsen führt, was dann weiter zum ganzen Basedow-Unheil führt. Eine eigenartige Vorstellung entwickelt Blum, welche er durch viele experimentelle Untersuchungen zu stützen sucht. Das Blut, sagt er, enthalte enterogene eiweissartige Gifte, welche von der Drüse angezogen werden, wo sie durch gewisse, vielleicht fermentartige Prozesse, namentlich aber durch Jodierung entgiftet werden, worauf sie dann in völlig unschädlichem Zustande zur Zirkulation zurückkehren. Beim Basedow

entweichen diese enterogenen Produkte aus der Schilddrüse, bevor sie völlig entgiftet sind. Also auch nach Blum ist die Schilddrüse insuffizient; er nimmt aber überhaupt keine Sekretion innerhalb der Schilddrüse an, d. h. die Drüse liefere keinen Saft an die allgemeine Zirkulation.

Cyon gibt an, dass inorganische Jodsalze auf den Zirkulationsapparat entgegengesetzt wirken als die Jodverbindungen der Schilddrüse, und meint, dass die Hauptaufgabe der Schilddrüse darin bestehe, das Jod zu entgiften. Auf seine geistreiche aber verwickelte Anschauung über den dabei beteiligten selbstregulierenden Nervenmechanismus der Schilddrüse wollen wir hier umsoweniger eingehen, als manche seiner experimentellen Daten nicht bestätigt werden konnten. Auch sprechen die günstigen Resultate der Transplantationen der Schilddrüse gegen den wesentlichen Teil seiner Theorie des Nervenmechanismus.

Die meisten Autoren neigen sich jetzt zur Theorie des einfachen Hyperthyreoidismus, d. h. dass bei der Basedow'schen Krankheit die Schilddrüse das Blut mit zu viel normalem Saft versorgt. Gegen einen Hypothyreoidismus in irgend welcher Form spricht die Tatsache, dass beim Basedow kein Symptom vorkommt, das für Athyreosis charakteristisch wäre; im Gegenteil, weitaus die meisten Symptome sind genau das Gegenteil von denen des Myxoedems. Für einen einfachen Hyperthyreoidismus spricht ferner die Tatsache, dass man durch reichliche Einspritzung von Extrakt, erhalten von normalen Schilddrüsen, nahezu alle Symptome des Basedow künstlich erzeugen kann. Man hat gegen die Theorie des Hyperthyreoidismus eben das verwerten wollen, dass man durch solche Injektionen nicht *alle* Symptome, z. B. den Exophthalmos, erzeugen könne. Dagegen lässt sich sagen, dass erstens es Edmunds in der Tat gelungen zu sein scheint, beim Affen auch den Exophthalmos zu erzeugen. Ferner aber, wenn es auch nicht gelänge,

durch künstliche Einspritzungen einen kompletten Basedow zu erzeugen, so darf man doch unmöglich daraus den Schluss ziehen, dass es auch dem natürlichen, lebenden Produkt im lebenden Tiere nicht gelingen kann, dies zu bewerkstelligen. Unsere Extrakte sind doch gründlich abgetötete Stoffe und unsere Einverleibungen sind doch nur ganz rohe, völlig unzulängliche Nachahmungen der Methoden, deren der lebende Organismus sich bedient, seine Produkte in elektiver Weise an den richtigen Ort zu bringen. — Dann muss man sich noch eines erinnern. Die Schilddrüse enthält gewiss verschiedenartige Produkte und, was noch mehr ist, wahrscheinlich auch Produkte *antagonistischen Charakters, von denen der Organismus je nach Bedarf einmal den einen, einmal den anderen Antagonisten verwendet.* Bei Verwendung aber eines künstlichen Extraktes erhalten wir nur ein neutralisiertes Produkt und nur einen Bruchteil des natürlichen Saftes und können darum doch unmöglich erwarten, damit ganz normale Resultate zu erzielen. — Endlich muss auch hier schon gesagt werden, dass zur Entstehung eines kompletten Basedow noch andere Faktoren als der Ueberschuss an Drüsensaft in Betracht gezogen werden müssen, z. B. eine gewisse Disposition. Wir kommen später darauf zurück.

Sehr wichtig zu Gunsten des thyreoidalen Ursprunges des Basedow spricht die nicht mehr zu bezweifelnde Tatsache, dass mit der chirurgischen Verkleinerung des Kropfes die Symptome sich eklatant bessern. Theodor Kocher, der nicht nur einer der besten Chirurgen, sondern auch einer der grössten Forscher unserer Zeit ist, und der über ein ungewöhnliches Beobachtungsmaterial verfügt, hat sich in der letzten Zeit wiederholt präzise und bestimmt ausgesprochen, dass die Besserung genau in Proportion ist zu der Grösse des weggenommenen Stückes; oder vielleicht richtiger, in umgekehrter Proportion zum zurückbleibenden Stücke. Je kleiner der Drüsenrest

ist, um so kompletter ist die Besserung und um so nachhaltiger hält sie an.

Einen guten Beweis für den Hyperthyreoidismus könnte, wie schon gesagt, der oben erwähnte Befund von Reid Hunt liefern, wonach die Anwesenheit von Schilddrüsenensaft im Blute einer Basedowkranken sich direkt nachweisen liess.

Wenn wir aber auch annehmen, dass der Ueberschuss von normalem Schilddrüsenensaft die wesentliche Ursache der Basedow'schen Krankheit ist, so brauchen wir noch nicht darauf zu bestehen, dass alle Symptome der Krankheit und in jedem Krankheitsfall einzig und allein dem überschüssigen Schilddrüsenensaft zugeschrieben sind. Die unzweifelhaft sichere Beobachtung, dass bei einseitigem Kropfe oft ein Exophthalmos nur an der entsprechenden Seite sich befindet, und Kocher's Angabe, dass er mehrfach nach einseitiger Exstirpation des Kropfes zunächst ein Zurückgehen des Exophthalmos auf derselben Seite beobachtet habe, spricht doch dafür, dass in manchen Fällen auch ein mechanisches Moment beim Zustandekommen des Exophthalmos eine Rolle spielt. Ich will hier auf die vor ein paar Jahren gemachte Mitteilung von McCallum hinweisen, wonach bei Reizung des Halssympathikus eine peristaltische Kontraktion des Müller'schen Muskels in der Orbita direkt beobachtet werden kann. Ferner zeigt doch das Vorkommen von inkompletten Formen von Basedow, oder von sogenanntem Kropfherz, oder von Pseudo-Basedow u. s. w., wie,

auf der einen Seite, die sogenannten thyreotoxischen Faktoren nicht immer alle Symptome des Basedow erzeugen, und, wie auf der anderen Seite, rein mechanische Verhältnisse gewisse Symptome dieser Krankheit zu Tage fördern können.

Dann darf man auch nicht ohne weiteres behaupten, dass der Ueberschuss von Drüsenensaft allein alles ist, was man in allen Fällen für das vollkommene Zustandekommen dieser Krankheit braucht. Man kann sich wohl vorstellen, dass gewisse Grade von Hyperthyreoidismus existieren können, ohne dass der Körper mit Basedow-Symptomen gleich darauf reagiert. Treten aber Zustände dabei auf, die das Nervensystem erschüttern, oder auch chronisch untergraben oder treten solche mässige Grade von Hyperthyreoidismus bei Menschen mit minderwertigem Nervensystem auf, dann kommt der Basedow plötzlich oder langsam zum Vorschein. Wir können so das plötzliche Entstehen von Basedow verstehen, welcher nach Schreck oder nach mässigen Infektionskrankheiten einsetzt, oder das Auftreten von Basedow in Familien, die mit anderen Nervenkrankheiten behaftet sind.

Ferner darf darauf hingewiesen werden, dass aller Wahrscheinlichkeit nach, noch andere Körperorgane Funktionen besitzen, die ähnliche oder auch entgegengesetzte Wirkungen ausüben können wie die Schilddrüse, wenn auch im geringern Grade. Aber auf diese wie auf noch viele andere einschlägige Einzelheiten wollen wir hier nicht mehr eingehen.

Bemerkungen zum Morbus Basedowii.*

Von Dr. J. KAUFMANN.

Bei einer kurzen Besprechung der klinischen Bilder, unter denen sich die Basedow'sche Krankheit präsentiert, kann ich Abstand nehmen von einer Schilderung der bekannten 3 Kardinalsymptome: Exophthalmus, Struma, Tachykardie. Wo diese Trias angetroffen wird, ist die Diagnose bald gestellt, insbesondere wenn das auffälligste dieser Symptome, der Exophthalmus gut ausgebildet ist und sofort die Aufmerksamkeit auf das Bestehen eines Basedow hinlenkt.

Der Exophthalmus ist aber kein konstantes Symptom, er fehlt in einem Drittel der Fälle gänzlich und auch da, wo er vorhanden ist, ist er nicht immer so stark entwickelt, dass er ohne weiteres die Aufmerksamkeit erweckt.

Das konstanteste und wichtigste Symptom ist die Tachykardie, welche zum Unterschied von anderen Zuständen nicht anfallsweise auftritt, sondern kontinuierlich und persistierend ist.

Auch die vaskuläre Struma wird selten vermisst. Indessen ist die Schilddrüse keineswegs immer so stark vergrößert, dass sie sich sofort dem Beobachter aufdrängt. Geringere Grade der Schilddrüsenschwellung werden erst bei einer dahin gerichteten Untersuchung offenkundig, hier muss also schon anderweitig der Verdacht erweckt sein, dass es sich um Basedow handeln könne. Und bei diesem Punkte möchte ich einen Augenblick verweilen.

Vielfache Beobachtungen neuerer Zeit haben die Tatsache klargestellt, dass in einer grossen Anzahl von Fällen, in welchen es sich unzweifelhaft um Hyperthyreoidismus handelt, die eben genannte Trias von Symptomen nicht entwickelt

ist, wo vielmehr mannigfache andere Symptome, insbesondere von seiten des Nervensystems in den Vordergrund treten. Es mag dahingestellt bleiben, ob es zweckmässig ist, diese Fälle als atypische resp. als formes frustes abzugrenzen. So viel ist jedenfalls sicher, dass sie sehr viel häufiger vorkommen, als man früher angenommen hat. Weiterhin muss betont werden, dass auch in sogenannten typischen Fällen die Trias manchmal erst während des späteren Verlaufes zur Entwicklung gelangt, während in den Anfangsstadien dieser Fälle solch markante Symptome wie Exophthalmus und prominente Struma oft vermisst werden.

Da nun aber jede Behandlungsart, sei sie innerer oder chirurgische Natur, mehr Aussicht auf Erfolg verspricht, wenn sie in den Frühstadien zur Anwendung kommt, so leuchtet ohne weiteres ein, wie wichtig es ist, nicht nur die atypischen Fälle zu erkennen, sondern auch die typischen frühzeitig diagnostisch festzulegen, eventuell schon bevor ein sichtbarer Kropf und Exophthalmus das Bestehen eines Basedow ohne weiteres dartun.

Zustände, welche stets den Verdacht auf atypische Formen resp. auf frühere Entwicklungsstadien des Basedow erstrecken sollten, sind namentliche solche, bei denen es zu schnellem Kräfteverfall und starker Gewichtsabnahme kommt, ohne dass eine greifbare Ursache für die Inanition nachweisbar ist.

Der Hyperthyreoidismus führt durch intensive Steigerung der oxydativen Prozesse im Organismus zu schwerer Störung im Körperhaushalt. Die Stoffwechselstörung findet einen Ausdruck in der starken Zunahme der Harnbestandteile, des Stickstoffs und des Harnstoffs, der Harnsäure, der Phosphate, sie führt zu Glykosurie und manchmal zur Albu-

*) Vorgetragen bei dem Symposium über die Basedow-Krankheit vor der Deutschen Med. Gesellschaft der Stadt New York am 4. November 1907.

minurie, erzeugt gelegentlich leichtes Fieber, ist aber vor allen Dingen die Ursache einer oft trotz reichlicher Ernährung sehr rapid verlaufenden Abmagerung. Basedow-Kranke verlieren manchmal in kurzer Zeit 20—50 Pfund an Körpergewicht.

Handelt es sich dabei um ältere Individuen, so wird leicht Karzinose vorgetäuscht, besonders wenn gleichzeitig über Appetitmangel oder gar Widerwillen gegen Nahrungsaufnahme geklagt wird.

Mir sind solche Fälle zugeführt worden mit der Frage, ob es sich um Magenkrebs handle. Bei einem dieser Patienten bestärkte der Befund einer Achylia gastrica den Karzinomverdacht. Weitere Beobachtung klärte die Situation durch den Nachweis sicherer Zeichen von Hyperthyreoidismus.

Bei jungen Mädchen geben leichtere Formen von Basedow Anlass zu Verwechslung mit Chlorose, um so mehr als sowohl Tachykardie als auch vaskuläre Strumen dem Krankheitsbild der Chlorose zugerechnet werden. Hier ist der Blutbefund ausschlaggebend, der bei Basedow meist normalen oder selbst vermehrten Hämoglobingehalt zeigt, jedenfalls nicht ausgesprochene Hämoglobinverminderung, die für die Chlorose charakteristisch ist.

Wenn jugendliche Basedowkranke schnell an Gewicht verlieren, etwas Fieber haben und stark schwitzen, so drängt sich zunächst der Gedanke an Tuberkulose auf.

Bei diesen und ähnlichen Zuständen allgemeinen Kräfteverfalls soll man nie versäumen, auf Basedow zu untersuchen. Auch wo die Trias nicht entwickelt ist, können sich mannigfache Symptome von Hyperthyreoidismus finden, von denen einige konstanter und wichtiger sind als der Exophthalmus, insbesondere der charakteristische Tremor, der so häufig angetroffen wird, dass man ihn auch als viertes Kardinalsymptom bezeichnet hat.

Ausser den Tremor finden sich andere Symptome, welche Störungen im cerebrospinalen und im sympathischen Ner-

vensystem anzeigen, namentlich grosse psychische Unruhe und Schlaflosigkeit, leichte Ermüdung, Hyperhidrosis u. s. w. Dabei treten die Erscheinungen seitens des Nervensystems oft so sehr in den Vordergrund, dass man den Eindruck gewinnt, es handle sich um Neurasthenie und ähnliche Krankheitszustände.

Von den thyreotoxischen Erscheinungen am Zirkulationsapparat sind ausser der Tachykardie als Zeichen der oft enorm gesteigerten Herzstätigkeit zu erwähnen: Erheblich gesteigerter arterieller Blutdruck, starkes Klopfen der Karotiden und der Aorta abdominalis und am Herzen selbst neben systolischen Geräuschen stark akzentuierte Herzöne. Meist stellen sich erst später im Anschluss an die langdauernde intensive Herzarbeit Zeichen von Herzerweiterung und Herzinsuffizienz mit Herabsetzung des arteriellen Blutdrucks ein, hauptsächlich eine Folge der konstanten Giftwirkung, zum Teil aber auch bedingt durch mechanische Verhältnisse, insbesondere wenn substernale Strumen die obere Brustapertur einengen und sowohl den venösen Kreislauf wie die Atmung behindern.

Von den Störungen am Digestions-traktus bieten die Magensymptome wenig charakteristisches, nur muss betont werden, dass in vielen Fällen gänzlicher Appetitmangel oder Geschmacksstörungen, häufige Uebelkeiten und Erbrechen die für diese Kranken so wichtige Ernährungsfrage zu einer schwierigen gestalten.

Grösseres Interesse beanspruchen die im Verlauf des Basedow so häufigen Anfälle von Diarrhoen. Da profuse Diarrhoen nicht selten das dominierende Symptom im Krankheitsbild des Basedow darstellen, so soll man es sich zur Regel machen, bei allen Fällen von persistierender Diarrhoe, besonders wenn deren Aetiologie nicht klarliegt, auf Basedow zu fahnden.

Basedow-Fälle mit Diarrhoe sind besonders schwer der Behandlung zugänglich, weil die ohnehin heruntergekom-

menen Patienten durch die häufigen Entleerungen noch mehr geschwächt werden und ausserdem die Ernährung unter solchen Umständen mit ganz besonderen Schwierigkeiten zu kämpfen hat.

Die Diarrhoen mögen ähnlich der Hyperhidrosis eine Folge vasomotorischer Störungen sein. Man kann sich aber auch vorstellen dass die beim Basedow wirkenden Toxine in den Darm ausgeschieden werden und dann reizend auf den Darm wirken. Von diesem Gesichtspunkt ausgehend habe ich in mehreren Fällen mit Nutzen systematisch Kolonirrigationen angewandt.

Um hier einige Worte über die Behandlung anzuknüpfen, so muss zunächst bemerkt werden, dass das Urteil über die direkte Behandlung der exzessiven Schilddrüsentätigkeit mittelst solcher Präparate wie das M o e b i u s'sche Antithyreoidin, Rodagen, das R o g e r s-B e e b e'sche Serum u. a. recht verschieden lautet. Mitteilungen über gute Resultate stehen andere gegenüber, wonach mit diesen Mitteln wenig erreicht wurde. Dem R o g e r s-B e e b e'schen Serum wird überdies zum Vorwurf gemacht, dass die Kranken durch die bei Anwendung dieses Mittels auftretenden sogenannten Reaktionen oft schwer geschädigt werden, ohne dass diese Schädigung in allen Fällen durch ein günstiges Endresultat gerechtfertigt wurde. Ich kann dies aus eigener Erfahrung nur bestätigen. Ferner wird hervorgehoben, dass in gebesserten Fällen die Besserung möglicherweise der stets gleichzeitig angewandten Allgemeinbehandlung zugerechnet werden sollte. Indessen, wenn gegenwärtig ein sicheres Urteil über den Wert dieser Mittel auch noch nicht gewonnen ist, so ist es doch ratsam, einen Versuch mit denselben zu machen.

Medikamentös sind neben sedativen Mitteln (Opium, Brom etc.) namentlich Arsen und Eisen viel gebraucht, sowie

das von K o c h e r empfohlene neutrale Natrium phosphoricum.

Im uebrigen ist die Behandlung allgemeiner Natur: Körperliche und geistige Ruhe, zweckmässige Ernährung (Lacto-vegetabilische Kost unter Einschränkung des Fleisches), hydrotherapeutische, elektrotherapeutische und klimatische Massnahmen führen oft zur Besserung und in manchen Fällen auch zur Heilung.

Wenn unter derartiger Behandlung Besserung eintritt, so soll man bei der jeweiligen Methode bleiben; auch wenn Rezidive erfolgen, werden oft noch gute Endresultate erzielt.

Versagen aber interne Behandlungsmethoden, dann soll man mit der Erwägung der operativen Behandlung nicht zu lange zögern. Durch Entfernung eines Teiles der Schilddrüse wird die Menge des dem Körper zugehenden Schilddrüsensekretes erheblich eingeschränkt und dadurch, wie die Berichte K o c h e r's, H a l s t e d's und M a y o's lehren, der Hyperthyreoidismus beseitigt. Die Chirurgen sind aber auch einig darüber, dass die Aussichten am besten sind, wenn frühzeitig operiert wird, d. h. insbesondere ehe das Herz zu sehr geschädigt ist. Da die Berichte über günstige Operationsresultate sich mehren, so, glaube ich, sind wir verpflichtet bei dem sonst so trostlosen Verlauf vieler Basedow-Fälle die chirurgische Behandlung möglichst früh in Erwägung zu ziehen. Die nächste Zukunft wird uns Aufschluss darüber bringen, was die chirurgische Behandlung leistet und unter welchen Bedingungen ihre Vornahme angezeigt ist. So viel aber lässt sich jetzt schon sagen, dass man sehr viel häufiger und sehr viel zeitiger die partielle Resektion der Schilddrüse vornehmen wird, ohne indessen auf die Verwendung interner Behandlungsmethoden zu verzichten.

Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii.*

Von Dr. med. H. FISCHER.

Herr Präsident, meine Herren! Die interessante Erkrankung, deren Symptomenkomplex wir unter dem Namen des Morbus Basedowii oder „Grave's Disease“ zusammenfassen, hat besonders in letzter Zeit wieder das lebhafteste Interesse aller Aerzte in Anspruch genommen. Namentlich in den letzten 10 Jahren, in denen diese Krankheit immer mehr in das Grenzgebiet von innerer Medizin und Chirurgie gerückt ist, ist schon heiss zwischen diesen beiden Lagern um die Berechtigung der einen oder der anderen Behandlungsmethode diskutiert worden.

Wir treffen auch hier, wie so häufig in der Medizin bei Krankheitsbildern, die noch nicht ätiologisch und pathologisch-anatomisch genügend geklärt sind, auf diametral entgegengesetzte Ansichten. Eulenb urg, der über 600 Fälle beobachtet hat, verhält sich auch jetzt noch der chirurgischen Behandlung gegenüber absolut ablehnend, während Lemke so enthusiastisch für die Operation dieser Krankheit eintritt, dass er sich zu dem Ausspruch verleiten lässt: „Der Morbus Basedowii gehört auf die chirurgische Abteilung.“ Wie lässt sich nun ein so weiter Abgrund zwischen diesen beiden Ansichten überbrücken und wie können wir zu einem für den Patienten erspriesslichen Modus vivendi kommen?

Die Physiologie und Pathologie der Erkrankung ist schon von anderer Seite eingehend besprochen, so dass es sich für mich lediglich erübrigt, nur diese Verhältnisse in soweit zu berühren, wie es absolut notwendig ist.

Worauf stützt sich der Gedanke, einen Basedow-Kranken operativ von seinem Leiden zu befreien? Busch an kommt nach sorgfältigen Studien der bis 1894

*) Vortrag, gehalten am 4. November 1907 in der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York.

vorhandenen Literatur zu dem Schluss, dass wir den Morbus Basedowii als eine Krankheit aufzufassen haben, deren Hauptsitz das Nervensystem ist. Infolgedessen ist er kein Befürworter chirurgischer Eingriffe bei diesem Leiden, wenigstens nicht in den Fällen, in welchen die Basedow'sche Krankheit als „primäres“ Leiden besteht. Anders verhält er sich zu den Fällen, in denen zu lange bestehendem Kropf die Basedow-Symptomen hinzutreten. In diesen von ihm „sekundärer Basedow“ genannten Fällen empfiehlt er die Operation. Andere Forscher, besonders in neuester Zeit in Frankreich, glaubten die Erscheinungen der Krankheit zum Hals-sympathikus in Beziehung bringen zu müssen und empfahlen daher mehr oder weniger ausgedehnte Resektionen desselben. Moebius kam durch seine Untersuchungen zu dem Schluss, dass die Basedow'sche Krankheit eine Vergiftung des Körpers durch die krankhafte Tätigkeit der Schilddrüse sei. Gegen die Nerventheorie spricht er sich folgendermassen aus: „Eine blosse Nervenerkrankung kann nach unseren bisherigen Erfahrungen nie und nimmer einen Kropf machen, bei dem es sich nach den neuesten Forschungen um parenchymatöse Veränderungen in der Drüse, nicht um vermehrte Blutfüllung handelt.“ Diese Theorie hat sich in der neueren und neuesten Zeit immer mehr Anhänger erworben und scheinen die Erfolge derjenigen Chirurgen, welche die Schilddrüse zum Angriffspunkt ihrer therapeutischen Massnahmen gemacht haben, diese Ansicht von Moebius zu stützen.

Die Operationsmethoden, die zur Heilung des Morbus Basedowii angewandt sind, scheiden sich den angeführten Theorien entsprechend in zwei Hauptgruppen:

1. Operationen am Halssympathikus.

2. Operationen, die die Schilddrüse selbst in Angriff nehmen.

Die Bedeutung des Nervus sympathicus in der Pathologie der Basedow'schen Krankheit ist nach Faboulay, Fonnesco, Gayme, Boisson u. a. eine vielfache.

Der Exophthalmus beruht in einer durch Reizung des Halssymphathikus hervorgerufenen energischen Kontraktion des Muskeltonus, welcher den hinteren Pol des Bulbus bekleidet. Die vaskuläre Struma ist hervorgerufen durch eine übermässige Dilatation der Schilddrüsengefässe. Diese Erweiterung hat ihren Grund in einer anhaltenden Reizung der dem Hals- und Brustsympathikus entstammenden vasodilatatorischen Fasern (Dastre und Morat). Die permanente Reizung der sekretorischen sympathischen Fasern der Schilddrüse ist verantwortlich zu machen für die Hyperaktivität und Hypersekretion der Schilddrüse (Fonnesco). Die Tachykardie, der Tremor, das Hitzegefühl, die Schweisse, die gastro-intestinalen Störungen, der nervöse Aufregungszustand beruhen ebenfalls nach Fonnesco auf der Reizung der entsprechenden Fasern des Sympathikus. Hieraus hat man den Schluss gezogen, dass eine Unterbrechung der Leitung dieser sämtlichen Fasern diese Reizung beseitigen und zur Heilung des Leidens führen müsse. Um dieses zu erreichen, hat man folgende Operationen empfohlen:

1) Einfache Durchtrennung des Halssymphathikus, von Edmunds vorgeschlagen, zuerst ausgeführt von Faboulay.

2) Ausreissung des Halssymphathikus (Faboulay).

3) Dehnung des Halssymphathikus (Faboulay).

4) Partielle Resektion des Halssymphathikus nach Alexander.

5) Die partielle und totale Resektion, besonders ausgearbeitet von Fonnesco.

Von diesen Methoden scheint die totale Resektion die rationellste zu sein.

Fonnesco hat eine Reihe Fälle damit geheilt, die in extenso von Balacescu mitgeteilt sind. Danach berechnet Balacescu 63,8% Heilungen, 18,1% Besserungen und 18,1% Misserfolge. Todesfälle sind diesen Autoren bei der Methode nicht vorgekommen. Obgleich dieses Vorgehen in den Händen ihrer Erfinder zufriedenstellende Resultate gezeitigt hat, so hat es doch keine grosse Anzahl Anhänger gefunden. Andere Chirurgen, die die Methode angewandt haben, waren in ihren Erfolgen weniger glücklich. Kocher verwirft sie. Curtis, der dieselbe in 7 Fällen angewandt hat, berichtet über 4 Besserungen, 3 Todesfälle und keine einzige vollständige Heilung.

Die Hauptaufmerksamkeit der meisten Chirurgen hat sich der Thyroidea selbst zugewandt. Es werden folgende Methoden empfohlen:

1) Die Exothyreopexie (Faboulay).

2) Ligatur einer oder mehrere Arteriae thyroideae.

3) Die partielle Resektion der Schilddrüse.

Die Exothyreopexie besteht in einer Auslösung der Struma aus ihrem Bette mit Vorlagerung, dieselbe ist wohl allgemein wegen der grossen Gefahr und der Unsicherheit des Erfolges verlassen.

Von der grössten Bedeutung für die Behandlung des Morb. Bas. ist die Ligatur der Gefässe und die partielle Exstirpation der Schilddrüse geworden. Chirurgen von grosser Erfahrung auf diesem Gebiete wie Kocher, Mayo und andere bringen durch die grosse Anzahl ihrer *vollständig* und *dauernd* geheilter Fälle so zwingende Beweise für die guten Erfolge dieser Operation, dass heute kaum noch an die Berechtigung derselben gezweifelt werden kann.

Die Methoden, die Kocher empfiehlt, sind die folgenden:

1) Ligatur mehrerer vergrösserter Arterienstämme der Struma.

2) Exzision halbseitig vaskulärer Strumen.

3) Einseitige Exzision mit Ligatur einer Arterie der anderen Strumahälfte.

4) Exzision von mehr als der Hälfte der Struma mit oder ohne Ligatur eines zum Strumarest führenden Arterienstammes.

A. Kocher hat auf dem Kongress der American Medical Association in diesem Jahre Bericht erstattet über 315 Operationen, die in seines Vaters Klinik an Basedow-Kranken ausgeführt wurden. Unter diesen Fällen hatte er eine Mortalität von 3,5%. Nach den letzten 63 Operationen hat er gar keine Todesfälle zu verzeichnen, jedenfalls glänzende Resultate. Er hat in keinem Falle, der operativ behandelt wurde, erlebt, dass die Krankheit nicht günstig beeinflusst worden wäre. Sämtliche Fälle ohne Auswahl zusammengestellt ergaben ein Heilungsergebnis von 83%. 73% Heilung in Fällen von sogenanntem „primären Basedow.“ 92% Heilung in Patienten mit bestehender Struma, zu dem später Basedow Symptome hinzugetreten waren, sogenannter „sekundärer Basedow“ und 100% Heilung bei der vaskulären Struma. C. H. Mayo berichtet über 176 Fälle mit 9 Todesfällen. In seinen letzten 75 Operationen hat er nur einen Fall verloren.

Schulze, der die operativ behandelten Basedow-Fälle aus der Riedel'schen Klinik zusammengestellt hat, berichtet über 50 Fälle. Den Standpunkt, den er in Bezug auf die Operationsergebnisse einnimmt, formuliert er mit folgenden Worten: „An den Begriff der Heilung stellen wir die höchsten Anforderungen: die Kranken müssen sich vollkommen gesund und leistungsfähig fühlen, die objektiven und subjektiven Krankheits-symptome müssen vollkommen verschwunden, oder dürfen nur noch andeutungsweise vorhanden sein. Eine jahrelange Beobachtung muss diesen Erfolg als dauernd feststellen. Von einer Besserung verlangen wir eine wesentliche Verminderung der objektiven Krankheitserscheinungen sowie eine wesentliche erhöhte Erwerbsfähigkeit. Von

Misserfolg reden wir, wenn das Krankheitsbild im wesentlichen unverändert fortbesteht.“ Danach berechnet er 100% Heilung in leichten Fällen; in mittelschweren Fällen 66% Heilung, 14% Besserungen, 5,7% Misserfolge und 5,7% Todesfälle; in den schweren Fällen 57% Heilungen, 7,7% Besserungen, 5,7% Misserfolge und 28,5% Todesfälle.

Die Erreichung dieser Resultate in den letzten Jahren wurde nur möglich dadurch, dass wir gelernt haben, zwei schwere postoperative Zustände zu vermeiden: die akute Vergiftung, den sogenannten Hyperthyreoidismus und die Tetanie. Der erstere wird hervorgerufen durch Absorption des toxischen Blutes, besonders wenn Drüsengewebe reseziert und verletzt wird. Die letztere wird verursacht durch Verletzung und Entfernung der Glandulae parathyreoideae oder Epithelkörperchen.

Wann sollen nun die Basedowkranken operiert werden und soll jeder Basedowkranke dem Chirurgen überwiesen werden?

Den Standpunkt, den wohl jetzt die meisten Chirurgen und eine grosse Anzahl Internisten einnehmen, kann man folgendermassen formulieren: In leichten Fällen soll erst ein Versuch mit innerer Behandlung gemacht werden. Wird Patient in kurzer Zeit nicht gebessert, so ist chirurgische Hülfe in Anspruch zu nehmen. Diejenigen Fälle, die mit starker vaskulärer Struma einhergehen, sollten immer sobald als möglich operiert werden. In diesen Fällen heilt nach Kocher die Unterbindung oder Exzision einer Hälfte der Drüse in kurzer Zeit und definitiv. In den Fällen von längerer Dauer ist chirurgische Behandlung anzuraten. Es muss aber mit grosser Vorsicht vorgegangen werden, da in diesen Fällen immer schwere Veränderungen im Herzen vorliegen. In diesen Fällen sollte gleichzeitig operiert werden. Was die Frage des Anästhetikums betrifft, so glaube ich, dass alle Basedowfälle unter Lokalanästhesie zu operieren sind.

Ein neuer Katheter- und Cystoskop-Sterilisator mit Verwendung von Autandämpfen.*

Von Dr. ARTHUR WEISS,

Em. Assistenten der Allgem. Poliklinik in Wien.

Als vor mehr als Jahresfrist ein neues Formaldehydpräparat — Autan genannt, — zu Raumesinfektionszwecken auf dem Markte erschien, erregten sowohl die Einfachheit der Anwendungsweise desselben als auch der Umstand meine Aufmerksamkeit, dass mit dem Formaldehyd auch gleichzeitig reichlich Wasserdämpfe entwickelt werden, die die Polymerisation des Formaldehyds in den Paraform verhindern, in jenen weissen, krystallinischen Körper, den wir bei der trockenen Desinfektion mit Trioxymethylen an den Instrumenten haften sehen und der, in den Urogenitalapparat eingeführt, daselbst starke Reizerscheinungen hervorruft.

Alle diese Umstände veranlassten mich, dem Studium dieses Körpers näher zu treten, und so begann ich denn gemeinsam mit Dr. M a u t n e r, dem Assistenten der Allgemeinen Poliklinik im Laboratorium des Professor M o n t i, mit informativen Raumesinfektionen mittelst Autan. Dieselben führten erst dann zu einem halbwegs befriedigenden Resultate, als wir statt der mit 24 Stunden alten Kulturen beschickten Argarplatten zu ebenso alten Bouillonkulturen griffen. Erst jetzt vermochten wir in der angegebenen Zeit von 6 Stunden einen grossen Teil der exponierten Bakterien zu töten, einzelne jedoch nur im Wachstum zu hemmen. Von der Voraussetzung ausgehend, dass bei einer Ueberdosierung des Mittels auch resistere Bakterienarten abgetötet werden können, setzte ich die Versuche in Zylinderglässern fort, in denen ich die 60—80 fache Menge der für die Raum-

desinfektion angegebenen Autandosis verwendete. Die Ergebnisse waren durchgehend positive. Es gelang mir, mit Diphtheriebazillen, Bacillus pyocyaneus und Staphylococcus pyogenes aureus infizierte und sodann getrocknete Seidenfäden und Leinwandflecken zu sterilisieren. Die Testobjekte erwiesen sich nach dreiwöchentlicher Beobachtung als vollständig steril.

Ich zog nun daraus die Nutzenanwendung für die Urologie.

Die Desinfektion der Cystoskope, wie sie von C a s p e r angegeben wird, dass man die infizierten Instrumente dreimal eine Minute lange mit Seifenspiritus abreibt und in Tüchern, resp. Tupfern, die mit demselben Mittel befeuchtet sind, bis zum nächsten Gebrauche aufbewahrt, hatte in mir stets das Gefühl grosser Beruhigung erzeugt.

Ebenso bedurfte die Desinfektionstechnik der Ureterencystoskope und Ureterkatheter einer den Anforderungen der Anti- und Aseptik zeitgemässen Reform.

Die zur Aufnahme der Ureterenkatheter und der Schiene bestimmten Röhren wurden nur mit desinfizierenden Lösungen durchgespült, die Ureterenkatheter desgleichen. Aufbewahrt wurden die so gereinigten Instrumente in sterilen Tüchern, Kassetten oder in Trioxymethylendämpfen, die, zum grossen Teile polymerisiert, in Gestalt des stark irritativ wirkenden Paraforms an den Instrumenten festhalten.

Meine Versuche gingen nun dahin, dass ich Katheter der verschiedensten Kaliber bis zu Guyon-Ureteren- und Filiform-Kathetern anfangs an der Aussenfläche, später auch an der Innenfläche durch Durchspritzen mit den verschiedensten Bakteriengattungen infi-

*) Vortrag, gehalten auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Wien, 5. Oktober 1907.

zierte und den Autandämpfen aussetzte. Sämtliche, selbst die filiformsten, mit Reinkulturen von *Bacterium coli*, *Bacillus pyocyaneus*, *Staphylococcus pyogenes aureus*, *Bacillus anthracis* mit Sporen, Typhusbazillen und Tuberkelbazillen infizierten Katheter wurden sicher sterilisiert, wodurch die von mancher Seite aufgestellte Behauptung, es könne kein so starker Ueberdruck des Formaldehydgases erreicht werden, dass dieses das Ureterenkatheterlumen durchdringen könne, widerlegt wurde. Die von uns abgetöteten Reinkulturen von Tuberkelbazillen injizierten wir intraperitoneal einem Meerschweinchen, das innerhalb der sechswöchentlichen Beobachtungszeit um 50 Gramm zunahm und dessen Organe sich bei der von Herrn Dozenten Bartel am Weichselbaum'schen Institute vorgenommenen Sektion als normal erwiesen. Auch die von diesem Tiere angefertigten mikroskopischen Schnitte der verschiedensten Organe zeigten eine normale Struktur, während das Kontrolltier sowohl makro- als mikroskopisch das Bild einer disseminierten Tuberkulose darbot.

Bei einem Versuche über die notwendige Mindestdauer der Exposition von Instrumenten in meinem Apparate ergab sich, dass statt der früher vorgeschlagenen sechs Stunden,*) jetzt für Filiformkatheter drei, für dickere Katheter jedoch zwei Stunden genügen, um völlige Keimfreiheit zu erzielen.

Der von mir konstruierte Apparat besteht aus einem Metallfuss, in dessen Höhlung ein Glasgefäß eingelassen ist. Auf diesen Fuss ist ein oben mit einer Metallkappe verschliessbarer, eine Foliere mit Kathetern enthaltende Glasröhre mittelst hermetischen Bajonettverschlusses aufsetzbar. In dem Glasgefässe werden die Formaldehyddämpfe durch einfaches Verrühren eines aus Me-

tallsuperoxyden und Paraform bestehenden Pulvergemenges mit einer abgemessenen Wassermenge erzeugt. Es entstehen alsbald dichte, aus Formaldehydgas und Wasserdämpfen bestehende Wolken, die das Zylinder Glas erfüllen.

Für das Ureterencystoskop und die Ureterenkatheter wurde eine eigene Foliere angegeben, an deren Unterseite an Häkchen die in eine Schlinge gelegten Ureterenkatheter hängen. Letzteres hat den Zweck, diese Katheter steril, ohne Gefahr des Anstreichens am oberen, nicht einwandfrei sterilen Zylinderrand in der Weise entnehmen zu können, dass man sie mittelst Pinzette in das auf eine sterile Kompresse gestellte Zylinder Glas hinabwirft.

Sämtliche in meinem Apparate desinfizierten Instrumente können demselben nach der angegebenen Zeit zum sofortigen Gebrauche entnommen werden, ohne dass sie irgend welche Reizerscheinungen hervorrufen. Es ist dies durch die Uebersättigung der Atmosphäre im Zylinder glase mit Wasserdämpfen bedingt, die den Formaldehyd gasförmig erhalten, während das an den Instrumenten sich bildende Kondenswasser nur in minimalen Spuren nachweisbare Formaldehyddosen enthält.

Wenn ich die Vorzüge dieses Apparates resümierend hervorhebe, muss ich sagen:

1) Der Apparat kann durch jedermann, selbst den ungeschultesten Menschen bedient werden.

2) Er sterilisiert Cystoskop und Katheter in zwei, Filiformkatheter in drei Stunden einwandfrei.

3) Die in dem Apparate sterilisierten Instrumente können sofort nach der angegebenen Zeit in Verwendung genommen werden, ohne die geringsten Reizerscheinungen hervorzurufen.

4) Der Apparat dient zur sterilen Aufbewahrung daselbst desinfizierter Instrumente.

*) Wiener Med. Wochenschrift, No. 24, 1907.

OTTOMAR ROSENBACH:

Charakterzüge aus seinem Leben.

Aus den Nachrufen zusammengestellt von Dr. A. ROSE.

Nichts ist lehrreicher und nützlicher für unser ärztliches Leben und Wirken als von grossen und edlen Männern unseres Standes Charakterzüge kennen zu lernen, denn sie regen uns zum Nachdenken an und wirken erhebend auf unsere Bildung. Es liegt nahe einiges Schöne aus dem Leben eines Mannes wie Rosenbach hier zu geben, weil er zu den besten und bedeutendsten Aerzten seiner Zeit gehörte.

Seine Biographie habe ich im „Medical Brief“ in der Aprilnummer des Jahres 1904 veröffentlicht und in der Mainnummer 1907 desselben Journals ihm einen Nachruf gewidmet; heute gebe ich eine Auslese dessen, was seine nächsten Freunde und Schüler über ihn geschrieben.

Das Ausgezeichnete dieses seltenen Menschen, die zarte Rücksichtnahme auf seine Umgebung, hat er noch über das Grab kundgegeben. Er starb am 20. März, 1907, und erst zwei Tage nach seinem Tode erhielten die näheren Freunde diese Nachricht: das war seine ausdrückliche Bestimmung gewesen. Wie er sich jedes Geleit zur letzten Ruhestätte verboten hatte, so hatte er auch die Zeichen äusserer Trauer verboten; die weiblichen Angehörigen seines Haushalts empfangen die teilnehmenden Freunde, die sich auf die Todesnachricht hin einfanden, in hellen Kleidern.

Eine langjährige ärztliche Tätigkeit hatte die Feinheit und Intensität des Mitfühlens vertieft. Stets und für Alle war er voll von Güte und Teilnahme; seinen Kranken gegenüber bewährte er die grosse Kunst, sich völlig in die Leidenden einzufühlen. Bei der Krankenuntersuchung entfaltete er eine Rücksicht, die äusserst wohltuend war.

Rosenbach war in jeder Bezieh-

ung eine aussergewöhnliche Persönlichkeit. Er war ein Arzt, wie es wenige gegeben hat. Seine Diagnosen waren von bewundernswerter Schärfe, in seinen Prognosen hat er nur selten geirrt, und in der Therapie hatte er aussergewöhnliche Erfolge zu verzeichnen. Charakteristisch war, dass so viele Aerzte sich seinen Rat erbaten. Seine Arbeitslust und Kraft waren geradezu erstaunlich. Er war ein selten scharfer, origineller Denker, für den kein Autoritätsglaube existierte. Er nahm für sich das Recht in Anspruch, alle Probleme selbstständig durchzudenken, und es gab wenige, denen er dabei nicht neue Seiten abgewann. Mit durchdringendem Verstande begabt, war er zugleich von einer seltenen Herzensgüte und Zartheit der Empfindung. Er übte zahllose Wohltaten aus, stets so, dass ein Dritter nichts davon erfuhr, und hatte für alle menschlichen Schwächen Verständnis. Sein überaus stark entwickeltes Gerechtigkeitsgefühl liess ihn stets für alle Unterdrückten eintreten.

In theoretischen Ueberzeugungen war er unerbittlich, er liess sich durch den Widerstand fast aller seiner Kollegen nicht irre machen. Es gibt nun schon unter den älteren praktischen Aerzten viele, die aus langer Berufsausübung heraus zu den Anschauungen Rosenbach's vorgedrungen sind, und unter den jüngeren Aerzten gibt es nun ebenfalls viele, die den Rosenbach'schen Lehren mehr Sympathie und Verständnis entgegenbringen, als es von seiten der jetzt herrschenden Autoritäten geschieht. Auf einem verhältnismässig kurzen Lebensgange hat dieser bis zum letzten Atemzuge seinen wissenschaftlichen Problemen lebende und nachdenkende Geist eine solche Fülle von neuen und bedeut-

samen Begriffen geschaffen oder umgeprägt, althergebrachte wiederum bekämpft, und schon fundamentierte zu erschüttern gesucht, lediglich auf die eigene Kraft vertrauend, ohne Anlehnung und oft im Gegensatz zur bestehenden Richtung, dass seine Spuren auf dem Wege der fortschreitenden medizinischen Wissenschaft nimmermehr verwischt werden können. Unter seinen 278 Büchern, Monographien, Abhandlungen und Schriften ist keine einzige, deren Inhalt den Stempel der Banalität trägt, oder unter der Engbrüstigkeit seiner nachuntersuchenden oder wenigstens nachempfindenden Forschungsweise leidet. Trotz der Fülle des Geschriebenen war Rosenbach immer neu, immer selbstständig, immer geistvoll, oft polemisch und widersprechend, nicht selten voll beissenden Witzes und packender Ironie, immer aber mit eiferndem Ernste bereit, das, was ihm die Wahrheit schien, auch gegen eine ganze Welt zu verfechten, unbekümmert um eigene Nachteile, den Blick vielmehr kraftvoll gerichtet auf grosse allgemeine Fragen, nicht ausschliesslich der engern medizinischen Wissenschaft, sondern auch der sozialen Fürsorge, der ärztlichen Kollegialität, und selbst auf Fragen der ferneren Gebiete der Naturwissenschaften und der Psychologie.

Rosenbach hatte die Neigung, sich mit theoretischen Problemen gedankenreich zu beschäftigen, und diese seine Geistesrichtung ist fruchtbar für die praktische Medizin geworden; ihr verdanken wir seine Lehren von den funktionellen Erkrankungen, von den Organinsuffizienzen, von den suggestiven Wirkungen, von der psychischen Behandlung; Lehren, für die er einst nicht ohne Widerstand eintreten musste, obwohl sie heute zu Selbstverständlichkeiten geworden sind. Und seine noch nicht genug verstandene Lehre von der Energetik findet schon heute in der Biochemie und Biophysik ihre materielle Bestätigung.

Der Schüier seines Oheims Traube und Cohnheim's, hat er auch eine

Fülle von exakten klinischen und experimentellen Arbeiten, die ebenfalls hoch bedeutsam gewesen sind, geschaffen. Aus ihrer Menge seien nur als Beispiele die Experimente über Aortenklappeninsuffizienz, die Lehre vom Mechanismus der Stimmbandlähmungen, die Behandlung der Magenerweiterung herausgegriffen. Als einer der Ersten hat er die Bedeutung der verminderten Funktionsleistung für den Betrieb des Magenmechanismus erkannt und als erste reife Frucht dieser Anschauungen die viel zitierte Abhandlung „Mechanismus und Diagnose der Mageninsuffizienz“ erscheinen lassen. Mit dieser im Jahr 1879 publizierten Arbeit ist Rosenbach als Begründer der funktionellen Diagnostik der Magenkrankheiten zu betrachten. Seit dieser Zeit ist die Bezeichnung „motorische oder mechanische Insuffizienz“ als eine der grundlegendsten Er rungenschaften in die Diagnostik der Magenkrankheiten eingeführt worden. Gerade diese Auffassung von der Funktionsleistung und Funktionsschädigung bildete für Rosenbach der Ausgangspunkt für seine spätern Studien über Energetik, die er auf die Gesamtpathologie des Menschen übertragen hat. Für mich waren seine Experimente mit Kohlensäure von besonderer Bedeutung; er hat hier Tatsachen festgestellt, die mir zur Grundlage meiner Behandlung von Dysenterie und Mastdarmfisteln mit Kohlensäure dienten. Als ich gezeigt und bewiesen, dass Mastdarmfisteln ohne Operation mittelst Applikation von Kohlensäure prompt, vollständig und permanent geheilt werden können, beglückwünschte er mich, diese Aufgabe gelöst zu haben. Seine Tätigkeit erstreckte sich so ziemlich auf alle Einzelgebiete der Medizin, alle erfuhren durch ihn Bereicherung und Fortentwicklung — keines aber wohl in höherem Grade, als die Lehre von den Herzkrankheiten, die durch die von ihm geschaffene und in diesem Sonderfache zur Vollendung erhobene funktionelle Diagnostik auf teilweise neue, auch die Prognostik und

Therapie wesentlich umgestaltende Grundlagen gestellt wurde. In dieser Beziehung werden seine „Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung“ als bahnbrechendes Werk angesehen werden dürfen.

Rosenbach war der geborene Experimentator. Bei den Experimenten verstand er es, die Probleme mit seltener Scharfe zu präzisieren und alle Möglichkeiten zu berücksichtigen. Er erkannte die grossen Schwierigkeiten, die sich einer einwandfreien Beantwortung wissenschaftlicher Fragen in den Weg stellen, besonders in Bezug auf das Tierexperiment, vor dessen Ueberschätzung er eindringlich gewarnt hat. Namentlich gross war er in der kritischen und synthetischen Verwertung der gemachten Experimente und Erfahrungen, da seine Assoziationsfähigkeit in geradezu staunenswerter Weise entwickelt war. So hat er auf Grund eines sorgfältig selbst beobachteten Falles und mit kritischer Verwertung der in der Literatur beschriebenen Fälle das berühmte Gesetz von der verschiedenen Vulnerabilität der Rekurrenzfasern aufgestellt, das, wie er sogleich erkannte, nur ein Spezialfall des allgemeinen Gesetzes ist, dass bei Affektionen der Nervenstämmen oder der Zentralorgane die Beuger viel später gelähmt werden als die Strecker.

Als eine seiner hauptsächlichsten Lebensaufgaben hat Rosenbach es immer betrachtet, für die Einheitsbestrebungen in der Medizin gegenüber dem überhandnehmenden Spezialistentum einzutreten und dem praktischen Arzte das gesammte Gebiet der Medizin wieder zu gewinnen. So sehr er die experimentelle Forschung hochhielt und jedes ihrer Ergebnisse als bedeutsam für die Fortentwicklung der Wissenschaft anerkannte, erhob er doch immer wieder seine Stimme warnend gegen die Ueberschätzung einer lediglich aus dem Laboratorium stammenden Diagnostik und Therapie.

Im Kampf gegen die herrschende

Macht der Bakteriologie ist er nicht ohne Erfolg geblieben, indem er sorgfältig die Abwehrkräfte des Organismus und die Vielartigkeit seiner Reaktionen hervorhob und die Uebertreibungen spezifischer Heilverfahren geisselte.

Mit dem Jahre 1890, als Koch das Tuberkulin empfahl, begann der Kampf Rosenbach's gegen die Bakteriologie. In vielen Punkten hat er schon jetzt Recht behalten, in anderen wird ihm voraussichtlich die Zukunft Recht geben. Seine gesammelten diesbezüglichen Arbeiten hat er 1903 in dem Buche „Arzt contra Bakteriologie“ veröffentlicht, das wie eine Bombe einschlug. Rosenbach war aber durchaus kein Feind der Bakteriologie, deren Bedeutung als biologische Wissenschaft er im Gegenteil hochschätzte. Er bekämpfte nur die Anmassung der „Nichts-als-Bakteriologen“, gewissermassen Richter über den Arzt am Krankenbette zu sein, und die Schädigung in sozialer und ethischer Beziehung, die durch die übertriebene Furcht vor Ansteckung und rigorösen Absperungs- und Desinfektionsmassregeln erzeugt werden.

Rosenbach hat zu Lebenszeiten aus verschiedenen Gründen leider nicht die Anerkennung gefunden, die er sicher verdient hat. Der wesentlichste ist wohl der, dass er zur un rechten Zeit, zu früh, gelebt hat, während einer Zeitströmung, die „naturphilosophischen“ Arbeiten refraktär gegenüberstand. Aber weder das Verschweigen seiner Arbeiten, noch die zuweilen dagegen unter der Maske der Wissenschaftlichkeit gerichteten absprechenden Urteile — für ernsthafte Kritiken war er stets dankbar und hatte eine begründete Ausstellung weit lieber als eine lobende Phrase — konnten Rosenbach von seinen Ueberzeugungen abbringen und ihm den Glauben an den Sieg seiner Ideen rauben.

Möge bald die Zeit kommen, wo man die Verdienste dieses ausserordentlichen Mannes anerkennen wird.

Referate und Kritiken.

Ernst Romberg: *Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße.* Mit 53 Abbildungen. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1906. 548 S. Preis 13 M.

Das vorliegende Werk ist im wesentlichen eine Neubearbeitung des von R. abgefassten Abschnittes über die Krankheiten der Kreislauforgane in dem bekannten *E b s t e i n-S c h w a l b e'schen* Handbuche der praktischen Medizin. Lücken in der Behandlung des Stoffes, die in dem engen Rahmen des Handbuchs unvermeidbar waren, sind in der Separatsausgabe ausgefüllt worden, so dass dieselbe darauf Anspruch machen kann, als eine nach jeder Richtung hin erschöpfende Darstellung der Krankheiten der Kreislauforgane angesehen zu werden. Das Werk ist meisterhaft geschrieben, und wir können wohl sagen, dass uns bis jetzt noch keine bessere Abhandlung über die Herz- und Blutgefässerkrankungen zu Gesicht gekommen ist.

F. Calot: *Die Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.* Uebersetzt von P. Ewald. Mit 206 Abbildungen. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Oscar Vulpius. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1906. 283 S.

Der Verfasser des Werkes ist der auch in Deutschland wohlbekannte Kinderchirurg Calot in Bercq-sur-mer, der, wie Prof. Vulpius in dem Vorwort sagt, wie kein zweiter kraft seiner grossen Zahl von Beobachtungen und seiner

Behandlungsmethode berufen ist, zu dem Kapitel kongenitale Hüftgelenksverrenkung seine Stimme zu erheben und über seine technischen Modifikationen und seine Erfolge zu berichten. Aufgebaut auf eine ungewöhnlich grosse Erfahrung an einem reichen Krankenmaterial hat das Werk Vorzüge mannigfacher Art aufzuweisen. Es behandelt das Thema erschöpfend, indem auch die kleinsten Manipulationen des Arztes von der ersten Untersuchung an bis zum Abschluss der Nachbehandlung Erwähnung finden. Die Darstellung ist, wie *Vulpius* rühmend hervorhebt, eine glänzende, ausgezeichnet durch eine geradezu plastische Klarheit und erfrischende Lebendigkeit. Zwar teilt *Vulpius* die Anschauung *Calot's* nicht, wenn er die Behandlung der Hüftgelenksverrenkung von jedem praktischen Arzt durchgeführt wissen will, da die Forderungen, die *Calot* selbst in seinem Buche aufgestellt, ein vielbeschäftigter praktischer Arzt unmöglich erfüllen kann. Die *Calot'sche* Methode ist nicht neu im Ganzen, wohl aber in Einzelheiten. Die wachsenden Erfolge, welche von ihm mit der Ausbildung seiner Technik in engem Zusammenhang gebracht werden, scheinen überraschend günstig zu sein. Die Illustrationen des Buches, besonders aber die beigegebenen schematischen Zeichnungen sind äusserst instruktiv. Die Uebersetzung des französischen Originals durch *P. Ewald*, erster Assistent der *Vulpius'schen* Klinik, ist muster-giltig und wird dem Original in jeder Beziehung gerecht.

Dr. Carl Beck's „Surgical Diseases of the Chest.“

In der in Berlin erscheinenden „*Deutschen Medizinischen Presse*“ 22. November 1907) finden wir nachfolgende Bücherbesprechung (?), die besonders für die in New York wohnenden Kollegen von Interesse sein dürfte und die wir deshalb hier unverkürzt zum Abdruck bringen:

„*Beck, Carl* (Professor of Surgery in the New York Post-Graduate Medical School and Hospital, Visiting Surgeon to the St. Mark's Hospital and the German Polyclinic, Consulting Surgeon, etc., President of the American Therapeutic Society, President of the New York Society of Medical Jurisprudence. etc.)

etc.), *Surgical Diseases of the Chest*. With 16 colored and 162 other illustrations. Philadelphia, 1907. P. Blakiston's Sons & Co. IX, 371 pp. Preis 5 Dollars.

„Der von mir — und von wem wohl dies- und jenseits des Ozeans nicht? — hochverehrte, geniale New Yorker Chirurg und Chirurgie-Professor Carl Beck sandte mir das jüngste Produkt seines rastlosen, staunenswerten Fleisses mit folgendem, unter dem 27. September 1907 aus seiner Villa Beck in Pelham-New York datierten Schreiben:

Lieber hochverehrter Herr Kollege! Erst jetzt erfahre ich, dass man Ihnen mein neuestes Buch nicht zusandte und bat ich die Verlagshandlung dies sofort nachzuholen. Nehmen Sie es gütigst als einen herzlichen Gruss eines Sie hochschätzenden Menschen an. Sie brauchen es ja Gott sei Dank nicht mehr zu besprechen. Seit ich in meiner Villa wohne, geht es mir viel besser, aber nächstes Jahr komme ich doch wieder hinüber. Dann werde ich Sie beizeiten benachrichtigen. Herzlichen Gruss. Ihr ergebenster

Carl Beck.

„Fast a tempo mit diesen Zeilen traf auch das Avis der Verleger und wenige Stunden nach ihm das prächtige Buch selbst ein. Obwohl der Verf. (nicht die Herren Verleger) mich von der Pflicht einer Anzeige ausdrücklich befreit hat, so kann ich es doch nicht über mich bringen, die herrliche Dedikation anzunehmen, ohne ihrer wenigstens mit einigen Worten der Dankbarkeit zu gedenken. Ich gehe nicht weiter auf den Inhalt des Exzellenz v. Czerny gewidmeten Buches ein — das ist Sache eines berufenen, dem populärsten deutsch-amerikanischen Chirurgen Beck ebenbürtigen europäischen bzw. deutschen Meisters — und bemerke hierüber nur kurz unter Anlehnung an die Vorrede, dass in den jüngsten Jahren die amerikanischen Leistungen sich hauptsächlich

auf die Abdominalchirurgie konzentriert haben und seit 1896, dem Publikationsjahre von Page's Werk, keine speziell die Brustchirurgie zusammenfassend behandelnde Publikation in Amerika erfolgt ist, während doch die Fortschritte auch hierin Dank der Asepsis, der Bakteriologie und der Röntgendiagnostik ausserordentlich rapide gewachsen sind. — Nur soviel sei bemerkt: Wer den *amerikanischen* Anteil an diesen Fortschritten und Leistungen kennen lernen will, wer speziell Beck's, des wunderbar vielseitigen und fast übermenschlich arbeitenden Mannes, Verdienste auch in dieser Sparte der Medizin und Chirurgie würdigen will, wer endlich an der Pracht amerikanischer Buchausstattung Auge und Herz weiden lassen und die hellste Freude darüber empfinden will, dass und wie sehr man in Amerika es versteht, streng wissenschaftlichen Büchern ein Gewand zu geben, als handle es sich etwa um eine Prachtillustrationsausgabe von Dore's Bibel, Goethe's Faust oder einem sonstigen klassischen Werk, der greife zu Beck's *'Surgical Diseases of the Chest'*. Er wird sich über dessen Aeusseres und Inneres tief befriedigt fühlen und dem Autor gratulieren um der Wissenschaft willen, der Wissenschaft um eines solchen Autors willen. — Ich habe Beck, den ich mit Stolz hier — *salva venia* — meinen Freund zu nennen mir anmasse, geschrieben, dass von dem Buch eine deutsche Ausgabe veranstaltet werden müsste und glaube das vertreten zu können, auch wenn der amerikanischen Ausgabe europäischer Ruf sicher ist. Denn es gibt immerhin leider noch bei uns weite Kreise von Aerzten, denen die englische Sprache nicht so geläufig ist, dass sie im stande wären, Beck's Werk glatt und ohne Schwierigkeiten zu studieren. Und dadurch würde diesen Kreisen und der deutschen Literatur überhaupt ein Buch entgehen, das zweifellos den Rang eines Standard-work für diesen Sonderzweig der Wundheilkunde beansprucht.

PAGEL.

Berlin, den 9. Oktober 1907.“

Auszüge aus der neuesten Journalliteratur.

Jervois Aarons: *Medical Treatment of Uterine Hemorrhage.*

Bei Uterusblutungen kann allein die Aetiologie darüber entscheiden, ob ein operativer Eingriff nötig ist oder ob ein Hämostatikum zu verabfolgen ist. Oft wird durch eine voreilige Operation Schaden gestiftet, wo therapeutische Heilung hätte bewirkt werden können. A. bringt eine tabellarische Zusammenstellung der von ihm behandelten Fälle, darunter auch einige, die durch Operation geheilt wurden, nachdem durch vorherige Darreichung eines Hämostatikums günstig vorgearbeitet worden war. Neu ist unter seinen Behandlungsmethoden die Anwendung von Gelatine gegen Uterusblutungen. Im übrigen kamen zur Verwendung: „Hydrastin Compound“, Ergotin, Adrenalin und Styptol d. i. neutrales Cotarnin. phthalic. „Hydrastin Compound“ wurde post partum und post abortum verabfolgt. Das darin enthaltene Cotarnin. hydrochlor. allein (Stypticin) verwendet Verf. nicht, da es vor „Hydrastin Compound“ keinen Vorteil bietet und im Gegenteil oft Schwindel und Kopfschmerzen verursachen soll, was allerdings auch bei fortgesetzter Darreichung von „Hydrastin Compound“ eintritt, eben infolge seines Gehaltes an Cotarnin. hydrochloric. Ergotin, innerlich und subkutan, leistete gute Dienste, wo Uteruskontraktionen erwünscht waren, also ebenfalls bei den angeführten Indikationen.

Adrenalin erwies sich als geeignet zur rein lokalen Behandlung. Kalziumlaktat und -chlorid hat den Vorteil, die Koagulabilität des Blutes bedeutend zu erhöhen. Mittels Gelatine durch Einführung per Rektum konnten in 3 Fällen die uterinen Blutungen zum Stillstand gebracht werden. Ausführlicher geht Verfasser auf Styptol ein, das er viel und mit sehr gutem Erfolge anwandte. Als besonderes wesentlich wird die sedative und analgetische Wirkung des Mittels neben der blutstillenden erwähnt. Auch bewirkt Styptol keine Uteruskontraktionen. Ungenehme Folgeerscheinungen wurden in keinem Falle beobachtet. Verfasser behandelte erfolg-

reich Fälle von Dysmenorrhoe, klimakterischen Blutungen, Blutungen während der Schwangerschaft, ferner inoperables Karzinom, Endometritis (nach vorhergegangenem Kurettement), Salpingitis und Lageveränderungen des Uterus. Das Styptol-Knoll verdient im höchsten Grade wegen seiner prompten Wirkung die Beachtung der Gynäkologen. (*British Gynaecological Journal*, February, 1907.)

G. S. Haynes: *Beiträge zur Verwendung der Herztonika.*

Die galenischen Digitalis- und Strophanthuspräparate sind in ihrem Wirkungswert meist sehr verschieden und unterliegen einer fortwährenden Aenderung. Es ist daher als ausserordentlicher Fortschritt anzusehen, dass das Digitoxin und Strophantin als einheitliche chemische Körper in den Handel gebracht wurden. Beim isolierten, mit Ringer-Locke'scher Flüssigkeit durchbluteten Kaninchenherzen übt das Strophantin selbst in minimalen Dosen (0,00001 g) eine sofortige kräftige Wirkung aus. Bei intravenöser Injektion wirkt das Strophantin fast augenblicklich.

Die meisten Herztonika bewirken eine periphere Gefässverengung, was bei Arterienerkrankungen und Blutdrucksteigerung im Auge zu behalten ist. In Fällen, wo, wie z. B. bei Dilatio cordis, neben Digitalis eine Gefässerweiterung erwünscht ist, kombiniert man dieses am besten mit den Purinderivaten: Koffein, Theobromin und Theophyllin. Am besten bewährt sich das Diuretin (Theobromin. natrio-salicyl.). Es bewirkt ähnlich wie Koffein eine Verstärkung des Herzspitzenstosses. Bei Durchblutung des isolierten Kaninchenherzens mit Diuretin enthaltender Ringer-Locke'scher Flüssigkeit zeigt sich vor allem auch eine bedeutende Erweiterung der Koronargefässe. Eine Kombination eines Herztonikums mit einem vasodilatatorisch wirkenden Mittel von der Art des Diuretins bewirkt eine Verlangsamung und Kräftigung des Herzstosses und zugleich eine vermehrte Durchblutung der Arterien. Die Vaguswirkung der

Herztonika wird teilweise durch die exzitomotorische Wirkung des Diuretins aufgehoben.

Diuretin wirkt gleichzeitig als Herzstimulans. Da es nicht nur den Puls kräftigt, sondern auch die Koronargefässe erweitert, ist es vor allem zur Kombination mit Digitalis angezeigt, da dessen grösster Nachteil bei der Behandlung von Herzkrankheiten in der Gefässverengung beruht. Ausser auf die Koronararterien wirkt das Diuretin auch auf die peripheren Gefässe dilatierend ein; da jedoch auch die Herzaktion vermehrt ist, so sinkt der Blutdruck nicht unter seine normale Höhe. Eine andere Wirkung des Diuretins, die erhöhte Diurese, ist stets das sekundäre, während die intensivere Durchblutung der Nieren das primäre ist. Auf keinen Fall ist eine spezifische Einwirkung des Diuretins direkt auf das Nierenepithel erwiesen. Eine Kombination von Diuretin mit Digitalis erscheint besonders aussichtsreich bei kardialen Hydrops, Herzschwäche und vor allem bei Allgemeinerkrankungen der Herzgefässe.

Die kumulative Wirkung der Herztonika macht sich besonders bei Digitalis und Scilla bemerkbar, weniger bei Strophanthus, speziell bei intravenöser Anwendung des Strophanthins ist diese Wirkung kaum zu befürchten. (*Folia therapeutica*, Oktober, 1907.)

Professor Ernst von Leyden:
Ueber einige neuere Schlafmittel.

Unter den neuen Schlafmitteln, die eine wirkliche Bereicherung des Arzneischatzes bedeuten, ist wohl zeitlich als erstes das Veronal zu nennen. Es ist ein bitter schmeckendes, in heissem Wasser ziemlich schwer, in kaltem Wasser fast unlösliches Pulver, dagegen sind seine Alkalisalze ziemlich leicht löslich. Vom chemischen Standpunkte ist es ein Harnstoffderivat. Es kommt in einmaligen Do-

sen von 0,3—1,0 g zur Verwendung; von einer Steigerung der Dosis wurde abgesehen, weil sich in diesen Fällen wiederholt unangenehme Nebenwirkungen zeigten, ohne dass die einschläfernde Wirkung des Veronals verstärkt zu sein schien. Die Nebenwirkungen bestehen vor allem in Uebelkeit, Kopfschmerzen, kalten Extremitäten, unregelmässigem Puls. Es erscheint dringend geboten, Veronal nur in Lösung zu geben, da sich die Tabletten oder die Pulver bei vielen Kranken im Darm nur schlecht lösen, sodass der gewünschte Schlaf in der folgenden Nacht nicht eintritt, dagegen zeigt sich dann am folgenden Tage häufig eine Art Schlafsucht, wohl bedingt durch die späte Resorption des schwerlöslichen Veronals im Darm. Tritt der gewünschte Schlaf ein, so befindet sich der Patient am folgenden Tage vollkommen munter.

In ähnlicher Weise wie das Veronal wirkt das Proponal, welches keinen besonderen Vorzug vor dem Veronal hat, ausser dass es in kleineren Dosen (0,2—0,3 g pro die) gegeben werden kann.

Ein grosser Gewinn für den Arzneischatz scheint das neue Schlaf- und Beruhigungsmittel Bromural zu sein. Es wird in Tablettenform (zu 0,3 g, 2 Stck.) vor dem Schlafengehen genommen und wirkt dann nach 20—25 Minuten schlafbringend. Ein grosser Vorzug dieses Präparates besteht darin, dass es ausgezeichnet vertragen wird und keine Nebenwirkung zeigt. Der durch Bromural hervorgerufene Schlaf lässt keine Abweichung von dem natürlichen erkennen.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass bei manchen Patienten die Schlaflosigkeit in einer geringen Herzschwäche begründet ist, und in diesem Falle pflegen die Hypnotika nur eine geringe Wirkung auszuüben; man erzielt dann meistens mit Digitalis oder Strophanthus einen guten Erfolg. (*Folia Therapeutica*, Oktober, 1907.)

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York.

Sitzung vom 7. Oktober 1907.

Präsident Dr. Carl Beck eröffnet die Sitzung um halb 9 Uhr.

1. **Vorstellung von Patienten, Demonstration einer Maske, Instrumenten u. s. w.**

a) Dr. Hermann Fischer: **Fall von Spina bifida sacralis, geheilt durch Operation.**

b) Dr. Mannheim: **Demonstration einer Maske zur Hyperämieanwendung bei Brustkrankheiten.**

Sekretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Präsident Dr. Carl Beck: Ich habe mitzuteilen, dass wir zwei liebe Mitglieder durch den Tod verloren haben, Dr. E. J. Messemer und Dr. F. Nordemann, und ich bitte Sie, sich zum Andenken an diese Mitglieder erheben zu wollen. (Geschicht.) Sie wissen, meine Herren, dass Dr. Nordemann sozusagen der geistige Urheber der Deutschen Medizinischen Gesellschaft in New York war zu einer Zeit, als das Deutschtum noch sehr wenig hervorragende medizinische Männer aufzuweisen hatte. Dr. Nordemann ist in den letzten Jahren, ich glaube wegen Krankheit, nur selten zu uns gekommen, er hat uns aber immer mehr oder minder freundlich zur Seite gestanden. Ich selbst war zu meinem Bedauern nur sehr oberflächlich mit ihm bekannt, ich möchte daher Dr. Gleitsmann, der ihn näher kannte, bitten, einige Worte zu sagen. Ich möchte nur noch bemerken, dass die meisten Mitglieder des Verwaltungsrats bei seinem Leichenbegängnis zugegen waren und ihn dadurch geehrt haben.

Dr. J. W. Gleitsmann: Ich danke Ihnen, Herr Präsident, dass Sie mir das Privilegium gewährt haben, ein paar Worte über unsern verstorbe-

nen Kollegen Dr. Nordemann an die Gesellschaft zu richten. Die wenigen Aufzeichnungen, die ich mir erlaube vorzulegen, sind teilweise von seinem Sohn, unserm Mitglied Dr. Hermann Nordemann, mir gegeben worden, andererseits sind es persönliche Erinnerungen.

Dr. Felix Nordemann war am 16. März 1829 in Bern geboren, woselbst er auch 1853 promovierte.

Er kam nach New York 1854 und übte bis zu seinem Tode allgemeine Praxis aus.

Seine Beziehungen zu unserer Gesellschaft waren mannigfacher Art und datieren bis zu deren Beginn zurück. Obwohl er nicht bei der ersten Zusammenkunft am 19. Dezember 1860 zugegen war, trat er schon im Februar 1861 der Gesellschaft bei und ist einer der Gründer derselben. Er war einer der 5 Mitglieder, die 1867 den noch jetzt bestehenden Charter herausnahmen, war Präsident drei Jahre lang von 1882 bis 1884 und stellte sein eigenes Heim dem Verein für seine Versammlungen während dreier Jahre zur Verfügung, als derselbe durch den Verkauf des Wallfisches heimatlos geworden war.

Sein Hauptverdienst jedoch war, dass er mit den sechs anderen Kollegen, welche der Jahresversammlung 1884 beiwohnten, der zur Sprache kommenden Auflösung des Vereins opponierte und mit Dr. Carl Heitzmann die Reorganization des Vereins energisch betrieb.

Wie sehr er an unserer Gesellschaft hing, zeigt der Artikel, den er 1896 derselben dedizierte, und seine Anhänglichkeit ist am besten in den Worten ausgedrückt, die mir sein Sohn vor wenigen Tagen zusandte:

„Er betrachtete die Deutsche Medizinische Gesellschaft als sein Kind, er fühlte stolz und glücklich, wenn er Jemand von ihr sprechen, sie loben hörte.

Er verliess die Stadt niemals der Erholung halber, er war glücklich und zufrieden.“

Meine persönlichen Beziehungen zu dem Verstorbenen waren stets die freundschaftlichsten, und sahen wir uns in früheren Jahren häufig, als er noch unsere Versammlungen besuchen konnte. Ihm und Dr. Carl Heitzmann habe ich es hauptsächlich zu danken, dass ich Ihnen 1894 über die frühere Geschichte der Gesellschaft berichten konnte. Auch Dr. Rose fühlte sich ihm zu Dank verpflichtet, als er 1899 mit grossem Fleisse und Mühe die Daten der Aufnahme sämtlicher Mitglieder zusammenstellte.

Ich erlaube mir, Herr Präsident, den Antrag zu stellen, uns nicht mit dem üblichen Erheben von den Sitzen zu begnügen, sondern den Sekretär zu beauftragen, seinen Hinterbliebenen unsere Sympathie und auch den Dank der Gesellschaft auszudrücken, für die er so viel getan und der er bis an sein Lebensende sein Interesse bewahrt hat.

Die Versammlung beschliesst diesem Antrag gemäss.

Präsident Dr. Carl Beck: Ich habe nun die grosse Ehre und das nicht minder grosse Vergnügen, Ihnen einen vornehmen Vertreter der alten berühmten Fakultät Wien vorzustellen, Herrn Prof. Dr. Hermann Schlesinger. Ich heisse ihn in unserer Mitte recht herzlich willkommen und hoffe, dass sein Aufenthalt in Amerika nicht bloss für ihn, sondern auch für uns Frucht bringen wird. Der Herr Professor ist so gütig gewesen, ein Thema zu wählen, welches für unseren Verein ausserordentlich passt, nämlich den Lungenabszess.

Professor D. H. Schlesinger: **Lungenabszess und Lungengangrän.** (Der Vortrag erscheint in ds. Monatschr. als Originalarbeit.)

Präsident Dr. Carl Beck spricht Herrn Prof. Schlesinger für seinen trefflichen Vortrag den herzlichsten Dank aus, und die Versammlung beschliesst, in eine Diskussion des Vortrags einzutreten.

Diskussion. Dr. Otto Kiliანი: Ich bin wie der Präsident und die Mitglieder der Gesellschaft glücklich, dass

der Verfasser des Buches „Chirurgische Eingriffe bei inneren Erkrankungen“ und der Herausgeber des Zentralblatts der Grenzgebiete sich heute über dieses Thema uns gegenüber ausgelassen hat. Die Indikationsstellung wird eigentlich soviel besser von dem heutigen Internisten gemacht von dem Schlage wie Prof. Schlesinger, Friedrich Müller und anderer, dass der Chirurg wirklich nicht so im stande ist, ein so umfassendes Bild zu geben, wie dies der Vortragende getan. Meine persönlichen Erfahrungen, obwohl ich mit einem grösseren Material arbeite, sind recht gering. Ich weiss nicht, ob andere Herren darin glücklicher oder unglücklicher waren, wie man es auffassen will.

Wenn ich mir eine Bemerkung erlauben darf, so weiss ich nicht, ob Herr Professor Schlesinger die Sepsis als ätiologischen Faktor erwähnt hat. Ich habe septische Lungenabszesse in einer Anzahl von Fällen von gangränöser Appendizitis beobachtet. Gangränöse Appendizitis gibt ein so abgegrenzt scharfes klinisches Bild, dass man die Diagnose schon vor der Eröffnung machen kann; es scheint, als ob diese Neigung zu Gangränisierung auch im anderen Gewebe zur Geltung kommt. Ich habe drei Fälle von gangränösem Lungenabszess als Chirurg gesehen. Auch möchte ich Prof. Schlesinger danken für die Warnung, die er dem praktischen Arzt ausgesprochen hat, die Punktionsnadel zu gebrauchen. Ich hatte heute morgen das Vergnügen, Herrn Professor Schlesinger im Deutschen Hospital zu treffen und an der Hand eines Falles von operiertem Lungenabszess, der auf meiner Abteilung lag, ihn darüber sich aussprechen zu hören. Ich halte überhaupt den Gebrauch der Punktionsnadel, ganz gleich zu welchem Zweck, wenn sie nicht als Leitführer zu Anfang einer Operation verwendet wird, für ein Verbrechen. Es ist wirklich nur eine Befriedigung der Neugier für den Praktiker, die Spritze einzustossen, da er ja nicht in der Lage ist, den Befund operativ auszunützen; dagegen ist der dadurch verursachte Schaden manchmal gross. Die Warnung von

Prof. Schlesinger war ausserordentlich angebracht. Ich schliesse meine kurzen Bemerkungen mit innigem Dank für Prof. Schlesinger.

Dr. R. Stein: Ich bin dem Vortrag des Prof. Schlesinger mit grossem Interesse gefolgt, und es wird mir nicht einfallen, in irgend einem Punkte Opposition zu machen. Ich möchte ihn aber doch fragen, ob er selbst schlechte Erfahrungen mit der Punktionsnadel beim Lungenabszess gemacht hat und ob es ihm selbst passiert ist, dass er die Pleura infiziert hat. Ich weiss wohl, dass Fränkel sich in seinem Buch gegen die Punktionsnadel ausspricht. Die Sache verhält sich aber doch in der allgemeinen Praxis ganz anders. Haben wir z. B. einen Fall von Pneumonie, und es tritt dazu akut eine Gangrän, so wissen wir, um was es sich handelt. Nach der Angabe der Autoren würde man da nicht Punktion anwenden, da man die Pleurahöhle infiziert. Es gibt aber eine ganze Anzahl von Fällen, ich habe selbst eine Anzahl im Deutschen Hospital gehabt und in der Privatpraxis behandelt, bei denen es sich um einen chronischen Verlauf handelt. Es werden Patienten eingeliefert, meist ältere Leute, die schon Pneumonie, Influenza gehabt haben, längere Zeit husten, denen in der Praxis nicht geholfen wurde. Sie kommen ins Hospital, man untersucht den Fall näher, untersucht das Sputum und findet Eiter, vielleicht auch elastische Fasern, man kann dann die bestimmte Diagnose des Falles nicht stellen—sie schwankt immer zwischen Tuberkulose und Abszess. Die Zeichen sind dabei gar nicht klar, es kann sich um einen ganz kleinen Abszess handeln. Ich habe einen solchen Fall jetzt im Deutschen Hospital. Es handelt sich um eine Frau, die schon wochenlang im Hospital war, wieder wegging und wieder kam. Sie spuckte auch viel Eiter aus. Wir suchten nach Lungenfetzen, Lungenfasern und fanden dieselben nicht. Die Frau hatte Fieber, eine Geschichte von mehrmonatlicher Erkrankung. Ich hörte an einer Stelle an der linken hinteren Lungenpartie ein amphorisches Atmen mit metallischem Klang, und es

wurde daraufhin punktiert. Wir konnten den Eiter nicht erreichen. Es wurde dann auf dem Operationstisch von Dr. Torek punktiert, der wirklichen Eiter herauszog und im Anschluss an diese Exploration den Lungenabszess mit Erfolg operierte.

Ich könnte noch zwei andere Fälle erzählen, die genau ebenso verliefen. Es handelt sich also um chronische Fälle, bei welchen die Diagnose schlecht zu stellen ist und wo meiner Erfahrung in einer kleinen Anzahl von Fällen nach die Punktion nichts schadet; allerdings würde ich sie in ganz akuten Fällen von Gangrän nicht machen.

Dr. C. Bloch: Im Hinblick auf Prof. Schlesinger's Bemerkung, dass selbst von den operierten Fällen vielleicht nur 50% Heilung ergeben, und dass es andererseits in sehr vielen Fällen recht schwierig ist, dem Abszess beizukommen, möchte ich einige Erfahrungen erwähnen, die ich mit einem Medikamente gemacht habe und die ganz überraschend waren. Ich habe einmal einen Fall von Pneumonie gehabt, bei dem sich auf einmal zur Zeit, wo wir Genesung hätten erwarten können, auskultatorische und perkutorische Symptome einstellten, die mich auf die Idee brachten, dass es sich um einen Pforten handle, der einen Bronchialast der rechten Lunge verstopfte. Diese Diagnose wurde von einem Konsultanten bestätigt, und es kamen Schüttelfröste, und dann begann auch Eiterauswurf und es erschien eine beschränkte Dämpfung im mittleren Lappen ziemlich oberflächlich nahe der Wirbelsäule; Erscheinungen, welche kaum eine andere Diagnose möglich machen, als Abszess. Da aber der Abszess von dem Pforten herrührte und ich das plötzliche Auftreten dieser Dämpfung konstatieren konnte und der Eiter immer reicher wurde, so beschloss ich mit dem Konsultanten, lieber abzuwarten, ob der Abszess sich nicht entleeren würde. Dies geschah auch. Es war drei Wochen nach dem Beginn der Pneumonie. In weiteren fünf Wochen war der Abszess vollständig geheilt, und der Kranke, in ausgezeichnetem Gesundheitszustande,

wog ungefähr 30 Pfund mehr, als er vor der Krankheit gewogen hatte.

Ich habe ein ähnliches Resultat nach Pneumonie mit Empyem gesehen. Es war ein Kind, und es war akuteste Atemnot vorhanden, und, um den Eltern zu zeigen, dass eine Operation nötig, nahm ich eine grosse Spritze voll heraus; dies half der augenblicklichen Atemnot ein wenig. Aber die Eltern sagten, der liebe Gott wolle das Kind sterben lassen und verweigerten die Operation absolut trotz dringender Vorstellungen. Da gab ich dem Kind Kreosot, und es war in sechs Wochen vollständig genesen. Ich glaube, dass ich Kreosot in solchen Fällen, wenigstens wo es nicht geraten oder möglich ist, zu operieren, stark empfehlen darf.

Dr. G. M a n n h e i m e r: Meine Erfahrungen beziehen sich ausschliesslich auf den chronischen Lungenabszess. Die Ausführungen des Redners haben mich daran erinnert, wie schwer sich die Untersuchung solcher Patienten gestaltet dadurch, dass die Erscheinungen so ausserordentlich wechseln, sowohl die Perkussion wie die Auskultationsbefunde. Ich habe diese Veränderlichkeit der physikalischen Zeichen, die durch den wechselnden Füllungszustand der Lungenhöhle bedingt ist, an einer Anzahl von Patienten im Bedford Sanatorium beobachtet, die als tuberkulös dorthin geschickt worden waren. Die Aehnlichkeit mit Tuberkulose ist ausgesprochen genug, um den Unerfahrenen zu täuschen. Es fanden sich bei ihnen die Zeichen von Höhlenbildung, massenhaft eitriger oder sich in Schichten absetzender Auswurf, darin elastische Fasern, aber bei wiederholter Untersuchung keine Tuberkelbazillen. Letzterer Umstand erscheint mir als sehr bedeutungsvoll, wird aber nicht genügend gewürdigt. Ich habe mehrere dieser Patienten, meist junge Leute unter 20 Jahren, aus dem Sanatorium in allgemeine Krankenhäuser geschickt, und ich weiss von zweien, dass sie plötzlich an Herzlähmung gestorben sind. Hat Herr Prof. Schlessinger ähnliche Erfahrung gemacht?

Eine weitere Frage ist die: Finden sich im Auswurf nicht auch andere

morphologische Bestandteile, die auf Lungenabszess hindeuten? Gibt es differenzialdiagnostische Punkte zwischen Bronchiektasie und Lungenabszess?

Was die Differenzialdiagnose zwischen Lungenabszess und abgesacktem Pleuraexsudat oder Empyem betrifft, so darf nicht vergessen werden, dass beide Zustände zusammen vorkommen können.

Präsident Carl Beck: Ich bemerke mit grossem Bedauern, dass Herr Prof. Schlessinger mit den Röntgenstrahlen etwas langsam behandelte. Da nun keiner der Anwesenden Herren Kollegen ein gutes Wort für die Röntgenstrahlen einlegte, so kann ich das trotz meiner neutralen Position als Vorsitzender nicht schweigend hingehen lassen, denn Qui tacet, consentire videtur. Wie ich schon Anfang dieses Jahres behauptete, als ich über denselben Gegenstand vom chirurgischen Standpunkte aus sprach, ist mit der Röntgenmethode eine völlig neue Aera für die Lungenchirurgie angebrochen, mit anderen Worten: Die Chirurgie hat einen Teil der diagnostischen Bedeutung aus den Händen der Internisten genommen und zwar vermöge ihrer naturgemäss grösseren Kenntnis in der Röntgentechnik. Prof. Schlessinger hat trefflich hervorgehoben, wie schwierig die Differenzialdiagnose ist; er trifft den Nagel auf den Kopf, wenn er sagt, dass wir einmal bei der Perkussion einen soliden Schall hören und dann wieder tympanitischen, sodass unser theoretischer Katechismus in's Wanken gerät, ähnlich ist es mit der Auskultation. Vor der Aspirationsspritze warnt er uns. Das ist in der Abdominalchirurgie gerechtfertigt, aber sonst halte ich sie für den besten Freund des allgemeinen Praktikers, da sie bei obskuren Fällen oft die überraschendsten Aufschlüsse gibt. Beim Lungenabszess nützt die Aspiration nicht, weshalb ich die Aspiration in solchen Fällen verwerfe, aber nicht aus Furcht vor der Infektion, denn was tun wir nicht alles im medizinischen Aufklärungsdienst, das Infektion hervorbringen könnte und doch ohne Reaktion verläuft! Ein Abszess

der Lunge ist ja kein Abszess der Pleura, keine gänzlich mit Eiter gefüllte Höhle, sondern enthält nur zur Hälfte oder zu einem viertel Eiter und Detritus. In früheren Jahren wagte ich es manchenmal nicht zu operieren, weil die Diagnose auf so schwachen Füßen stand. Ja, selbst bei gemachter Diagnose erschien es schwierig, den Abszess zu lokalisieren. Es tröstete mich, den Vorzug zu haben, mit internen einigermassen Autoritäten zu konsultieren, von denen der eine auf Grund einer Schallveränderung erklärte: „Hier ist der Abszess,“ der andere „Dort.“ Und schliesslich war er weder hier noch dort. Welch grosse Wohltat ist es nun, dass wir in unserer Not nun mit einem Male das Röntgenstrahlenverfahren besitzen, auf Grund dessen wir mit absoluter Sicherheit sagen können, hier liegt der Abszess, hier schneide ich ein, 5 Zoll, sagen wir, von der Wirbelsäule, zwischen der 7. und 8. Rippe.

Was die sogenannten Irrtümer der Röntgenmethode betrifft, so kann ich sagen: Die Botschaft hör' ich wohl, allein mir fehlt der Glaube. Es gibt keine Irrtümer der Methode, sondern des Individuums, es gibt schlechte Röntgenbilder, und ich habe selbst viele hundert derselben auf dem Gewissen. Es ist mir aber nie eingefallen zu behaupten: Dies ist ein gutes Röntgenbild, wenn es schlecht ist. Wenn ich trotz wiederholter Versuche nicht reüssierte, gestand ich einfach der Wahrheit gemäss: Mein Bild ist nicht zuverlässig, wir müssen uns nach anderen Verfahren umsehen. Mit Emphase möchte ich die Bemerkung von Prof. Schlesinger, dass die Röntgenstrahlen in Harmonie mit den physikalischen Methoden sein müssen, indossieren. Wer diese unsere Methoden beherrscht, weiss sich sofort auch auf dem Röntgenbild zurecht zu finden. Bei Lungengangrän sind Irrtümer kaum denkbar; da haben wir es grossteils mit solidem Gewebe zu tun, und das solide Gewebe, namentlich das nekrotische, ist nicht sehr durchgängig für Röntgenstrahlen, präsentiert sich also sehr deutlich. Die Diagnose auf Gangrän zu stellen, ist überhaupt äus-

serst leicht. Man braucht ja bloss der Nase nach zu gehen. Der Foetor ex ore bei Lungengangrän ist so furchtbar, dass selbst die Mutter ihrem Sohn aus dem Wege geht, wenn er anfängt zu husten. Aber mit der Diagnose Gangrän allein ist es nicht getan; an der weit schwierigeren Frage: Wo soll man einschneiden und den Herd treffen, hängt vielmehr das Leben des Patienten, und da man die Frage früher nicht gut beantworten konnte, hat sich der Chirurg gefürchtet, die Operation vorzunehmen. Erst allmählich lernte man, unter dem leuchtenden Schild der Röntgenstrahlen den graden Weg zu gehen. Ich möchte nun nicht dahin missverstanden werden, dass ich die alten und besonders die physikalischen Methoden nicht hochschätze. Ich hätte mich aber gefreut, wenn der Herr Kollege den gleichen Respekt vor der Röntgenmethode, dieser neuen verbündeten Kraft, gezeigt hätte. Anschliessend an meine kurze Bemerkung von vorhin 'betreffs der Explorationspritze möchte ich fragen: Was soll der Praktiker im Hinterwald machen, den es Stunden beschwerlicher Fahrt nimmt, ehe er zum Kranken kommt? Sagen wir: Wenn er nach einer abgelaufenen Pleuropneumonie an die Möglichkeit eines Empyems denkt, wie will er dessen Anwesenheit beweisen? Doch nur durch die Aspirationsspritze. Wenn er das nicht tut und sich zu dem unschönen Risiko längerer Beobachtung bequemt, wird der Kranke sterben, weil das Empyem nicht früh genug erkannt worden ist. Denn die Spätoperation kann die verlorene Expansion der Lungen und die Toxämie nicht mehr gut machen. Pinselt man einen Tropfen Jodtinktur auf, so vermeidet man zunächst, dass infizierende Momente mit in die Pleurahöhle hineingetragen werden. Gelangt man in gesundes Lungengewebe, wird man mit sterilisierter Nadel in geschützter Haut nie eine Infektion verursachen, sticht man aber in krankes Gewebe, so operiert man ja baldmöglichst darauf und macht den Schaden, wenn es wirklich einer war, wieder gut. Also dieser Einwand hat praktisch keine grosse Bedeutung, wenn er auch theoretisch

gerechtfertigt ist. Die Röntgenstrahlen sagen uns ferner nicht bloss, wo ein grosser Abszess sich befindet, sondern auch kleinere stellen sich auf dem Röntgenbild dar.

Ich möchte deshalb die Kollegen bitten und ihnen ans Herz legen, in zweifelhaften Fällen ein Röntgenbild machen zu lassen und sich stets die normale Anatomie vergleichender Weise zu vergegenwärtigen. Dann werden Sie, wenn Sie auf dem Boden der Tatsachen zu bleiben sich bemühen, selten Irrtümer machen. Mir werden manchmal Röntgenbilder zur Begutachtung vorgelegt, denen Erklärungen beiliegen, dass die Haare zu Berge stehen. Womöglich tritt dann noch, wie bei den Harnbeschauern vergangener Jahrhunderte die naive Frage dazu: Was fehlt auf Grund dieses Röntgenbildes dem resp. Patienten?

Das ist eine traurige Poeterei wirrer Köpfe und vor solchen kühnen Schlussfolgerungen warne ich Sie. Andererseits kann ich Sie versichern, dass man sich auf ein gutes Röntgenbild absolut verlassen kann. Und wenn es sich um einen chirurgischen Eingriff handelt, so sollen ausser dem Röntgenverfahren alle anderen diagnostischen Methoden sorgfältig erwogen und mit dem Röntgenbild in Einklang gebracht werden.

Prof. Schlesinger (Schlusswort): Gestatten Sie mir, dass ich auf die verschiedenen Aeusserungen zurückkomme, die im Laufe der Diskussion gefallen sind.

Was die septische Aetiologie des Lungenabszesses anbelangt, so hatte ich das zu erwähnen vergessen. Es kommt nicht selten vor, dass man im Laufe der Sepsis Lungenabszess auftreten sieht.

Es wurde dann weiter die Anfrage gestellt, ob nicht öfter ein Abszess in der Pleurahöhle vorkomme. Nach dem, was ich gesehen habe, möchte ich meinen, dass ein grosser Teil der Lungenabszesse gleicher Zeit Pleuraabszesse sind, derart dass ich mich gewöhnt habe, von Pleura-Lungenabszess zu sprechen. Ich habe bei operativem Eingriff oft gesehen, dass ein Teil der Pleurahöhle abgeschlossen

war durch Adhäsionen, dass ein Teil der Abszesswand von der Pleura gebildet war; ein Teil des Abszesses lag in der Lunge.

Was die Punktion anbelangt, so wurde die Frage wiederholt gestreift, ob die Probepunktion am Platze wäre oder nicht. Ich habe meinen Standpunkt präzisiert und befinde mich in Gesellschaft sehr vieler Chirurgen, welche einen solchen Eingriff doch nicht für eine harmlose Sache halten, und ich habe selber nach einer solchen Operation ein Empyem zu stande kommen sehen. Seit dieser Zeit habe ich mich von dem Eindruck nicht frei machen können. Möglich, dass ich darin manchmal etwas zu weit gehe, aber ich erkläre ausdrücklich, dass ich in jedem Fall von Pleuraempyem die Probepunktion anwende, sofort wenn ich den Kranken sehe.

Plötzlichen Exitus bei Kranken, welche chronischen Lungenabszess haben, habe ich zu wiederholten malen gesehen. Einmal bei einem Kranken, der operiert war und aus dem Krankenhaus entlassen werden sollte. Plötzlich liess das Herz nach. Die Autopsie ergab schlaffes Herz.

Was die Differenzialdiagnose anbelangt, so sind Bronchiektasie und chronischer Lungenabszess dieselben Erscheinungen, oft so vollkommen identisch, dass man nur von multiplen Höhlen in einem Lungenabschnitt reden kann und es dahin gestellt bleiben muss, ob es sich um chronischen Abszess oder Bronchiektasie handelt, besonders da häufig Uebergänge vorhanden sind. Sehr oft geht aus Bronchiektasie Abszess hervor, nicht selten geht von dem Abszess ein Prozess hervor, der Bronchiektasie einleitet.

Was nun die Röntgendiagnostik anbelangt, so bin ich offenbar von dem Präsidenten missverstanden worden. Ich schätze die Röntgendiagnostik ausserordentlich hoch ein und betrachte sie als ganz ausserordentlichen Fortschritt bei Lungenabszess. Ich habe nur häufig bedauert, schlechte Bilder für die Diagnose zu bekommen. Es gibt Leute, die sehr schlechte Bilder machen, ich habe wiederholt falsche Lokalisation gesehen. Wenn aber das

Röntgenbild ein gutes ist, dann ist die Unterstützung der Diagnose eine ganz ausserordentliche, und wenn die anderen Punkte, Auskultation und Perkussion, nicht mit dem Bilde übereinstimmen, dann ist die Lokaldiagnose irgendwie falsch — sie müssen sich decken.

Vize-Präsident Dr. G. M a n n h e i m e r übernimmt den Vorsitz.

b) Dr. A. R o s e: **Moderne Methoden der medizinischen Behandlung der Magenkrankheiten.** (Der Vortrag ist in der Oktobernummer ds. Monatsschr. als Originalarbeit erschienen.)

Diskussion. Dr. M. I. K n a p p: Da der Redner meinen Namen erwähnt hat, so möchte ich ein paar Worten sagen. Es sind drei Momente, über die ich sprechen will. Erstens einmal glaubt Dr. R o s e, dass eine Magenuntersuchung nicht immer notwendig ist, dass man eine Diagnose ohne Magenuntersuchung machen kann. Das will ich in Abrede stellen. Eine Magenuntersuchung muss gemacht werden, wenn eine Diagnose gemacht werden soll, und ohne Diagnose kann man keine Magenkrankheit behandeln. Wie könnte Dr. R o s e die Krankheit erkennen, welche er hier genannt hat, nämlich die Schimmelbildung im Magen, eine Krankheit die ich 1902 beschrieben habe, ohne eine Magenuntersuchung vorzunehmen? Das geht überhaupt nicht. Und wie leicht diese Krankheit irgend ein anderes Bild vortäuschen kann, habe ich z. B. in meiner Abhandlung genau beschrieben. Ich habe jetzt drei Fälle, die zu mir wegen Diabetes gekommen sind. Alle Symptome sind da, doch ist kein Diabetes vorhanden. Es ist eben Schimmelbildung im Magen.

Nun will ich auf das zurückkommen, was Dr. R o s e sagte, dass ich die Inspektion zur Vollkommenheit gebracht habe. Ich freue mich, wenn Dr. R o s e das anerkennt. Wenn ich hier sage, dass die Inspektion uns alles lehren kann, wenn ich Ihnen sage, dass ich im stande bin, jedes einzelne Organ im Körper durch die Haut durchzusehen, so glauben Sie nicht, dass ich ein Gott bin. Ich kann es Ihnen gern beweisen. Ich zeige es Ihnen, wie mit freiem

Auge alle Organe des Körpers zu sehen sind, und das soll von Jedem studiert werden. Ich bin gern bereit, es zu zeigen, so oft ich es auch demonstrieren soll. Ich habe Tumoren des Magens gesehen, die nicht grösser gewesen sind als etwa $\frac{1}{4}$ Zoll, wie sie die Laparotomie dann zeigte; nicht einmal in vollständiger Narkose konnten Sie diagnostiziert werden. Das habe ich mehrere male getan. Das Herz kann mit vollständigster Genauigkeit gesehen werden. Heute hatte ich einen Fall in der Klinik, in dem ich einen Klappenfehler genau sehen konnte. Vorgestern hatte ich einen Fall, wo ich genau eine Verdichtung der Lunge habe sehen können, und, wie gesagt, es lassen sich alle Organe sehen, Herz, Leber, Lunge, Milz, Nieren, alle Teile des Darms und Magens, und wenn es mir gegönnt ist, die Sache in diesem Verein zu zeigen, so tue ich es gern, wenn ich verschont werde, die Patienten selbst zu bringen. Also, die Inspektion der Organe ist nichts übernatürliches und ist leicht zu lernen. Es hat mich Jahre genommen, dies zu entwickeln, dennoch ist es sehr leicht zu lernen. Ich will Ihnen ein Beispiel geben von einer Konsultation, bei der ich nicht weiter kam, als vor das Ende des Bettes des Patienten. Der Körper des Patienten war entblösst, und meine Diagnose, die ich in etwa einer halben Minute oder noch früher gemacht, war: Herzkrankheit und Vergrösserung der Leber. Das war es, wie es auf andere Weise bestätigt worden. Und das kann nicht bloss bei mageren Patienten gesehen werden. So paradox es aber scheinen mag, wenn ich zu Zwecken der Demonstration die Wahl haben sollte zwischen fetten und mageren Patienten, so ziehe ich die fetten Patienten vor. Mit aller Schärfe kann alles gesehen werden. Je schwächer die Beleuchtung, desto weiter muss der Arzt vom Patienten abstehen. Je heller das Licht, desto näher muss er zum Patienten treten.

Dr. H. I l l o w a y: Ich möchte einige Worte zu dem bemerken, was Herr Dr. R o s e aufgeführt hat, dass der Magen sehr oft die Ursache von nervösen Störungen ist, und dass man

mit einer dem Fall angepassten Diät sehr oft die nervösen Störungen heilen kann. Ich kann mich eines Falls erinnern, wo eine Frau, die von hysterischem Temperament war, in eine sehr schwere Melancholie verfiel. Sie wurde von einem Nervenspezialisten behandelt, aber ohne Erfolg. Ich wurde hingerufen, und Pat. reagierte auf einfache Diät. So ist es in vielen Fällen. Das umgekehrte kommt aber auch vor, dass eine nervöse Störung das Magenleiden veruracht, und da muss man sein Augenmerk in der Behandlung auf das Nervöse richten und nicht auf den Magen.

In einem kann ich aber mit Dr. Rose nicht übereinstimmen, dass eine Atonie und Dilatation eine und dasselbe seien, denn nach meiner Ansicht kann eine Atonie bestehen und der Magen doch nicht dilatiert sein. Dr. Rose hat ja selbst eine sehr lehrreiche Arbeit über das Plätschgeräusch mit einer Statistik von sehr vielen Fällen, die er damals beobachtet, publiziert, und obgleich man das Plätschgeräusch oft ganz natürlich bei Dilatation findet, so unterscheidet es sich doch insofern von dem atonischen Plätschgeräusch, als dieses nicht so weit nach unten gefunden wird wie das der Dilatation. Das kann man sehr gut mit dem Stethoskop präzisieren.

Bei der Dilatation ist der Magen nie leer. Ich glaube, dass eine Dilatation nur da stattfindet, wo eine Obstruktion im Pylorus ist, und dass da, wo der Pylorus frei bleibt, nie eine wirkliche Dilatation zustande kommt.

Dr. A. Rose (Schlusswort): Dr. Knapp hat mich missverstanden. Gegen den Gebrauch der Magensonde und des mittelst derselben gewonnenen Mageninhales habe ich im allgemeinen keinen Einwand erhoben, sondern nur behauptet, dass die Anwendung der Sonde und die Untersuchung des Mageninhales in vielen Fällen überflüssig sind. Selbstverständlich kann man Schimmelbildung im Magen nicht erkennen, ohne den Mageninhalt untersucht zu haben.

Dr. Illoway hat meinen Vortrag nicht genau verfolgt. Atonie heisst auf deutsch Erschlaffung und nichts anderes. Erschlaffung der Muskelfaser ist selbstverständlich Verlängerung der Muskelfaser, und deshalb sind Atonie und Dilatation identisch. Wenn man freilich unrichtigerweise unter Atonie etwas anderes als Erschlaffung versteht, so entsteht Verwirrung, und gerade darüber habe ich ausführlich gesprochen.

Hierauf tritt Vertagung ein.

Dr. John A. Beuermann.

Prot. Sek.

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt Chicago.

Sitzung vom 18. April 1907.

Vorsitzender: Dr. Herzog.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt.

Programm.

1) Dr. Alex. Behrendt: **Ist der Magensaftschwund (Achyilia gastrica) eine Neurose oder eine organische Magenerkrankung?** (Ein Beitrag zur Lösung dieser Frage, mit Krankenvorstellung.)

2) Dr. Heym: **Vorstellung eines interessanten Falles von progressiver Muskelatrophie.**

Diskussion zu Dr. Behrendt's Vortrag:

Dr. Croftan spricht zur Therapie und führt folgendes aus:

Den Empfehlungen von grossen Gaben Salzsäure nach dem Essen ist beizustimmen; im allgemeinen werden viel zu geringe Dosen gegeben; einige Tropfen Salzsäure — die gewöhnliche Verordnungsweise — sind fast wirkungslos. Bei guter motorischer Funktion des Magens mit Achyilia ist es durchaus nicht nötig, HCl zur Beförderung der Mageneiweissverdauung zu verabreichen. Die gute Wirkung

der HCl bei Diarrhoea gastrica ist vielleicht durch die antifermentative Eigenschaft der ersteren zu erklären. Bei Appetitlosigkeit ist HCl ein vorzügliches Stomachikum, wenn vor dem Essen in kleiner Dosis gereicht, dieselbe vermag so wahrscheinlich die Salzsäuredrüsen zu stimulieren, wofern kein vollständiges Fehlen der Drüsenfunktion vorliegt. Zu wiederholtenmalen wurden Patienten mit Achylia gastrica als karzinomverdächtig operiert; wenn in solchen Fällen der Tumor nicht aufgefunden werden konnte, so wurde nichtsdestoweniger trotz guter motorischer Funktion eine Gastroenterostomie ausgeführt, welche die Beschwerden nur noch mehr zu steigern geeignet war. Bei der Regelung der Diät ist vor allem die motorische Leistung des Magens zu berücksichtigen, nicht so sehr der Mangel an Salzsäure. Ist die Kraft schlecht, besteht somit Stagnation, dann mögen Magenauswaschungen Platz greifen und es ist die Aufnahme von nur kleinen Mengen von Speisen und Flüssigkeiten gestattet. Die Nahrung soll gemischt und im fein verkleinerten Zustand sein.

Dr. Carl Beck spricht zu Gunsten der Probelaparotomie bei begründetem Verdacht auf Karzinoma, denn nur eine solche macht die Frühdiagnose des Karzinoms möglich. Vor zwei Wochen hatte Dr. B. eine Patientin operiert, die seit Jahren an Achylia gastrica gelitten, ohne an Körpergewicht abgenommen zu haben. Sie wurde von mehreren Aerzten für nervös erklärt. Bei der Röntgenuntersuchung fand sich eine eigentümliche, verdächtige Form des Pylorus. Bei der Operation zeigte sich ein sehr kleines Karzinom, das unmöglich hätte palpiert werden können. Diese Frühdiagnose wurde nur durch die Operation ermöglicht.

Dr. Reichmann: Holzknacht in Wien behauptete in einer früheren Publikation, dass die Röntgenstrahlenuntersuchung des mit Bismutum subnitricum gefüllten Magens eine frühzeitige Erkennung des Karzinomas ermögliche. Dem gegenüber ist zu bemerken, dass auch Bänder und Ad-

häsionen, welche den Pylorus zusammenschließen, unter Umständen dieselben Bilder zeigen. In einer neueren Publikation gesteht Holzknacht ein, dass die Schlussfolgerungen seiner früheren Untersuchungen nicht stichhaltig seien. Viele Fälle, welche von ihm auf Grund der Röntgenstrahlenuntersuchung für Karzinoma verdächtig erklärt worden waren, wiesen bei der Operation andere Magenaffektionen auf.

Dr. Reichmann gibt einen kurzen Bericht über seine eigene Magenkrankung, die seit 4 Monaten besteht und wegen des Mangels an Salzsäure und wegen des bedeutenden Verlustes an Körpergewicht an Karzinom denken liess, zumal letzteres in seiner Familie hereditär ist. Die empfohlenen grossen Gaben von HCl riefen bei ihm heftigen Durchfall hervor, der erst mit der Abbrechung der Medikation aufhörte. Gegenwärtig fühle er sich bedeutend besser, das Körpergewicht habe wieder zugenommen.

Dr. Behrendt (Schlusswort) führt das Auftreten von Durchfall bei Dr. Reichmann bei HCl Medikation darauf zurück, dass es sich bei ihm nicht um Achylia gastrica, sondern nur um Hypochlorhydria mit Pepsinproduktion gehandelt habe. Die stopfende Wirkung der Salzsäure bei Achylia ist bekannt und wahrscheinlich auf ihre desinfizierende Eigenschaft zurückzuführen. Salzsäure vor dem Essen hat sich als vorzügliches Stomachikum namentlich bei Kindern, die an sonst unüberwindlichem Appetitangel gelitten, bewährt.

II. Dr. Heym stellt einen Mann von mittleren Jahren vor, der zu wiederholtenmalen Nervenraumen schwerer Natur erlitten hatte; einmal wurde er vom Blitze getroffen und im Jahre 1894 erlitt er Sonnenstich. Die gegenwärtige Erkrankung begann im Jahre 1896 mit Schwäche in der rechten, später in der linken Hand, von den distalen Enden der Extremitäten proximal über Unterarm, dann am Oberarm weiterschreitend und sich auf die Schultermuskeln ausdehnend. Vor drei Jahren traten bulbäre Erscheinungen, namentlich Sprachstörungen auf

und vor einem Jahr trat Schwäche in der linken unteren Extremität hinzu. An den kleinen Handmuskeln zeigt sich ein für die hochgradige Kraftlosigkeit verhältnismässig nicht sehr intensiver Schwund; die Füllung der Hand ist nicht so schlecht, als man es erwarten würde. Dagegen erstreckt sich eine hochgradige Atrophie bis vollständiger Schwund auf die Muskeln des Unterarmes, des Oberarmes beiderseits und auf die Muskeln der Schultern, spez. des Infraspinatus, Supraspinatus, während der linke Deltoideus weniger, die *Musc. serrati ant. maj.* gar nicht beteiligt zu sein scheinen. Es besteht infolge Affektion der Rückenmuskulatur eine Verkrümmung der Wirbelsäule. Auffallend ist, dass trotz hochgradiger Atrophie nur wenige Zeichen von Entartungsreaktion vorhanden sind. Mit Rücksicht auf diesen Umstand und auf den Beginn der Erkrankung an der Peripherie der oberen Extremitäten und den ascendierenden Charakter der Lähmungen ist anzunehmen, dass es sich ursprünglich um eine spinale progressive Muskelatrophie gehandelt hat, zu welcher sich eine *Dystrophia musculorum* hinzugesellt hat. Mit chronischer Poliomyelitis hat der Fall nichts zu tun. Dr. Heym geht im Anschluss an die interessante Analyse des Krankheitsbildes des genaueren in die Besprechung der Differentialdiagnose zwischen spinaler progressiver Muskelatrophie, der Poliomyelitis chronica, der verschiedenen Formen der (myopathischen) progressiven Muskeldystrophie und der neurotischen Muskeldystrophie ein.

In der Diskussion erwähnt Dr.

Luckhardt einen Fall, den er für chronische Poliomyelitis hält: Eine 35jährige Frau erkrankte plötzlich unter Fiebererscheinungen und Delirien an vollständiger Lähmung aller Muskeln des linken Armes. Die Lähmung besserte sich im Laufe der Zeit um bedeutendes. Ein Jahr später entwickelte sich an der rechten oberen Extremität eine langsam progressive Muskellähmung, die von den kleinen Handmuskeln ihren Ausgang nahm und ascendierenden Charakter besass. Teilweise Entartungsreaktion. Nach Auffassung des Dr. L. handelte es sich anfangs um eine akute Poliomyelitis anterior, zu der sich die chronische Form später hinzugesellte.

Dr. Heym spricht seine Meinung bezüglich des von Dr. L. berichteten Falles dahin aus, dass es sich ursprünglich zwar um Poliomyelitis anterior acuta gehandelt habe, im Anschluss an welche jedoch eine spinale progressive Muskelatrophie aufgetreten sei. Solche Fälle sind bekannt. Die akute Poliomyelitis spielt denselben ätiologischen Faktor in diesen Fällen, wie es Traumen sonst tun. Bei der progressiven spinalen Muskelatrophie findet man die Ganglienzellen der Vorderhörner affiziert; die Nervenfasern und Muskeln entarten sekundär. Von der neurotischen Muskelatrophie liegen zwei Sektionsbefunde vor; die Befunde erinnern in manchen Punkten an *Tabes dorsalis*, indem z. B. neben der Nervendegeneration Atrophie der Hinterstränge und der Ganglienzellen vorhanden ist. Bei Myopathie können die Ganglienzellen sekundär atrophieren.

Dr. A. Strauch,
Schriftführer.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Ueber Coryfin, ein neues Mittel bei nervösen Kopfschmerzen.* Vor kurzem haben die Farbenfabriken vormals Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld unter dem Namen Coryfin ein neues Mentholpräparat in den Handel gebracht, welches nach Meinung, Pollaks, berufen ist, im Arzneischatze eine wichtige Rolle zu spielen. Die günstigen Erfolge, die P. mit

einzelnen Präparaten der genannten Firma in seiner Praxis erzielt hat — er fährt von den neueren nur das ausgezeichnete Jodpräparat „Sajodin“ an — veranlassten ihn, auch mit dem Coryfin einen Versuch zu machen. Er hat dieses Mittel ausschliesslich bei Neurasthenikern verwendet, die über Kopfschmerz in der Stirngegend oder Druckgefühl daselbst

klagten, und zwar liess er das Coryfin, eine farb- und fast geruchlose Flüssigkeit, mit einem feinen Pinsel auf den oberen Teil der Stirne auftragen, wobei man nur acht zu geben hat, dass das Mittel nicht zu nahe den Augen oder gar in dieselben gebracht wird. Nach kurzer Zeit stellt sich unter Auftreten eines deutlichen, aber ganz angenehmen Kältegefühles ein Nachlassen der Beschwerden prompt ein.

Eine ganze Reihe der Patienten Pollaks, welche zumeist schon durch längere Zeit in seiner Behandlung standen und alle möglichen Mittel gegen ihre Kopfschmerzen angewendet hatten, war mit dem Coryfin sehr zufrieden, so dass P. es jetzt in den geeigneten Fällen stets ordiniert und auch den Kollegen zur Ueberprüfung empfiehlt. (Therap. Revue der Allgem. Wiener med. Zeitung.)

— *Tuberculose et glande thyroïde.* Morin hat bereits im Jahre 1895 auf das häufige Vorkommen von Atrophie der Schilddrüse bei Tuberkulösen hingewiesen. Von 348 Phthisikern, die darauf untersucht wurden, zeigten ungefähr 25% diese Anomalie. Aus dem Volumen der Glandula thyroïdea allein lässt sich allerdings kein bindender Schluss auf die Qualität und Quantität der Sekretion der Drüse ziehen, festzustehen scheint dagegen die Tatsache, dass Atrophie der Schilddrüse das Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses beschleunigt. Mit dieser Anschauung stimmt die klinische Erfahrung, dass Kranke mit normaler oder leicht hypertrophischer Glandula thyroïdea zu einer besseren Prognose berechtigten als solche, bei denen das Drüsenvolumen deutlich vermindert ist, gut überein. Man hätte demnach in der Tätigkeit der Glandula thyroïdea ein natürliches Verteidigungsmittel gegen das Gift der Tuberkelbazillen zu erblicken.

Da wir nun durch Baumann's Untersuchungen wissen, dass die Kolloidsubstanz, welche die Glandula thyroïdea sezerniert, Jodothyryn enthält und wir auch sonst Fingerzeige dafür haben, dass man mit gewissen Jodpräparaten tuberkulöse Erkrankungen günstig beeinflussen kann, entsteht die Frage, ob wir mit geeigneten Jodmitteln allein die Tuberkulose zu heilen vermögen. Wenn wir nun auch diese Frage nicht bejahen können, so entfällt damit noch lange nicht die Bedeutung der Jodpräparate als Unterstützungsmittel der Therapie der Phthise. Von einschneidender Bedeutung ist die Wahl der richtigen Jodverbindung. Metallisches Jod und die anorganischen Jodpräparate weichen in ihrer Wirkung beträchtlich ab von jenen Jodverbindungen, die wir in unserer Nahrung anfinden und in der Kolloidsubstanz der Schilddrüse wiederfinden. M. appliziert seit einiger Zeit das Jod äusserlich in Form der Jothionsalbe.

Jothion (Dijodhydroxypropan) enthält 80% Jod. Es wird leicht von der Haut absorbiert und ist nach kurzer Zeit im Harn nachweisbar. Es ruft weder Jodismus noch Erscheinungen von Intoleranz hervor. Eine zweckmässige Verordnung ist: Jothion 10,0, Lanolin anhydric. 6,0, Vaseline 4,0. Bei empfindlichen Patienten wird einmal täglich die eine Thoraxseite, haselnussgross, eingerieben, am nächsten Tage in gleicher Weise die andere Seite, am dritten Tage die eine Hälfte des Rückens, am vierten Tage die andere Hälfte. Am fünften Tage wird wieder von vorn angefangen. Bei diesem Modus der Inunktion tritt keine Hautreizung ein.

Zur innerlichen Darreichung des Jods ist das Sajodin 3—4 g pro die zu empfehlen.

Die Patienten vertragen diese Medikation ausgezeichnet und die erzielten Resultate sind sehr ermutigend. (La Presse médicale.)

Kleine Mitteilungen.

— Verzogen: D. R. Denig nach 56 Ost 58. Strasse.

New Yorker
Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der

**Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York,
Chicago, Cleveland und San Francisco.**

Redigiert von DR. A. RIPPERGER.

Bd. XIX.

NEW YORK, DEZEMBER, 1907.

No. 9.

Originalarbeiten.

Wirklicher und vermeintlicher Haarverlust bei Syphilis.*

VON DR. HERMANN G. KLOTZ, New York.

Bei der Besprechung der Störungen des Haarwuchses bei Syphilis lassen die Hand- und Lehrbücher eine auffallende Einmütigkeit der Ansichten erkennen. Die wesentlichen Punkte in ihrer Darstellung sind ungefähr die folgenden:

1. Haarverlust oder Alopecie ist eins der frühen und der gewöhnlichsten Symptome der Syphilis.

2. Diese Alopecie mag bedeutende Unterschiede in dem Grade des Haarverlustes erkennen lassen. Derselbe mag so gering sein, dass er bei gelegentlicher Beobachtung ganz übersehen wird, und kaum gross genug, um die Aufmerksamkeit des Kranken selbst darauf zu lenken, jedoch mag derselbe auch wieder so bedeutend sein, dass ausgedehntere Bezirke oder selbst der ganze sonst behaarte Kopf vollständig kahl werden.

3. Der Haarverlust besteht hauptsächlich in einem unregelmässig über den ganzen Schädel verteilten Dünnerwerden des Haares und ist nicht wie bei den erb-

lichen oder andern Formen frühzeitigen Haarverlustes auf gewisse Stellen des Kopfes, wie den Scheitel oder die Schläfen, beschränkt.

4. In der Regel verläuft derselbe ohne mit blossem Auge wahrnehmbare Veränderungen der Haut selbst, obgleich einige Autoren Trockenheit und leichte Abschuppung erwähnen.

5. Dieser Haarverlust ist die Folge einer durch die Durchseuchung mit dem Gift der Syphilis bedingten Umstimmung des ganzen Organismus und unmittelbar das Ergebnis der mangelhaften Ernährung des Haares und seiner Anhänge.

6. Der Haarverlust mag sich auch auf andere Stellen des Körpers als den behaarten Kopf erstrecken, so namentlich auf die Augenbrauen, den Bart und überhaupt auf alle Körpergegenden, auf denen für gewöhnlich Haarwuchs angetroffen wird.

7. Wenn der Patient nicht schon allzuweit in Jahren vorgeschritten ist, darf man auf mehr weniger vollständigen Nachwuchs des Haares rechnen.

8. Für gewöhnlich wird der Haarver-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York am 2. Dezember 1907.

lust der Syphilitischen innerhalb der ersten drei bis sechs Monate nach der Ansteckung beobachtet, doch kann derselbe zu irgend einer Zeit im Verlauf der Krankheit auftreten.

9. Gelegentlich begegnet man anstatt des allgemeinen Dünnerwerdens des Haares dem Auftreten von kleineren, unregelmässigen, nicht scharf begrenzten, nicht absolut aller Haare verlustiger kahler Stellen, die zuweilen in einander übergehen. Sie lassen sich unschwer von den scharf ausgeschnittenen Herden der Alopecia areata unterscheiden und geben mehr das Bild der Hundekrätze oder von Mottenfrass.

Schon im Anfange meiner ärztlichen Tätigkeit waren infolge einiger Beobachtungen Zweifel in mir rege geworden betreffs der absoluten Richtigkeit einiger dieser Lehren. Deshalb habe ich mich bemüht, in den zahlreichen Fällen von Syphilis, die im Laufe der Jahre unter meine Beobachtung gekommen sind, von dem Zustand des Haares genaue Kenntnis zu nehmen. Infolge dieser Untersuchungen bin ich zu gewissen Schlüssen gekommen, die einigermaßen in Widerspruch stehen mit den landläufigen und traditionellen Lehren.

Alle Autoren sind sich darüber einig, dass in der Frühperiode der Syphilis der Haarverlust in einer so wenig auffallenden Weise auftreten kann, dass er sich der Beobachtung des Kranken ganz entzieht oder kaum dessen Aufmerksamkeit auf sich lenkt. Von solchen Zuständen als von Fällen syphilitischer Alopecia zu sprechen oder sie zur Begründung der Behauptung zu benutzen, dass Haarverlust ein beinahe unausbleibliches Symptom der Syphilis ist, dürfte kaum gerechtfertigt erscheinen angesichts gewisser wohl begründeter Tatsachen, und dem vorurteilsfreien Beobachter muss diese Ansicht sinnlos erscheinen und geeignet, Irrtum zu erregen und geradezu Unheil anzustiften. Man muss nur festhalten, dass bei jeder auch ganz gesunden Person ein gewisser Abgang von Haar fortwährend vorhanden ist mit gelegentlichen

vorübergehenden Steigerungen dieses Vorgangs: altes Haar fällt aus und neues wächst von der Papille aus nach. Die physiologischen Prozesse sind vorzüglich von U n n a studiert und genau festgestellt worden. Der Mehrzahl der Menschen sind diese Erscheinungen unbekannt und, solange sie sich ungestörter Gesundheit erfreuen, geben sie nicht im geringsten auf dieselbe Acht, da sie sich gewöhnt haben, dieselben als ganz natürlich anzusehen. Sie werden aber sofort anfangen, denselben die grösste Aufmerksamkeit zu schenken, sobald sie mit Syphilis angesteckt worden sind und sie von der Wahrscheinlichkeit eines gewissen Haarverlustes infolge derselben Kenntnis erhalten haben, entweder durch die Lektüre von Konversationslexikas oder medizinischen Büchern, oder durch Mitteilungen von geschäftigen Freunden, oder nicht zum wenigsten durch die gelegentlichen Fragen ihrer Aerzte, welche von den herrschenden Lehren von der unvermeidlichen Alopecie tief durchdrungen sind. In der Tat werden die Patienten im stande sein, einige Haare im Kamm zu finden, und daraufhin werden sie sofort ihrem Arzt berichten, dass sie ihr Haar verlieren. Dieser wiederum, meistens ohne viel weitere Untersuchung, wird pflichtschuldigst einen weiteren Fall von syphilitischer Alopecie ankreiden, anstatt darin einen einfachen physiologischen Vorgang zu erkennen.

Weiterhin, obgleich für gewöhnlich angenommen wird, dass bei dieser Form von Haarverlust makroskopisch wenigstens keine Veränderungen oder Effloreszenzen der Haut wahrnehmbar sind, wird von einigen Autoren das Vorhandensein einer leichten kleienartigen Abschuppung während der Dauer dieser Periode des Haarausfalls erwähnt. Hier wiederum müssen wir nicht übersehen, dass auf dem Kopfe vieler Männer und Frauen ein mässiger Grad des gewöhnlich als Pityriasis oder Seborrhoea des Kopfes beschriebenen Zustandes vorhanden ist, ohne dass derselbe besondere Aufmerksamkeit erregt, selbst wenn er von einem mässigen

Ausfall des Haares begleitet wird. Solcher „dandruff“ wird von Vielen als ein völlig natürliches Vorkommnis angesehen, das weder besondere Beachtung noch Behandlung erfordert. Sobald aber der Kranke gewahr geworden ist, dass er mit Syphilis angesteckt worden ist, dann taucht sofort das Gespenst drohender Kahlheit vor seinen Gedanken auf. Derselbe wird sofort feststellen, dass beim Kämmen eine gewisse Anzahl Haare auskommen und dies pflichtschuldigst dem Arzte melden; dieser, der ohnehin schon auf die unvermeidliche syphilitische Alopecie gefahndet hatte, wird, ohne genau den behaarten Kopf zu untersuchen, getreulich die Erscheinung des traditionellen Symptoms zu Buche bringen. Solche Fälle sind keineswegs selten. Aus meiner eignen Erfahrung könnte ich eine Anzahl von Fällen aufweisen, in denen die Ansteckung mit Syphilis die Veranlassung gab zur Erhaltung eines ganz guten Haarbestandes anstatt zu dessen Verlust, indem nun die Kranken eher willens waren und sich bereit fanden, die üblichen nicht spezifischen, örtlichen Heilmittel mit der gehörigen Sorgfalt und Ausdauer anzuwenden, um einen günstigen Erfolg zu sichern.

Unter der gebräuchlichen Auslegung des Begriffes der syphilitischen Alopecie kann man mit Bestimmtheit annehmen, dass die beiden besprochenen Klassen eine grosse Mehrheit aller berichteten Fälle ausmachen, obgleich sie in Wirklichkeit auch nicht den leisesten Zusammenhang mit Syphilis haben und daher vollständig aus der Zahl der Symptome dieser Krankheit ausgeschlossen werden sollten. Es bleibt jedoch eine mässige Anzahl von Fällen übrig, in denen in der That mangelhafte Ernährung und nachträglicher Ausfall der Haare vorkommt, zuweilen allerdings sich nur äussert durch Trockenheit und Glanzlosigkeit des Haares, oder aber zu dem fast vollständigen Verlust nicht nur der Kopfhare führt, sondern auch der Haare an allen andern Körperteilen, welche sonst Haarwuchs aufweisen, augenscheinlich

als eine Folge der allgemeinen Durchseuchung des Körpers mit dem Syphilisgift und als das Ergebnis einer mangelhaften Ernährung des Körpers im allgemeinen. Diese Wirkung ist aber nicht als eine spezifische aufzufassen, welche der Syphilis eigentümlich wäre, sondern sie ist mehr oder weniger gewöhnlich zu beobachten bei Infektionskrankheiten, besonders bei denen, welche einen kurzen, zyklischen, von hohem Fieber begleiteten Verlauf haben, wie der Unterleibstypus, Erysipelas, Septichämie und die akuten Exantheme, mögen dieselben eine Beteiligung des behaarten Kopfes an den begleitenden Hauterscheinungen aufweisen oder nicht. In der Regel steht der Haarverlust in geradem Verhältnis zu dem Grade der Intoxikation, wie dieselbe zum Ausdruck kommt in allgemeinen Symptomen, hauptsächlich in dem Ansteigen der Körpertemperatur oder der Höhe des Fiebers. Mit Ausnahme der nicht häufig beobachteten kachektischen Zustände der Spätstadien der Syphilis, welche hier nicht weiter berücksichtigt zu werden brauchen, tritt der Charakter der Infektionskrankheit bei der Syphilis am meisten hervor während der zweiten Inkubationsperiode, welche dem Ausbruch der gewöhnlichen sekundären Haut- und Schleimhautsymptome vorausgeht. Während dieser Periode scheint eine ganz bedeutende Anzahl der Angesteckten sich eines absolut ungestörten allgemeinen Wohlbefindens zu erfreuen, objektiv wie subjektiv: dies mag die verhältnissmässig grosse Anzahl von Fällen von übersehener oder nicht erkannter Syphilis, namentlich beim weiblichen Geschlecht erklären. Andere erfahren eine mässige Gewichtsabnahme, einen gewissen Grad von Blutarmut, aber fühlen keine grössere Abnahme ihrer Kräfte, keine gedrücktere Gemütsstimmung, als sie unter vielen andern Verhältnissen auch erfahren würden oder als man auf den psychischen Einfluss der Ansteckung zurückführen könnte. Eine Anzahl Patienten jedoch entwickeln viel ernstere Symptome, in der Regel ohne

eine augenfällige oder direkt nachweisbare Ursache, mehr oder weniger starkes Kopfweh und „rheumatische“ Schmerzen in andern Körperteilen und den Gliedern, mit oder ohne Druckempfindlichkeit, begleitet von Verlust des Appetites und des Schlafes und nicht eben selten von beträchtlicher Temperatursteigerung und Nachtschweissen. Häufig genug folgt auf solche Symptome ein mehr oder weniger bösariger Verlauf der Sekundärscheinungen, während wiederum in andern Fällen der Verlauf der Krankheit auch nicht den geringsten Unterschied zeigt von Fällen mit ganz leichten Prodromalerscheinungen. Unter solchen Umständen kann man ziemlich häufig einen Verlust von Haaren beobachten, gewöhnlich in einem den allgemeinen und besonders den nervösen Symptomen entsprechenden Grade, das Auftreten der sekundären Symptome begleitend oder demselben nachfolgend. Obwohl sich hierbei in der Regel augenfällige Gewebsveränderungen in der Haut, welche den Haarverlust erklären könnten, nicht nachweisen lassen, so können wir ihre Anwesenheit nicht absolut in Abrede stellen. Für eine gewisse Anzahl von Fällen müssen wir immerhin die Möglichkeit in's Auge fassen, dass hier ein nicht beobachtetes Fleckensyphilid der Kopfhaut diese frühzeitige Alopecie verursacht habe; man muss zugeben, dass solche fleckige Ausschläge doch wohl häufiger vorkommen, als sie bemerkt und mit Bestimmtheit erwähnt werden, namentlich wenn sie als Teilerscheinung eines sehr verbreiteten Ausschlags vorkommen, ebenso dass sie dann von gewissen, der Syphilis eigentümlichen Strukturveränderungen begleitet werden, eventuell auch von der Gegenwart von Spirochaeten. Können wir aber diese Zustände mit ziemlicher Sicherheit ausschliessen, so dürften die Strukturveränderungen, wenn solche überhaupt vorhanden, sich nicht unterscheiden von denen in Zusammenhang oder im Verlauf von andern Infektionskrankheiten auftretenden. Der Haarverlust steht dann in der-

selben Beziehung zur Syphilis wie die dem Typhoid nachfolgende Alopecie zu dieser Krankheit oder zu ihrer Ursache: dem Eberth'schen Bazillus. Man kann denselben also nicht als ein spezifisches, direkt von dem Syphilisgift abhängiges Symptom ansehen, sondern vielmehr als eine Komplikation, als ein parasymphilitisches Phänomen, wenn Sie wollen, das verursacht wird durch Toxine, von deren Natur wir zur Zeit noch wenig bestimmte Kenntnis haben.

Ausser dieser mehr allgemeinen Alopecie wird von den meisten Autoren eine andere Form beschrieben, bei welcher der Haarverlust in Gestalt runder oder ovaler, nicht scharf umgrenzter Flecken auftritt, meist von der Grösse eines Fingernagels. Solche Flecken können ziemlich nahe beisammen stehen in Gruppen, nicht symmetrisch angeordnet, meistens mehr über den hintern und obern Teil des Kopfes verteilt. Sie geben ein eigentümliches Aussehen, das von Manchen als motten- oder mäusefrassähnlich, von andern als rädig bezeichnet wird, nach andern (Jackson) sieht der Kopf aus, als wenn das Haar ohne jede Sorgfalt mit einer stumpfen Scheere geschnitten worden wäre. Diese Stellen zeigen eben nicht die scharf begrenzte, ganz glatte Oberfläche der Alopecia areata; sie sind unregelmässig, von schmutzig weisslicher Farbe, zuweilen teilweise schuppig, einzelne lange Haare oder Gruppen von solchen, gelegentlich auch einige Haarstümpfe bleiben noch über die Oberfläche zerstreut zurück. Dieser Zustand verursacht keine subjektiven Symptome wie Jucken, aber durch das auffällige Aussehen wird derselbe zu einer Quelle grossen Verdrusses, umso mehr als, mit Ausnahme nur ganz einzelner Fälle, diese Form des Haarverlustes für sich allein die Diagnose der Syphilis rechtfertigt. Kahle Stellen treten hier und da im behaarten Teil des Gesichts auf, mit besonderer Vorliebe aber in den Augenbrauen, entweder eine Lücke in dem Bogen herstellend, oder in der Gestalt vollständigen Verlustes des

äussern Teiles (Fournier). In der Literatur findet man diese umschriebene Alopecie gewöhnlich mit der allgemeinen Form identifiziert und nur als eine Unterart derselben beschrieben; es wird angenommen, dass dieselbe ungefähr um dieselbe Periode der Krankheit vorkomme, d. h. drei bis sechs Monate nach der Ansteckung, aber mit sehr wenigen Ausnahmen tritt sie wirklich in einer späteren Periode der Krankheit auf, gewöhnlich während der zweiten Hälfte des ersten Jahres bis selbst dem Ende des zweiten Jahres der Syphilis. Anatomische Veränderungen in der Haut selbst, welche das Vorkommen dieses umschriebenen Haarverlustes erklären könnten, lassen sich in der Regel nicht nachweisen. Wenn die allgemeine Ernährungsstörung für das Ausfallen des Haares verantwortlich gehalten werden sollte, so wäre es doch schwer zu erklären, warum dasselbe auf so bestimmte Bezirke beschränkt bleiben sollte. Das fast ausschliessliche Auftreten dieser unvollkommenen Alopecie bei Individuen, welche innerhalb einer gewissen Periode der syphilitischen Infektion stehen, legt einen Zusammenhang mit einer lokalen Einwirkung des syphilitischen Giftes selbst mindestens sehr nahe, obwohl ein solcher zur Zeit noch nicht hat nachgewiesen werden können, und rechtfertigt es, dieselbe als eine spezifische Kundgebung der späten sekundären Periode anzusehen. E. Hoffmann, in dem der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Bern 1906 gegebenen Bericht über die Aetiologie der Syphilis (Verhandlungen, p. 140), spricht sich darüber also aus: „Interessant wird es sein, durch nähere Untersuchung zu erforschen, ob nicht die so charakteristische Alopecia specifica auch eine Folge der in die Haarwurzel eindringenden Spirochaeten sein kann; dass dieser Haarausfall, wie vielfach angegeben wird, durch den Druck des Infiltrates, also auf rein mechanische Weise, zu stande kommen soll, will mir nicht recht einleuchten; ich glaube, dass die Spirochaeta pallida

selbst ihn verursacht (oder ihre Gifte) und zwar entweder durch Eindringen in die Haarpapille (und ihre Gefässwände) oder auch durch Einwanderung in die Haarzwiebel und Wurzelscheiden.“

Diese umschriebene Alopecie nimmt in der Regel einen ausserordentlich langweiligen und schleppenden Verlauf, der sich über Monate und selbst Jahre erstrecken mag und dadurch dem Kranken viel Verdruss und Gemütsverstimmung verursacht. Meist jedoch tritt am Ende ein mehr weniger vollständiger Wiedersatz des Haares ein. Neuerdings hat Leiner (Arch. f. Dermat. lxxxviii, p. 241) darauf aufmerksam gemacht, dass diese syphilitische Alopecie in der gleichen Form bei hereditärer wie bei akquirierter Syphilis vorkommt. Bei beiden mag der Haarverlust umschrieben oder ausgebreitet sein; bei der ererbten Syphilis scheinen beide Formen öfter gleichzeitig aufzutreten, aber die umschriebenen Flecken erscheinen gewöhnlich erst nach dem Verschwinden des Ausschlages, oft in einer viel späteren Periode; beide Formen haben keine Beziehungen zu syphilitischen Effloreszenzen der Kopfhaut und sind wahrscheinlich die Folge von Ernährungsstörungen. Nur kurze Erwähnung beanspruchen die sogenannten sekundären Alopecien syphilitischen Ursprungs, das heisst stellenweiser Haarverlust infolge von tuberkulösen und gummatösen Geschwürsformen oder auch von manchen pustulösen und papulösen Ausschlägen. Hier ist der Haarverlust einfach die Folge der Zerstörung der Haarpapillen und der ganzen an der Haarproduktion beteiligten Anteile der Haut und der nachfolgenden Narbenbildung. Das Endprodukt des lokalen syphilitischen Prozesses, das Narbengewebe, unterscheidet sich in keiner Weise von dem durch Zerstörungsprozesse anderer Art und anderen Ursprungs hinterlassenen. Man darf daher diese stellenweisen, sekundären Haarverluste nicht als spezifischer Natur ansehen.

Auf Grund dieser Betrachtungen

möchte ich nun meine Ansichten über syphilitische Haarverluste folgendermassen zusammenfassen:

1. Alopecie oder Haarverlust ist *nicht* ein gewöhnliches oder regelmässiges Symptom der Frühstadien der Syphilis.

2. Der unbedeutende Ausfall von Haaren, der bei ganz gesunden Menschen als die Wirkung des physiologischen Haarwechsels fortwährend stattfindet, erstreckt sich natürlich auch durch den ganzen Verlauf der Syphilis und über denselben hinaus, und muss derselbe in Betracht gezogen werden, ehe man einen Haarverlust der Syphilis zuschreibt, der so gering ist, dass er ganz übersehen oder von dem Kranken gar nicht berücksichtigt wird.

3. Die gleiche Regel muss auf die zahlreichen Fälle ganz leichter Seborrhoe der Kopfhaut angewendet werden, die unter gewöhnlichen Verhältnissen gar nicht der Beachtung oder gar der Behandlung wert angesehen werden würden.

4. In einer gewissen Anzahl von Fällen mag die Syphilis allerdings von einem verbreiteten Haarverlust begleitet werden, der mehr weniger den ganzen behaarten Kopf einnehmen kann, sehr verschieden an Intensität und ganz ähnlich den bei anderen Infektionskrankheiten, wie Typhoid, Erysipelas, etc. vorkommenden Alopecien.

5. Bei der Abwesenheit irgend welcher nachweisbarer lokaler Veränderungen in der Haut ist diese Alopecie als das Resultat einer mangelhaften Ernährung des Haares, seiner Anhänge und der ganzen Haut anzusehen, als Teilerscheinung einer den ganzen Organismus betreffenden allgemeinen Umstimmung infolge der Syphilisinfection.

6. Dieser Haarverlust ist daher nicht wirklich ein Symptom der Syphilis, das direkt durch das Gift hervorgebracht wird, sondern mehr eine Komplikation.

7. Diese Alopecie hängt direkt ab von den allgemeinen Symptomen, welche die zweite Inkubationsperiode begleiten, ist meistens den letzteren proportioniert und

erscheint gewöhnlich einige Wochen nach dem Auftreten dieser prodromalen Symptome, ähnlich wie beim Typhoid und anderen Infektionskrankheiten.

8. Obgleich diese Alopecie sehr ausgebreitet sein kann und auch andere Körperteile als den Kopf betreffen mag, zeigt sie doch grosse Neigung zu vollständigem Wiederersatz des Haares, wenn nicht der Kranke schon in weit vorgeschrittenem Alter ist oder erbliche Neigung zu Kahlheit besitzt.

9. Gelegentlich begegnet man einer Alopecie in Gestalt nicht scharf begrenzter, unregelmässiger, kleinerer, zuweilen zusammenfliessender kahler Stellen, die hauptsächlich über den Hinterkopf und die seitlichen Partien verteilt sind; sie geben dem Haarwuchs ein rüdiges oder mottenfrassähnliches Aussehen.

10. Diese Form der Alopecie kommt fast ausschliesslich bei Syphilitischen vor und ist so charakteristisch, dass sie mit ausserordentlich seltenen Ausnahmen erlaubt, bei dem damit befallenen Individuum die Diagnose ererbter oder erworbener Syphilis zu stellen.

11. Diese Alopecie ist also ein charakteristisches Symptom der Syphilis und tritt fast stets in einer mehr weniger längere Zeit von der Infektion entfernten Periode der Krankheit auf, gewöhnlich nicht vor dem Ende des ersten Jahres und selbst bis zum Ende des zweiten Jahres. Ihr Verlauf ist meist ein sehr langsamer, obwohl meistens in Wiederersatz des Haares endend.

12. Bei der Abwesenheit aller nachweisbaren anatomischen Veränderungen der Haut selbst, welche einen spezifischen lokalen Prozess anzeigen, bleibt es vorläufig schwer, den Ursprung dieser fleckenweisen Alopecie zu erklären.

Wenn es einer Entschuldigung zu bedürfen schiene, dafür dass ich diesen Gegenstand vor eine Gesellschaft vorzugsweise praktischer Aerzte gebracht habe, so möchte ich darauf aufmerksam machen, dass derselbe von recht grosser praktischer Bedeutung ist. Sie wissen wohl alle, dass eine der ersten und frühe-

sten Fragen, welche der eben mit Syphilis infizierte Patient an den Arzt zu richten pflegt, diejenige ist, ob er wohl sein Haar verlieren werde, denn frühzeitige Kahlheit, eingesunkene Nase und andere Verstümmelungen des Gesichts sind die gewöhnlichen Schreckbilder für diese Unglücklichen. Sie wissen auch jedenfalls, wie sehr syphilitische Patienten geneigt sind, jedes auch noch so geringe Symptom genau zu beobachten, seine Wichtigkeit zu überschätzen und sich über jede Kleinigkeit die grösste Sorge zu machen. Wenn sie den geringen Haarausfall infolge natürlicher Vorgänge oder in Begleitung einer leichten Seborrhoe entdeckt haben und man Ihnen zu verstehen gegeben, dass derselbe eine Folge der Syphilis ist, so werden sie selbstverständlich erwarten, dass derselbe nach eingetretener Behandlung, gleich den andern Symptomen, verschwinden wird. Besteht aber unter solchen Umständen der Haarausfall unverändert fort, so werden sie ganz lo-

gischer Weise zu dem Schlusse kommen, dass sie noch nicht geheilt und nicht einmal frei von Erscheinungen der Krankheit sind, solange sie ihr Haar verlieren, und werden sich und den Arzt mit ihrem beharrlichen Verlangen quälen, ihren Haarausfall zum Aufhören zu bringen. Wollen Sie den Kranken jetzt die unschuldige Natur dieses Vorgangs erklären, so wird ihnen dies schwerlich mehr Eindruck machen als den einer nachträglich zu ihrer Beruhigung erfundenen Entschuldigung und wird nicht zur Beseitigung ihrer Unzufriedenheit beitragen. Ich brauche Ihnen hier nicht weiter den Gemütszustand solcher Syphilophoben zu schildern; sie verdienen in hohem Grade unsere Berücksichtigung und unsere Teilnahme. Es wäre daher in hohem Grade wünschenswert, dass die sogenannte syphilitische Alopecie in den Lehrbüchern und beim Unterricht eine mehr den Tatsachen entsprechende Darstellung finden möchte.

130 W. 58th St.

Lungenabszess und Lungengrän.*

Von Prof. Dr. H. Schlesinger, Wien.

Ich danke vielmals für das lebenswürdige Willkommen und vor allem dem Präsidenten für die Gelegenheit, in dieser illustren Gesellschaft sprechen zu können. Ich habe mich gefreut, wie ich bei Besteigung des Schiffes die Einladung fand, hier einen Vortrag zu halten, und dachte, es wird wohl nichts Passenderes zur Sprache gebracht werden können wie ein Thema, welches jetzt in gleicher Weise den Chirurgen wie den Internisten interessiert und, glaube ich, wieder neue Fragen stellt und immer wieder von neuem diskutiert werden muss. Es ist

kein Zweifel, dass die Lungenchirurgie vor einer neuen Periode des Aufschwungs steht, und es kann dieser Periode nur förderlich sein, wenn durch gegenseitigen Meinungsaustausch so viel wie möglich Erfahrungen der Chirurgen und Internisten klar gelegt werden. Gestatten Sie, dass ich als Internist in dieser Frage spreche.

Ich möchte vorausschickend sagen, dass, wenn ich über die Behandlung des Lungenabszesses sprechen will, ich auch die Lungengrän behandeln will. Nur in den Lehrbüchern ist die Sonderung eine strenge. In Natur sieht die Sache anders aus. Ein Lungenabszess wird häufig im Verlauf der Krankheit gangränös, und die Krankheit kann als Gangrän beginnen und

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York am 7. Oktober 1907. Stenographischer Bericht.

in Lauf der Zeit sich ein Abszess entwickeln. Die reinen Fälle von Lungenabszess und Lungengangrän lassen sich allerdings in der Regel sondern, aber ich möchte nach meinen Erfahrungen sagen, beinahe die Minderheit der Fälle. Also das, was ich vom Lungenabszess sagen will, bezieht sich auch auf die Lungengangrän. Gestatten Sie, dass ich gleich mitten in die Sache gehe.

Was die Aetiologie anbelangt, so sind die Autoren verschiedener Meinung. Die einen behaupten, dass Pneumonie ein ätiologisches Moment für Entstehung des Lungenabszesses wäre. Andere sagen, es sei eins der seltensten Momente. Da spielen gewiss immer besondere Verhältnisse mit; in der einen Stadt können die Verhältnisse anders liegen als in der anderen, oder in einer und derselben Stadt wechseln die Verhältnisse zu verschiedenen Zeiten. Nach meinen Erfahrungen ist der Lungenabszess ganz besonders häufig nach Pneumonie. Diese Erfahrungen beziehen sich auf Wien. In den letzten 15 Jahren haben wir beinahe keinen reinen Fall von Pneumonie gehabt, sondern eine Infektion mit Influenza gemischt, und dies ist die Ursache, dass wir so häufig nach Pneumonie Abszess auftreten sehen.

Von anderen ätiologischen Momenten kommen Fremdkörper in Betracht; nicht die grossen, welche sofort bemerkt werden und schwere Erscheinungen hervorrufen, wenn sie in die Luftwege geraten, sondern gerade die kleinen. Sie wissen, wie häufig ein Fehlschlucken stattfindet, an das nicht mehr gedacht wird. Daraus dürfte sich erklären, warum man so häufig Abszess und Gangrän bei Potatoren findet und bei geschwächten Individuen, die an schweren Krankheiten gelitten haben. Andere ätiologische Momente wären die Tuberkulose, das Trauma. Dies spielt unter allen diesen Faktoren wohl die geringste Rolle, we-

nigstens soweit meine Erfahrung reicht.

In der grossen Mehrzahl der Fälle fängt die Sache mit Schüttelfrost an oder mit Fortdauer des Fiebers, wo es sich um Pneumonie handelt, und da möchte ich auf eine praktisch wichtige Beobachtung aufmerksam machen. Sehr häufig werden die Fälle von Lungenabszess übersehen. Nach meinen Erfahrungen, und ich habe diese nicht nur in Wien, sondern in verschiedenen Ländern gemacht, wird der Lungenabszess sehr oft übersehen, und zwar besonders häufig die Lungenabszesse, die nach Pneumonie entstehen. Wenn eine Pneumonie ungewöhnlich lange zögert mit ihrer Krisis, wenn am 9., 10., 11. Tage das Fieber immer noch unverändert heftig ist, dann denken Sie an eine Komplikation mit Abszess, selbst wenn eine Eitergeschwulst fehlen sollte. Wenn man überhaupt an die Möglichkeit einer Komplikation denkt, dann wird man sehr häufig die Eiterung finden. In vielen Fällen aber fängt der Abszess nicht mit Fieber an, sondern mit subnormaler oder normaler Temperatur, und ich muss sagen, gut ein Drittel meiner Fälle haben auf die Weise begonnen, dass die Kranken erst später gefiebert haben, wenn man sie ordentlich stimuliert hatte; manche haben erst nach der Operation, wenn sie sich besser gefühlt haben, Fieber bekommen. In diesen Fällen habe ich Fieber immer als Bonum omen betrachtet.

Was das Sputum anbelangt, so ist es meist eiterig. Ich habe wiederholt Kranke gesehen, bei welchen die Sputummenge einen Liter und darüber pro Tag betragen hat. Allerdings wissen wir nicht, ob in diesen Fällen das Sputum vom Abszess stammt. Es ist eine begleitende Bronchitis vorhanden, und es kann diese grosse Menge Sputum zum grossen Teil von anderen Partien der Lunge stammen. Also von einer sehr grossen Menge Sputum kann man nicht unbedingt auf einen grossen Abszess schliessen. Die Menge kann

aber auch auffallend gering sein. Ich habe einen Kranken gesehen, bei dem die Tagesmenge 10—15 Gramm betrug, aber die anderen Erscheinungen waren derart, dass auf einen gangränösen Abszess geschlossen werden musste, den ich auch eröffnen liess. In diesem Fall war die Sputummenge ausserordentlich gering.

Der Auswurf ist sehr häufig mit Blut untermengt; das reine Blut ist sehr selten, aber die blutigen Beimengungen häufig. Dass der Geruch oft unerträglich werden kann, ist allgemein bekannt, aber nicht so allgemein bekannt, dass der Geruch oft auf kurze Zeit, auf mehrere Tage verschwinden kann, um dann wieder mit grosser Intensität aufzutreten. In diesen Fällen dürfte es sich um gangränösen Abszess handeln, da verliert das Sputum den fötiden Charakter.

Was nun die Untersuchung des Sputums anbelangt, so möchte ich hervorheben, dass man bei jeder Form des Lungenabszesses, bei gangränösem wie bei nicht gangränösem Abszess, elastische Fasern in grosser Menge vorfinden kann. Sie werden bezügliche Angaben in den Lehrbüchern finden. Da heisst es: Lungenabszess und Gangrän unterscheiden sich so, dass bei Gangrän Lungenfetzen ausgeschieden werden, bei Abszess elastische Fasern. Das ist nicht ganz richtig. Sie können bei gangränösem wie nicht gangränösem Abszess elastische Fasern in grosser Zahl finden, Sie müssen nicht, aber Sie können. Da ist der Rückschluss erlaubt, dass es sich um einen rasch fortschreitenden Prozess handelt.

Der bakteriologische Befund ergibt nie brauchbare Resultate. In der Regel kann man eine grosse Zahl von Bakterien aus dem Auswurf züchten, aber in jedem solcher Fälle muss unbedingt auf Tuberkelbazillen gesehen werden, da sich sehr oft Tuberkulose daraus entwickelt.

Was die klinischen Erscheinungen von seiten der Lunge betrifft, so wäre

der Husten hervorzuheben. Dieser ist oft ausserordentlich quälend, sodass der Kranke oft $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Stunde darsitzt und hustet. Er nimmt eine Zwangshaltung ein, damit er nicht zum Husten gezwungen ist — so quälend ist der Hustenreiz. Manche werden von diesem Reiz weniger heimgesucht, die grosse Mehrzahl aber hat einen äusserst intensiven Hustenreiz.

Bezüglich der lokalen Erscheinungen möchte ich bemerken, dass die Perkussion oft die wichtigsten Aufschlüsse liefert. Bei der Perkussion findet man recht häufig eine Dämpfung. In manchen Fällen aber fehlt bei der Untersuchung eine Dämpfung vollkommen, man findet aber an einer Stelle der Lunge tympanitischen Perkussionsschall. Sowohl die gedämpfte wie die tympanitisch klingende Stelle ist äusserst verdächtig auf Sitz des Abszesses. Eine wiederholte Untersuchung ist unbedingt erforderlich, und da können Sie oft merkwürdigen Wechsel der Erscheinungen finden, auf den ich besonderen Wert legen möchte. Sie untersuchen, Sie finden in der Gegend des Angulus eine Dämpfung, der Kranke atmet ein paar mal tief ein. Er hustet nichts aus, und Sie finden an derselben Stelle den Perkussionsschall wesentlich voller geworden. Sie warten ein paar Minuten zu, und an derselben Stelle ist er wieder höher, oder Sie perkutieren und finden an einer anderen Stelle eine Dämpfung. Der Kranke expektoriert, und an Stelle der Dämpfung tritt ein tympanitischer Perkussionsschall ein. Wenn Sie solches Verhalten einigemal feststellen können, ist dieses Verhalten für die Diagnose des Abszesses beinahe ausschlaggebend.

Oder eine andere Form der Wechsellerscheinung. Sie untersuchen einen Kranken in der Seitenlage, finden eine Dämpfung; Sie setzen den Kranken auf — die Dämpfung verschwindet. Ich habe bei meinen Kranken gefunden, dass besonders dann ein solcher

Wechsel der Erscheinungen sich gezeigt hat beim tiefen Atmen, wenn noch Luft in den Lungengeweben über dem Abszess sich befunden hat. Dann habe ich gefunden, dass tiefes Inspirieren eine Aufhellung der Dämpfung herbeigeführt hat und dann oberflächliches Atmen wieder ein Hervortreten der Dämpfung veranlasst. In mehreren solcher Fälle wurde ein operativer Eingriff gemacht und war immer von Erfolg gekrönt.

Findet man metallisch klingenden Schall, dann wissen Sie, dass sich ein hohler Raum an dieser Stelle befinden muss. Es kommt hier und da vor, dass ein System von kommunizierenden kleinen Hohlräumen diesen Perkussionschall gibt, das sind aber Raritäten.

Was die Auskultations-Untersuchung anbelangt, so müssen wir dieser unsere ganz besondere Aufmerksamkeit widmen. Haben Sie bei der Perkussion eine Aenderung des Perkussionschalls an irgend einer Stelle des Thorax konstatieren können, so muss gerade diese Stelle wiederholt einer eingehenden Auskultation unterworfen werden. Manchmal findet man ein feines Rasselgeräusch. Dies kann unter Umständen schon die Diagnose erlauben, gewöhnlich aber nicht, sondern erst ein metallisch klingendes Rasseln. Diese Symptome sind es, welche für die Diagnose von solchen Prozessen von ausschlaggebender Bedeutung sind. Sie erlauben, die Hilfe des Chirurgen in Anspruch zu nehmen. Wenn Sie solch metallisch klingendes Rasseln festgestellt haben, auskultieren Sie, wenn der Kranke hustet. Dann werden Sie vielleicht gelegentlich metallisch klingendes Atmen, beim Sprechen des Kranken einen metallischen Beiklang hören, alle die Phänomene, wie wenn man in eine leere Weinflasche husten würde. Wenn die metallischen Phänomene bei der Untersuchung festgestellt werden, an derselben Stelle, bei der die Perkussion bereits Veränderungen ergeben, die

Verdacht erregt haben, dass Lungenabszess vorliegt, wird man beinahe sicher sein, dass es sich um einen Abszess handelt, und man wird diejenige Stelle als die nächste an der Thoraxwand bezeichnen, wo man die Phänomene am deutlichsten wahrnimmt. Dabei müssen Sie den ganzen Thorax gut absuchen. Man bekommt dann die sonderbarsten Ueberraschungen. Man sucht z. B. rückwärts, hat dort eine Dämpfung gefunden, und plötzlich zeigt sich der Abszess in der Höhle vorn. Sehr häufig liegen die Abszesse ziemlich zentral, und Sie haben die Thoraxwand überall gleich weithin. Dort wo sie sich durchgearbeitet haben gegen die Thoraxwand, wird man die Prozesse am frühesten nachweisen können.

In der Regel genügen diese Erscheinungen, um die Diagnose eines Lungenabszesses zu stellen. Mit einer Untersuchung ist es in der Regel nicht abgetan. Die Lokaldiagnose des Lungenabszesses gehört wohl zu den allerschwierigsten, die es gibt, und **ich** habe mich bei Abszessen manchmal Wochen lang und länger täglich stundenlang geplagt, bis ich die genaue Lokaldiagnose festgestellt habe. Dies ist ausserordentlich wichtig, denn der Chirurg muss wissen, wo er am besten zu dem Abszess gelangt. Es kann von der genauen Lokaldiagnose das Leben des Patienten abhängen — in dem einen Fall eine leichte Operation infolge der genauen Lokaldiagnose, im anderen eine der schwierigsten, die es gibt.

Ein weiteres diagnostisches Hilfsmittel ist uns aus dem Röntgenverfahren erwachsen. **L a m p e r t z** in Hamburg hat dieses Verfahren besonders an einem grossen Material in vielleicht hundert Fällen angewendet. Er hat in jedem einzelnen Fall den Sitz des Abszesses durch den Röntgenbefund festgestellt und dadurch in vielen Fällen eine frühe Diagnose ermöglicht, und man konnte den Abszess in der Tiefe der Lunge aufsuchen. Die

Röntgenuntersuchung erfordert aber eine ungewöhnliche Technik. Nicht jeder Röntgenologe kann das. Ich habe wiederholt gesehen, dass die Röntgendiagnostik die grössten Schnitzer ergibt, und wenn der Chirurg ausschliesslich daraufhin operieren würde, könnte er in eine unangenehme Sackgasse gelangen. Der Röntgenbefund muss mit dem übrigen Befund sich decken und das ist dann ein weiteres Moment, welches für den operativen Eingriff spricht. Ich habe zu verschiedenen Zeiten viele Abszesse gesehen und in der Zeit, in der ich die meisten Lungenabszesse in meiner Anstalt sah, habe ich merkwürdigerweise Pech gehabt und nie einen guten Röntgenographen gehabt, sodass wir fast immer ohne das entsprechende Röntgenbild arbeiten mussten. In sämtlichen operierten Fällen habe ich bisher die genaue Lokaldiagnose stellen können und es konnte bei Eröffnung des Abszesses auch sofort die Abszeshöhle gefunden werden.

Wenn man fragt, warum ich die Probepunktion nicht erwähnt habe — das ist ja eine solche Kleinigkeit ein solcher Stich, warum soll man denn nicht den Abszess auf diese Weise finden? Meine Herren! Ich muss sagen, ich habe nicht die Courage dazu. Ich fürchte mich vor einer Infektion der Pleura. Ich habe ein paarmal die Punktion auf Wunsch des Chirurgen gemacht, da er mir versprach, dass er unmittelbar nachher operieren würde. Wenn Sie nicht die Sicherheit haben, dass eventuell unmittelbar nach einer solchen Probepunktion der chirurgische Eingriff vorgenommen werden kann, dann unterlassen Sie lieber die Probepunktion. Sie ist dann ein sehr schwerer Eingriff, der die furchtbarsten Folgeerscheinungen bieten kann. Sie dürfen nicht vergessen, dass Sie in einen gangränösen Abszess hineingeraten können und, wenn das Unglück es will, durch die Pleura hindurchgegangen sind, und es kann dann der gangrän-

nöse Abszess zum Teil in die Pleurahöhle ausrinnen, es kann ein Empyem die Folge sein, und der ohnehin geschwächte Kranke erträgt das nicht.

Ist die allgemeine Diagnose eines Abszesses gestellt, so ist es immer notwendig, die Lokaldiagnose sobald wie möglich zu stellen. Der Arzt muss immer mit der Möglichkeit rechnen, dass wir bei dem jetzigen Stande der Chirurgie den Kranken unter Umständen dem Chirurgen überantworten müssen, um ihn zu retten.

Wann ist nun die Indikation zu einem Eingriff gegeben? Da ist es zweckmässig, zwischen akutem Verlauf des Abszesses und chronischem Abszess zu unterscheiden. Bei dem akuten Verlauf sind besonders die Abszesse gefährlich, bei denen Gangrän droht oder dazu getreten ist, also alle Abszesse mit fötidem Auswurf. Bei diesen muss man so schnell wie möglich den operativen Eingriff herbeiführen. In diesen Fällen habe ich ein paar mal den operativen Eingriff vornehmen lassen, wenn ich auch noch nicht ganz sicher war, dass der Abszess an dieser Stelle gesessen. Bei den akuten Abszessen, bei welchen eine Gangrän vorhanden, der Auswurf aber nicht fötid ist, kann man etwas zuwarten, bis die Lokaldiagnose möglichst genau gestellt ist und gewisse andere Erscheinungen zum operativen Eingriff nötigen, denn ein guter Teil der Lungenabszesse heilt spontan aus, so schwer und bedrohlich die Krankheit sonst erscheinen mag. Ich habe in zwei Jahren 31 Fälle von Lungenabszess und Lungengangrän gesehen. Von diesen sind nahezu 20 operiert worden. Aber die nicht operierten Fälle waren zum grossen Teil spontan ausgeheilt. Wir werden bei dem nicht gangränösen Abszess mindestens acht Tage zuwarten können, wenn nicht das Fieber und der Auswurf exzessiv ist. Sie werden in so einem Fall operieren können, wenn der Kranke eine Tagesmenge von $\frac{1}{2}$ bis 1 Liter hat und die

Menge des Auswurfs eher eine Tendenz zum Steigen aufweist. Sie werden in einem solchen Fall zur Operation drängen, wenn Sie konstatieren, dass die Pulsfrequenz langsam, aber stetig im Ansteigen ist und der Schwächezustand beständig zunimmt. Sie werden sich durch verschiedene äussere Momente noch weiter bewegen lassen, wenn Sie z. B. frühzeitig die genaue Lokaldiagnose stellen können. Sie werden nicht länger zuwarten als höchstens drei Wochen. Wenn der Abszess drei Wochen dauert und Sie die Lokaldiagnose gemacht haben, sollten sie denselben unbedingt operieren lassen, wenn nicht die Auswurfmenge rapide zurückgeht und der Kräftezustand des Kranken sich hebt.

Die Abszesse, die aus Bronchiektasie hervorgegangen sind, nehmen eine Sonderstellung ein. Sehr häufig entleeren sie sich immer wieder in die Bronchiektasie hinein. Sie sind sozusagen drainiert. Nach allem, was ich gesagt, würde ich mich schwer entschliessen, solche Prozesse operativ behandeln zu lassen. In ein paar Fällen, die ich habe operieren lassen, bei welchen Bronchiektasie gefunden wurde und Infiltration benachbarter Gewebe, sind Lungenfisteln zurück geblieben, welche nicht zum Schluss gebracht werden konnten, und die den Kranken nicht viel weniger belästigten als der Abszess selbst, und in einigen Fällen wiederum ist der Eingriff äusserst folgeschwer gewesen und hat den Tod des Kranken nach sich gezogen. Wenn überhaupt ein Eingriff bei Bronchiektasie gemacht werden soll, so würde ich am ehesten noch als Internist vorschlagen, es in solchen Fällen mit der Rippenresektion genug sein zu lassen.

Es gibt aber auch Kontraindikationen. Wenn Sie Abszess oder Gangrän gefunden haben- und haben irgend ein Zeichen, das für Multiplizität der Erkrankung spricht, dann werden Sie sich sehr überlegen, ob Sie den Chirurgen zum Eingriff ermuntern

sollen, besonders dann, wenn die Gangrän- oder Abszesshöhle vermutlich in verschiedenen Lungenabschnitten liegt. Wenn sie in *einem* Lungenabschnitt liegt, kann ja der operative Eingriff noch immer günstige Resultate liefern, wie ein Fall von L a m p e r t z bekannt ist, bei dem hintereinander vier Abszesse in demselben Lungenabschnitt eröffnet wurden. Wenn aber dagegen die Erscheinungen daraufhinweisen, dass sich rechts und links Gangrän befindet, wird man sich sehr überlegen müssen, einen solchen Kranken einem operativen Eingriff zu unterwerfen. Natürlich wird es auch vom Kräftezustand abhängen, ob man einen solchen Kranken operieren lassen soll oder nicht. Aber da seien Sie nicht zu zaghaft. Zweimal hat bei meinen Kranken der Chirurg absolut nicht operieren wollen. Ich habe ihn gebeten und ihm gesagt, der Kranke ist sonst rettungslos verloren. Er hat operiert und beide Fälle sind genesen. In beiden Fälle hatte es sich um moribunde Leute gehandelt. Ich möchte raten, wenn irgend möglich, solche Kranke zu operieren, auch wenn sie in elendem Zustande sind.

Dann vergessen Sie nicht, zu untersuchen, ob nicht schwere Tuberkulose den ganzen Prozess kompliziert. Diese ist wohl eine absolute Kontraindikation. Ich glaube nicht, dass ein operativer Eingriff dem Kranken in einem solchen Falle nützt.

Die Erfolge sind im allgemeinen heute recht befriedigend. Ich möchte das aus den Statistiken schliessen, die veröffentlicht worden, und möchte es als meinen persönlichen Eindruck hinstellen. Ich habe wiederholt Kranke gehabt, bei welchen man sich sagen musste, der Kranke ist verloren, wenn nicht ein chirurgischer Eingriff vorgenommen wird, und diese Kranke sind genesen.

Die Dauerresultate waren zumeist äusserst befriedigend. In einem meiner Fälle von schwerster Gangrän kam

nach einem Jahr Rezidiv in demselben Lungenabschnitt. Es wurde wieder operiert und der Kranke ist dauernd genesen. Allerdings müssen Sie sich immer vor Augen halten, dass diese Eingriffe zu den ausserordentlich schweren gehören, dass ein sehr grosser Prozentsatz Mortalität in diesen Fällen vorkommt. Er schwankt bei verschiedenen Operateuren, jedenfalls auch nach der Qualität des Materials, u. s. w. und nach der Natur des Prozesses. Die akuten Prozesse geben bei operativen Eingriffen die bessere Prognose. Bei gangränösen Prozessen

geht man nicht fehl, wenn man sagt, dass die Hälfte der Fälle durch Operation geheilt worden sei, die andere Hälfte trotz des operativen Eingriffs zu Grunde geht. Ohne operativen Eingriff würde die Mortalität wesentlich grösser sein.

Ich bin zu Ende. Ich hoffe, dass Sie als Praktiker ein Interesse an dem jetzigen Stand der Dinge haben dürften, und ich glaube, es wäre von Nutzen, wenn auch ein Chirurg zu diesem ausserordentlich wichtigen Thema das Wort ergreifen würde.

Einiges Neue über Herzkrankheiten.*

Von Sanitätsrat Dr. WACHENFELD, Bad Nauheim.

Herr Präsident! Meine Herren! Noch vor nicht allzulanger Zeit wurden als die bei weitem wichtigsten Herzerkrankungen die Klappenfehler angesehen. Sie machte man verantwortlich für eine ganze Reihe von Störungen im Organismus, sie betrachtete man als die Ursache von Stauungen in anderen wichtigen Organen. Noch in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts war man der Ansicht, dass Erkrankungen des Herzmuskels sehr selten wären. Erst später, besonders seit infolge der grossen Influenzaepidemie im Jahr 1889 und in den folgenden Jahren zahlreiche Todesfälle an Herzschwäche eintraten, kam man zu der Ueberzeugung, dass eine gut funktionierende Herzmuskulatur doch wohl vor allen Dingen notwendig und mindestens ebenso wichtig, wenn nicht wichtiger wäre als guter Klappenschluss. Genügend geklärt sind freilich die Anschauungen über die wirkliche Bedeutung der Klappenfehler auch heute noch nicht. Es liegt das wohl in der Haupt-

sache daran, dass man sich von den Anschauungen, die man jahrzehntelang gepflegt hat, nicht so ohne weiteres trennen kann. Einige von diesen Anschauungen wurden geradezu als unumstössliche Dogmen betrachtet, und auf ihnen baute man weiter auf, trotzdem es manchmal nicht ganz leicht war, sie mit anderen absolut sicheren Tatsachen in Einklang zu bringen. Arbeitshypertrophie und Dilatation sind die beiden Dogmen, von denen man glaubte, dass man nicht an ihnen rütteln dürfe, aber solange man mit diesen beiden falschen Grössen rechnet, kann die Rechnung nicht richtig werden.

Betrachten wir uns zunächst die Arbeitshypertrophie der Herzmuskulatur. Wenn auch die Muskelzellen eines hypertrophischen Herzens grösser sind als die eines normalen, so hat doch meines Wissens kein pathologischer Anatom behauptet, dass die kontraktile Elemente der hypertrophischen Muskelzellen stärker, leistungsfähiger wären, im Gegenteil sind alle pathologischen Anatomen darüber einig, dass das hypertrophische Herzmuskelgewebe sehr zur Degeneration neige. Ausserdem steht fest, dass

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York am 2. Dezember 1907.

mit der Zunahme der Muskelzellen an Umfang auch das interzelluläre Bindegewebe erheblich zunimmt, und schon aus diesem Grund ist es unmöglich, dass ein hypertrophischer Herzmuskel mehr leistet als ein normaler. Orth hebt in seinem Lehrbuch der pathologischen Anatomie hervor, dass die hypertrophische Herzwand unvollkommen erschlaffe, dass selbst die Wand des rechten Herzens, die doch verhältnismässig dünn ist, wenn sie hypertrophisch wird, starr steht und nicht erschlaffen kann. Nun ist eine nicht zu bestreitende Tatsache, dass die Grösse der Kontraktionskraft eines Muskels abhängt von der Grösse der Differenz zwischen der grössten Erschlaffung und der stärksten Kontraktion. Je geringer die Erschlaffung ist, um so geringer muss die Kontraktionswirkung sein. Infolgedessen ist es absolut unmöglich, dass ein hypertrophischer Muskel mehr Arbeit leistet als ein normaler, er muss im Gegenteil weniger leisten. Eine Arbeitshypertrophie gibt es also nicht.

Ich bin weit entfernt davon, zu glauben, dass ich damit etwas vollständig neues sage. Besonders hat R o m b e r g schon betont, dass nicht einzusehen sei, weshalb grössere Anforderungen an die Herzmuskulatur eine Zunahme des Muskelzellenmaterials zur Folge haben sollten, und, wenn er sich auch nicht entschliessen kann, die Möglichkeit einer Arbeitshypertrophie absolut zu verneinen, so erscheint sie ihm doch sehr unwahrscheinlich. Wie schwer es nun aber ist, sich von diesem alten Dogma loszureissen, das kann man bei R o m b e r g und ebenso bei anderen Autoren sehen. Auf der einen Seite gibt man zu, dass Arbeitshypertrophie etwas unwahrscheinliches wäre, und schon auf der nächsten wird wieder gesagt, dass mit ihrer Hilfe vorhandene Schwierigkeiten überwunden würden. Hypertrophie des Herzmuskelgewebes ist niemals als eine Vermehrung der Kontraktionskraft anzusehen, es handelt sich vielmehr wie bei jedem hypertrophischen, überernährten

und deshalb schlechter ernährtem Gewebe stets um eine krankhafte Stauung von Zellenmaterial, und zwar in der Regel um eine erhebliche *allgemeine* Stoffwechselstörung, und deshalb findet sich Herzhypertrophie kaum allein, sondern fast stets in Verbindung mit mehr oder weniger schweren Erkrankungen anderer Organe.

Nicht weniger als das Dogma von der Arbeitshypertrophie ist das von der Dilatation des Herzens geeignet, die klare Anschauung der Dinge zu trüben.

Der gesammte Blutkreislauf findet in dem geschlossenen Blutkreisröhrensystem durch die peristaltischen Bewegungen des Herzens und der Gefässwandungen statt. Schematisch aufgefasst liegen an der einen Seite dieses Kreislaufs die Kapillargefässe, denen die nötige Muskelkraft zur Fortbewegung des Blutes fehlt. Um diesen Mangel auszugleichen, ist an der entgegengesetzten Seite eine stärkere Entwicklung der Muscularis eingetreten, die Muscularis der Gefässwand hat sich hier zur stärkeren Herzmuskelwand entwickelt, durch deren Kraft die fehlende Kraft der Kapillärwände ersetzt wird und die zugleich die Zirkulation in der Schleife, die das Blut durch die Lungen führt, bewerkstelligt. Die dünnwandigen Venen müssen eine grössere Ausdehnungsfähigkeit besitzen als die Arterien. Sie müssen eventuell noch Material, das ihnen durch die Kapillaren aus den Zellen der einzelnen Organe zugeführt wird, aufnehmen. Ihre Wandungen dürfen deshalb nicht dieselbe Spannung haben wie die Arterienwandungen, denn dadurch würde dem Eintritt der Stoffe, die durch die Kapillaren von den Lymphbahnen aus in die Blutbahnen eintreten, ein zu grosser Widerstand entgegengesetzt. Wohl deshalb ist die Muscularis in den Venen nur schwach entwickelt, und so wird die Blutsäule in den Venen im wesentlichen durch die Kraft der Herzkontraktionen und der peristaltischen Bewegungen der arteriellen Seite des Blutkreislaufs von einer Klappe in den Venen zur anderen

vorwärts geschoben. Der Druck, mit dem das Blut im rechten Vorhof ankommt, ist demnach jedenfalls ein sehr geringer, wenn auch die Behauptung von Jakobson, dass der Blutdruck in den grossen Venen dicht am Herzen ein negativer wäre, sicherlich auf einem Irrtum beruht. Negativ kann der Druck nicht sein, denn es kann sich in einem Rohr nur dann ein negativer Druck entwickeln, wenn an irgend einer Stelle des Rohrs ein luftleerer Raum entsteht. Das ist im Blutzirkulationsrohr natürlich ausgeschlossen. Jedenfalls kommt aber das Blut, wie gesagt, mit sehr geringem Druck im rechten Vorhof an, mit dem Rest des Druckes, mit dem es vom Herzen und den Arterien durch die Kapillaren und Venen vorwärts geschoben ist. Dieser geringe Druck soll nun angeblich genügen, um die Herzmuskulatur auseinanderzutreiben, dieselbe Herzmuskulatur, die das Blut unter entsprechend grösserem Druck in die Aorta presste. Das ist selbstverständlich absolut unmöglich. Welche andere Kraft kann nun aber diese Dehnung der Herzmuskulatur, die Herzdilatation hervorrufen? Es gibt keine andere Kraft, die das könnte, und es bleibt also nichts übrig, als die Möglichkeit der Dilatation zu bestreiten.

Die Verbreiterung des Herzens, die man durch Perkussion nachzuweisen glaubte, ist, soweit es sich nicht um Hypertrophie handelt, nur eine Verlagerung des Herzens. Nun kann aber nicht geleugnet werden, dass wir sehr häufig auf dem Sektionstisch Herzen sehen, deren Höhlen uns erweitert erschienen. Zum Teil ist das eine optische Täuschung. Ein Hohlraum, dessen Wände aneinanderliegen, kommt uns kleiner vor als ein gleich grosser, dessen auseinanderstehende Wände einen Blick in den Hohlraum hineingestatten. Ist die Wand einer Herzhöhle also auch nur mässig hypertrophiert und legt sie sich infolgedessen nicht aneinander, so wird uns der Hohlraum grösser erscheinen. Ausserdem aber sind gesunde Herzen sehr ver-

schieden gross. Hoffmann und Krause haben beide eine lange Reihe von Herzen auf ihre Grösse geprüft und gefunden, dass es gesunde Herzen gibt, deren Höhlen mehr als doppelt so gross sind als die von anderen gesunden Herzen. Das Quantum Blut, das ein gesundes Herz aufnehmen kann, schwankt zwischen 160 und 360 ccm. Je schwächer das Herz ist, d. h. je hochgradiger seine Muskulatur erkrankt ist, um so geringer muss natürlich der Druck sein, mit dem das Blut vorwärts bewegt wird, und deshalb kann man von einem kranken Herzen noch viel weniger erwarten, dass es sich selbst durch das ihm wieder zuströmende Blut auseinandersprengt.

Bei der Beurteilung des Mechanismus der Herzklappenfehler wird aber nun noch ein weiterer Kardinalfehler gemacht. Man stellt sich die Wirkung der Klappenfehler immer so vor, als ob sie in einem Moment entstanden wären. Man sagt z. B. von einer Aorteninsuffizienz: Es fliesst durch die schlecht schliessende Klappe während der Diastole ein Quantum Blut in den Ventrikel zurück. Die Aufnahmefähigkeit des Ventrikels für das Vorhofsblut ist dadurch verringert. Daraus folgt Stauung im linken Vorhof und weiter im Lungenkreislauf.

In Wirklichkeit wird sich die Blutverteilung bei der Insuffizienz der Aorta wohl folgendermassen entwickeln: Bei Beginn der Entstehung der Insuffizienz können eventuell einige Tropfen Blut in den Ventrikel zurücktreten, wenn der Druck im Ventrikel das gestattet. Bis zum Schluss der Systole ist der Druck im Ventrikel zweifellos ein höherer als im Anfangsteil der Aorta. Nun ist zweierlei nicht zu vergessen:

1. Der Blutstrom ist in ständiger Zirkulation in dem geschlossenen Röhrensystem des grossen und kleinen Blutkreislaufs, und jeder Tropfen Blut nimmt Teil an dieser Bewegung. Ein Quantum Blut, das mit Hilfe der peristaltischen Kontraktion der Aorta eine rückläufige Bewegung durch die schlecht

schliessende Aortenklappen machen soll, muss die Kraft der Vorwärtsbewegung, die nach dem Gesetz der Trägheit auch für dies kleine Quantum Blut vorhanden ist, überwinden. Dadurch wird mindestens ein wesentlicher Teil der Kraft, die das Blut in dem Fall rückwärts treiben sollte, ausgeglichen. Schon aus diesem Grund allein kann gar keine Rede davon sein, dass solche Quantitäten Blut durch die insuffiziente Klappe zurücktreten, die einen nennenswerten Einfluss auf den Druck innerhalb des Ventrikels haben könnten. Bei der nächsten Systole würde das kleine Quantum Blut, falls ein solches überhaupt in den Ventrikel zurückgelangt, wieder mit in die Aorta gepresst, und die Kraft der Systole braucht dazu nicht nachweislich grösser zu sein als sonst.

2. Wird wirklich ein kleines Quantum Blut infolge der Insuffizienz der Aortenklappe aufgehalten, geht es nicht mit derselben Welle, mit der es in die Aorta eintritt, in die ferner gelegenen Arterien über, so kommt natürlich bei Vollendung des Kreislaufs im linken Vorhof genau so viel weniger an, und wenn wirklich bei Zunahme der Insuffizienz ein zunächst immer grösseres Quantum Blut an der Aortenklappe aufgehalten werden und nicht rechtzeitig in die ferner gelegenen Arterien gelangen sollte, so müsste eben immer ein entsprechend geringeres Quantum am linken Vorhof ankommen, d. h. die Zirkulation muss sich verlangsamen, das Schlagvolumen muss geringer werden.

Von der Insuffizienz der Mitralis behauptet man, dass sie Stauung im kleinen Kreislauf zur Folge habe. Nehmen wir das als richtig an und nehmen wir ferner an, dass bei einer sehr schlecht schliessenden Mitralis 10 ccm Blut durch sie bei der Systole zurück in den linken Vorhof gelangen, dort den Zufluss aus den Venae pulmonales hindern, resp. verringern, infolge dessen Stauung in den Lungengefässen hervorrufen, die ihrerseits wieder Stauung in der Arteria pulmonalis zur Folge hätten. Es

würden sich also jetzt im kleinen Kreislauf 10 ccm Blut mehr als vorher befinden und im grossen Kreislauf ebensoviel weniger. Bei der nächsten Systole würde ein weiteres Quantum Blut zurücklaufen, das wieder dem grossen Kreislauf entzogen würde. In wenigen Minuten würden sich die Füllungsverhältnisse im grossen und kleinen Kreislauf ganz beträchtlich verschieben — wenn sich die Sache so verhielte. In Wirklichkeit verhält sie sich aber durchaus anders. Bei Beginn der Entstehung der Insuffizienz kann vielleicht ein ganz geringes Quantum Blut, einige Tropfen, in den Vorhof zurückfliessen. Die Stärke der Kontraktion des Ventrikels wird dadurch nicht beeinflusst, d. h. das Restquantum, das am Schluss der Systole im linken Ventrikel zurückbleibt, wird nicht grösser und nicht kleiner, als es vorher war, und es werden deshalb nur einige Tropfen weniger in die Aorta abfliessen. Bei der folgenden Ventrikelkontraktion wird sich das wiederholen, es kommt jedesmal ein entsprechend geringeres Quantum Blut bei Vollendung des Kreislaufs im linken Vorhof an, und es bildet sich, ebenso wie bei der Insuffizienz der Aortenklappe, eine Verringerung des Schlagvolumens heraus, die zu einem vollkommenen Ausgleich der Blutfülle im grossen und kleinen Kreislauf führt. Glücklicherweise verläuft die Sache so, denn wohin würde es führen, wenn dauernd bei jeder Systole auch nur wenige ccm dem grossen Kreislauf entzogen und dem kleinen zugeführt werden sollten! Dass daraus in Wirklichkeit ganz unmögliche Verhältnisse entstehen würden, hat man natürlich nicht übersehen können, aber statt zu bedenken, dass sich durch Anpassung des Schlagvolumens die als Folge der Mitralinsuffizienz theoretisch angenommene Störung im kleinen Kreislauf ganz von selbst ausgleichen muss, konstruierte man die Arbeitshypertrophie des rechten Ventrikels, die sich zur rechten Zeit einstellen und verhüten soll, dass sich allzugrosse Blutmengen im kleinen Kreis-

lauf ansammeln. Es ist richtig, dass bei Insuffizienz der Mitralis Stauung im Lungengewebe beobachtet wird, und es ist richtig, dass dabei auch Hypertrophie des rechten Ventrikels, wenn auch keine Arbeitshypertrophie, beobachtet wird, aber diese Erkrankungen sind nicht die Folge der Insuffizienz der Mitralis, sondern die Folge des abnormen Stoffwechsels, der durch die Verlangsamung der Blutzirkulation im Lungengewebe entstanden oder wenigstens begünstigt ist. „Ubi inflammatio, ibi affluxus.“ wurde uns in der allgemeinen Chirurgie gelehrt, und was sind Entzündungen anders als lokale Störungen im Stoffwechsel?

Wie bei den beiden angeführten Klappenfehlern so verläuft *Entstehung* der Erkrankung und Ausgleich der Blutzirkulation natürlich auch bei den übrigen Insuffizienzen und *Stenose*. Niemals trägt Arbeitshypertrophie oder Dilatation zum Ausgleich bei, sondern es handelt sich stets nur um eine Verringerung des Schlagvolumens.

Zu welchen Konsequenzen man kommen kann, wenn man zur Erklärung der verschiedenen Erscheinungen bei Herzklappenfehlern mit Dilatation und Arbeitshypertrophie rechnet, möchte ich Ihnen an zwei drastischen Beispielen zeigen. Ein hervorragender Forscher auf dem Gebiet der Herzkrankheiten, Rosenbach, fand bei seinen Tierexperimenten, dass nach Verletzung der Aortenklappe, also einer künstlich, plötzlich hergestellten Insuffizienz, im Arteriensystem weniger Blut und im Lungenkreislaufe mehr Blut wäre als normal. Er nahm irrtümlicherweise an, dass sich die Blutverteilung bei einer allmählich entstandenen Aorteninsuffizienz des menschlichen Herzens auch so verhalten müsse, und schloss weiter, dass der Ventrikel, um die beiden Störungen, Unterfüllung der Körperarterien und Ueberfüllung des Lungenkreislaufs, auszugleichen, mehr Blut schöpfen müsse als in der Norm, dass hier eine einfache Dilatation nicht einmal genüge, sondern dass sich da ein ganz besonderer biologischer

Vorgang abspiele, die Hyperdiastole, eine aktive Dilatation, bei der die einzelnen Teile der Ventrikelwand noch etwas mehr als bei der einfachen *passiven* Dilatation auseinanderrücken. Der Ventrikel nimmt hierbei, wie es in einem Referat über diese Rosenbach'sche Arbeit heisst, sozusagen einen Anlauf um das Blut nun mit normaler Geschwindigkeit in die Aorta zu schicken. Dazu gehört natürlich wieder die Arbeitshypertrophie, in diesem Fall des linken Ventrikels, die sich merkwürdigerweise sofort einstellt und diesen etwas verwickelten biologischen Vorgang zum Abschluss bringt.

Ein anderes Beispiel, wohin diese Vorstellungen führen, ist die Behauptung, dass bei reiner Mitralstenose der linke Ventrikel oft kleiner und atrophisch würde infolge dauernd verringerter Füllung.

Es liesse sich noch eine ganze Reihe von solchen physikalisch ganz ungeheuerlichen Schlussfolgerungen anführen. Sie sind nur zu verstehen, wenn man annimmt, dass Dilatation und Arbeitshypertrophie als unantastbare Dogmen angesehen wurden. Dazu kommt dann allerdings immer wieder, dass die ganz allmähliche Entstehung der Klappenfehler ausser Betracht gelassen wurde.

Herzklappenfehler sind stets die Folge einer infektiösen Erkrankung des Endokardiums. Nehmen während des Verlaufs dieser Endokarditis die Wucherungen an den Klappen oder nach Ablauf der Endokarditis die Schrumpfungen einen so erheblichen Grad an, dass eine *sehr* grosse Erweiterung oder *sehr* grosse Verengung einer Klappe entsteht und zum Ausgleich der Blutverteilung eine so erhebliche Verlangsamung der Blutzirkulation eintritt, dass das Schlagvolumen so sehr verringert werden muss, dass eine genügende Sauerstoffversorgung des Körpers nicht möglich ist, so muss der Tod eintreten. In einer bestimmten Zeiteinheit ist zur Erhaltung des Lebens in den verschiedenen Organen ein bestimmtes Quantum Sau-

erstoff notwendig. Wird das Blut nun *sehr* langsam vorwärts bewegt, sind die Blutwellen in den Gefässen so kurz und so flach, dass eine allzu lange Zeit vergeht, bis das kohlenensäurereiche venöse Blut durch die Lungen hindurch passiert ist und dort wieder genügend Sauerstoff aufgenommen hat, so können eben die verschiedenen zum Leben notwendigen Organe nicht mehr funktionieren.

Herzklappenfehler von geringerer Ausdehnung, durch die eine solche allzugrosse Verlangsamung der Blutzirkulation nicht hervorgerufen wird, sind an und für sich niemals tödlich, verursachen sogar häufig nicht die geringsten Beschwerden. Kommt aber zu einem solchen selbst schon ganz alten vernarbten Klappenfehler irgend eine andere Erkrankung hinzu, die ebenfalls eine Verschlechterung der Blutzirkulation zur Folge hat, so hängt die Grösse der Lebensgefahr natürlich davon ab, ob diese beiden Ursachen der Verringerung des Schlagvolumens, der Herzklappenfehler und die neue Erkrankung zusammen, noch genügende Sauerstoffversorgung zulassen. Wenn man von einem nicht kompensierten Herzfehler spricht, so ist das demnach nicht korrekt. Es handelt sich bei einer Inkompensation stets um eine zweite Erkrankung, die mit dem Klappenfehler an und für sich nichts zu tun hat. Beide Erkrankungen wirken nur in gleicher Weise schädigend auf die Zirkulation ein. Ebenso wenig ist selbstverständlich der Ausdruck „kompensierter Klappenfehler“ berechtigt.

Was die Prognose und Therapie betrifft, so wird man natürlich nicht erwarten dürfen, dass alte indurierte Wucherungen an den Klappen irgend welche Veränderungen erleiden. Bei ganz frischen Wucherungen ist vielleicht eine Resorption zu erreichen, aber zweifelhaft bleibt auch das immer. Eine Abnahme des Geräuschs beweist nicht eine Abnahme des Klappenfehlers, wie wir denn überhaupt aus der Grösse des Geräuschs nie einen Schluss auf die Grösse des Klappenfehlers machen dürfen. Unser

Hauptaugenmerk muss darauf gerichtet sein, zu verhüten, dass die bei den Klappenfehlern nun einmal vorhandene Verschlechterung der Sauerstoffversorgung des Körpers durch weitere Belastung des Zirkulationsapparats vermehrt wird. Da bei einer Endokarditis immer auch eine Erkrankung des Myokards vorhanden ist und die Möglichkeit vorliegt dass kleine latente Erkrankungsherde im Myokard noch jahrelang zurückbleiben können, so muss die Funktion der Herzmuskulatur natürlich in erster Linie überwacht werden. Zur Beseitigung solcher alter Herde im Myokard gibt es nur eine Möglichkeit, ein nach dem Fall milde oder kräftigere Anregung des gesammten Stoffwechsels, die durch vorsichtige Massage, durch Diät und durch Bäderbehandlung erreicht wird. Ich möchte nicht in den Verdacht kommen, als wollte ich hier pro domo sprechen, aber andererseits kann ich doch auch nicht das, was ich lange Jahre für gut befunden habe, verleugnen, nur das muss ich sagen, dass besonders infolge der grossen Mannigfaltigkeit seiner Bäderformen allerdings Nauheim der geeignetste Platz für derartige Badekuren ist. Gegen eins möchte ich aber dabei Verwahrung einlegen, dass unter Nauheimer - Behandlung die Schott'sche Behandlungsmethode verstanden wird, wie das hier in Amerika vielfach irrtümlicherweise geschieht. Ich möchte nicht, dass die Verantwortung für das Schott-treatment Nauheim aufgebürdet würde. Schott steht, wie Sie wissen, auf dem Standpunkt, dass man durch Gymnastik das Herz kräftigen, dass man eine Arbeitshypertrophie hervorrufen müsse. Dass es eine Arbeitshypertrophie nicht gibt, glaube ich vorhin gezeigt zu haben. Nun könnte man aber behaupten, dass eine kräftigere Entwicklung der gesunden, normalen Herzmuskulatur, eine Verbesserung der kontraktiven Elemente durch Gymnastik zu stande kommen könnte, ebenso wie durch sie eine Kräftigung der äusseren Körpermuskeln erzielt wird. Dagegen ist Folgendes zu sagen: Jedem Men-

schen ist ein gewisses höchstes Mass der Entwicklungsfähigkeit seiner Muskulatur bei der Geburt zugeteilt. Bis zu dieser oberen Grenze der Leistungsfähigkeit kann sich seine Körpermuskulatur und auch seine Herzmuskulatur entwickeln. Die Bedingung zu gesunder Entwicklung der Muskulatur ist ein normaler Stoffwechsel, d. h. normale Zufuhr und Abfuhr von Ernährungsmaterial der Muskelzellen. Keine Zelle im gesunden Organismus erhält ihr Ernährungsmaterial auf anderem Wege als durch die Lymphbahnen. Die wandlosen Lymphspalten reichen bis direkt an die einzelnen Zellen eines jeden Organs, die Blutkapillaren reichen nur bis zu diesen Lymphspalten. Die Lymphbahnen sind deshalb, und auch aus anderen Gründen — aber es würde zu weit führen, wenn ich heute darauf näher eingehen wollte — die Lymphbahnen sind also als die eigentlichen Träger des Ernährungsmaterials anzusehen. Zur Fortbewegung in dem Drainageröhrensysteem der Lymphwege dient in der Hauptsache die Muskelbewegung. Deshalb ist aktive Muskelbewegung oder, wo sie nicht möglich ist, die passive, die Massage für den Stoffwechsel notwendig. Eine Resorp-

tion des in den Lymphspalten vorwärts bewegten Nährmaterials kann aber nur stattfinden, wenn Kontraktion der Muskulatur und Erschlaffung in richtiger Weise abwechseln. Uebermässige Muskelanstrengung führt zu Lymphstauung. Ich erinnere an die Lymphstauung in der Beinmuskulatur nach anstrengenden Märschen, an die der Armmuskulatur nach übertriebenen Fechtübungen etc. Das Herz hat an und für sich soviel Bewegung, als ihm die Ernährung seiner Zellen ermöglicht. Ueberanstrengung des Herzens — und bei *jeder* Bewegung der Körpermuskulatur arbeitet das Herz schneller und intensiver — muss beim kranken Herzen natürlich noch mehr als beim gesunden zu Stauung in seinen Lymphbahnen führen, dagegen wird der Stoffwechsel in der kranken Herzmuskulatur verbessert, wenn man dem Herzen zwischen den Kontraktionen entsprechend lange Ruhepausen verschafft, wenn man seine Tätigkeit verlangsamt. Deshalb wirkt Digitalis, deshalb wirkt Bettruhe und deshalb wirken Bäder kräftigend auf das *krank*e Herz ein, während es durch Gymnastik unter allen Umständen geschädigt wird.

Ueber die Verwendung der Lumbalanästhesie in der Chirurgie.*

Von Dr. A. LEWISOHN.

Herr Präsident, meine Herren! Wie Ihnen allen bekannt ist, verdanken wir die Einführung der Lumbalanästhesie zwei Männern, Corning und Bier. Corning gebührt das grosse Verdienst, als erster Lumbalanästhesien ausgeführt zu haben und zwar mit der Indikation, Neuralgien der unteren Extremitäten etc. zu bekämpfen. Bereits vor mehr als 20 Jahren begann er mit

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York am 2. Dezember 1907.

paravertebralen Injektionen, von denen er annahm, dass sie auf dem Wege des Venengeflechts das Anästhetikum direkt an das Rückenmark schaffen würden. Damals scheute er noch davor zurück, Kokain intradural einzuspritzen, später hat er aber dann intravertebral injiziert und auch schon in einem 1894 erschienenen Werke auf die Bedeutung seiner Methode für die Chirurgie hingewiesen. Seine Methode wurde aber, wie das so oft mit grossen Entdeckungen geschieht, kaum beachtet, einen Chirurgen, der sie angewandt hätte, fand er nicht. Die Me-

thode blieb ohne praktische Bedeutung, bis August Bier im Jahre 1899, ohne von den Versuchen Corning's etwas zu wissen, die Kokainisierung des Rückenmarks in die Chirurgie einführte, z. T. auf Versuchen an sich selbst und seinen Mitarbeitern fussend.

Die anfangs herrschende grosse Begeisterung legte sich aber bald, als sich Mitteilungen über schwere Neben- und Nachwirkungen und zahlreiche Todesfälle häuften, und Bier selbst warnte wiederholt, spez. gegenüber französischen Autoren, die enthusiastisch für die Methode eintraten, vor ihrer Anwendung. Es spricht für die grosse Objektivität Bier's, dass er der vorderste Kämpfer gegen seine Methode war, sobald er ihre Gefahren erkannt hatte. Die Verwendung des Kokains zur Rückenmarks-Anästhesie hat nur noch historische Bedeutung und ich kann daher, bei der Kürze der Zeit, die Symptomatologie etc. der Rückenmarkskokainisierung vollständig ausser Acht lassen.

Erst als vor wenigen Jahren neue Kokainpräparate, wie Stovain, Alypin, Novokain etc. in den Handel kamen, die bedeutend ungiftiger als das Kokain sind, wurde die Lumbalanästhesie wieder aufgenommen, und trotzdem auch keines dieser neuen Präparate absolut ungefährlich ist, hat sich das Verfahren jetzt Bürgerrecht in der Chirurgie erworben, übrigens nicht nur in der Chirurgie und Gynäkologie, sondern auch in ausgedehnter Weise in der Geburtshilfe, hier meist in Kombination mit dem Skopolamin-Dämmerschlaf. Bei dem Mangel eigener Erfahrung gehe ich auf die geburtshilfliche Anwendung nicht ein; vielleicht bietet eine Diskussion dem einen oder andern Herrn Gelegenheit, uns über seine Erfahrungen in dieser Hinsicht Mitteilungen zu machen, gerade auch in Bezug auf die Frage, wieweit trotz der bekannten Ungefährlichkeit der Chloroformnarkose bei Entbindungen die Lumbalanästhesie empfehlenswert ist.

Meine Herren! Die Stellung der Lumbalanästhesie in der Chirurgie ist

noch keineswegs eine gesicherte. Neben einer grossen Zahl enragierter Anhänger gibt es viele, die, durch Misserfolge stutzig gemacht, nichts von der Methode wissen wollen. Gerade auch hier in New York scheint in letzter Zeit die Lumbalanästhesie wieder weniger verwendet zu werden. Wie mir scheint, zu Unrecht Gestatten sie mir daher, auf Grund eigener Erfahrungen an mehreren 100 Fällen, die meist der Heidelberger chirurgischen Klinik entstammen, und unter teilweiser Benutzung der Literatur, die ein Material von ca. 20000 Fällen umfassen dürfte, wobei spez. auf die kürzlich erschienene, sehr gründliche Monographie B. Bosse's verwiesen sei, Ihnen in Kürze zu skizzieren, was die Methode leistet, und, wie ich hoffe, auf diese Weise der Lumbalanästhesie weitere Anhänger zu werben.

Die Technik der Lumbalanästhesie, welche, wie Sie wissen, den Zweck verfolgt, das Anästhetikum nach der Cauda equina hin zu bringen, ist zwar eine äusserst einfache, bedarf aber doch einer gewissen Uebung. Eine grosse Zahl von sog. Versagern ist entschieden auf mangelhafte Technik zu basieren, und die meisten Autoren berichten über viele Versager unter ihren ersten 50—100 Fällen und nur über vereinzelte in späteren Serien. — Man lässt am besten den Patienten mit an der einen Seite des Tisches herunterhängenden Beinen mit möglichst stark gekrümmten Rücken sitzen, während der Arzt an der andern Seite des Tisches steht. Nach gründlicher Hautdesinfizierung bestimmt man sich das Spatium zwischen 3. und 4. Lendenwirbel, indem man sich eine ideelle Verbindungslinie zwischen den beiden Cristae ilei zieht, und führt an deren Kreuzungspunkt mit der Wirbellinie eine mit einem Mandrin bewaffnete 10 cm lange Hohlneedle ein. Kommt man übrigens einen Wirbel höher oder tiefer, so ist das ohne Bedeutung. Man sticht am besten genau in der Mittellinie ein. Auf diese Weise gelangt man in die sog. Cysterna terminalis, einen mit Liquor gefüllten

kleinen Hohlraum, in dem sich die Nadel leicht bewegen lässt. Früher pflegte man seitlich von der Medianlinie einzugehen, hat das aber aus 2 Gründen aufgegeben: 1. weil man dann leichter halbseitige Anästhesien bekommt und 2. weil bei seitlichem Einstich das Anästhetikum mehr Neigung hat, zwischen den Strängen der Cauda equina liegen zu bleiben, anstatt sich mit dem Liquor ordentlich zu vermischen und dann eher schwere toxische Erscheinungen hervorruft. Eine Infiltrationsanästhesie der Haut, wie sie von vielen Seiten geraten wird, ist überflüssig und macht mehr Schmerzen, wie der Einstich selbst. Der Einstich soll ohne Gewalteinwirkung erfolgen, man soll leicht in die Rückenmarkshöhle hineingleiten, was bei einiger Übung unschwer gelingt. Stösst man auf einen Widerstand, so zieht man die Nadel etwas zurück und schiebt sie dann wieder vor; manchmal ist es besser, die Nadel wieder ganz heraus zu ziehen und von neuem in der Nähe der ursprünglichen Einstichstelle wieder einzuführen. Jedenfalls ist längeres versuchsweises Herumstochern in der Tiefe aufs entschiedenste zu widerraten. Das sicherste Zeichen, dass man sich im Wirbelkanal befindet, ist das Abfließen von Liquor in leichtem Strahl oder in rasch aufeinander folgenden Tropfen. Man setzt nun die Spritze an, die 2 ccm fasst und die bereits die einzuspritzende Lösung enthält, saugt, zwecks Verdünnung des Anästhetikums, die Spritze mit Liquor voll und injiziert dann langsam den Inhalt in den Rückenmarkskanal. Nach Herausziehen der Nadel wird die Einstichöffnung mit einem Stück Heftpflaster geschützt. Man bringt nun den Patienten wieder in die Horizontallage, resp. dreht ihn auf den Rücken und lässt ihn für 5 Minuten absolut ruhig liegen. Es erscheint nicht ratsam, wie es oft geschieht, gleich nach der Injektion mit Vorbereitungen zur Operation (Desinfektion etc.) zu beginnen; die Injektion ist ja keine indifferente, und durch abrupte Bewegungen

kann leicht zu viel von dem Mittel den Rückenmarkskanal hinaufgetrieben werden.

Die Anästhesie, die gewöhnlich im Zeitraum von einer Viertelstunde komplett ist, setzt zuerst am Damm ein, dann folgen die Unter-Extremitäten, von den Füßen anfangend, darauf greift, wenn man höhere Dosen gibt, die Wirkung auf das Abdomen über und kann auch den Thorax erreichen. Wie weit eine solche Ausdehnung des Wirkungsgebiets berechtigt ist, werden wir später sehen. Bei richtiger Dosierung werden nur die schmerzleitenden Fasern ausser Funktion gesetzt (eigentlich wäre daher Lumbalanalgesie eine richtigere Bezeichnung), während Temperatur- und Tastsinn meist erst bei grösseren Dosen schwinden. Ein gewisses Gefühl der Schwere der affizierten Körperteile und eine Behinderung der Beweglichkeit zeigen sich oft, eine irgendwie stärkere Herabsetzung der Motilität darf aber nicht eintreten. Das Anästhetikum soll eben nur auf den hinteren sensiblen Teil des durch das Ligam. denticulatum halbierten Rückenmarkkanals wirken. Das Gift wirkt direkt auf die hintern Nervenwurzeln und die, wie bekannt, hier scheidenlosen Nervenstämmen. Gerade weil die Nervenfasern im Rückenmarkskanal scheidenlos sind, ist die Wirkung eine so prompte, gerade deshalb muss man aber auch mit der Dosierung doppelt vorsichtig sein. Eines der ersten Zeichen der Wirkung des Anästhetikums auf das Zentralnervensystem ist das Aufhören der Reflexe; so sistiert der Patellarreflex bereits nach 1—2 Minuten, Achillessehnen- und Cremasterreflex etwas später. Eine Aenderung der elektrischen Erregbarkeit tritt nicht ein. Die Anästhesie dauert gewöhnlich ca. 1½ Stunden, sollte also für jeden operativen Eingriff ausreichen. Sollte das einmal ausnahmsweise nicht der Fall sein, so kann man eventuell noch Allgemeinnarkose einleiten. Die Aufhebung der Anästhesie geschieht in umgekehrter Reihenfolge, sodass also die

zuerst anästhetisch gewordenen Gebiete, wie die Analgegend, am längsten anästhetisch bleiben.

Es sind, meine Herren, im wesentlichen 4 Anästhetika, die heutzutage zur Verwendung kommen, das Stovain, Alypin, Novokain und Tropakokain. Keines dieser Kokainpräparate ist, obgleich sie sämtlich viel harmloser sind wie das Kokain, absolut ungiftig, das Präparat, das dem Körper stets, ohne Neben- und Nachwirkungen zu verursachen, injiziert werden kann, soll eben noch entdeckt werden. Ich kann mich bei der Kürze der Zeit auf ein Abwägen dieser Mittel gegen einander leider nicht einlassen. Jedes dieser Mittel hat begeisterte Lobredner gefunden, die es in langen Serien benutzten, jedes hat aber auch ihre Gegner. Das Stovain (Dose 0,04—0,06), dem wir eigentlich die neue Aera in der Lumbalanästhesie verdanken, stört leicht die motorische Funktion. Meiner persönlichen Erfahrung nach ist Novokain (von dem 0,6 ccm einer 5% Lösung eingespritzt werden) das beste Mittel, doch muss ich hier betonen, dass eine grössere Zahl von Autoren dem Tropakokain den Vorzug geben. Die persönliche Erfahrung, das Vertrautsein mit den Eigenschaften eines bestimmten Mittels, spielt hier eben, wie auch sonst in der Medizin, eine grosse Rolle. Als Lösungsmittel verwendet man 0,11% Kochsalzlösung, die mit der Cerebrospinalflüssigkeit isotonisch ist. Sämtliche dieser Mittel sind, was sehr wichtig ist, sterilisierbar, ohne an ihrer Wirkung einzubüssen.

Bei der immerhin keineswegs absoluten Ungiftigkeit aller dieser Mittel hat es natürlich nicht an Versuchen gefehlt, mit möglichst kleinen Dosen auszukommen, ohne dadurch den Effekt des Anästhetikums zu verringern, d. h. man hat versucht, durch andere Mittel die Wirkungsweise zu erhöhen. Es seien hier vor allem 3 Methoden erwähnt, die Kopfstauung, die Beckenhochlagerung und der Suprareninzusatz. Keines dieser Mittel erscheint aber wirkungsvoll.

Die Kopfstauung, die durch Anlegen

einer Gummibinde vor der Operation und Hervorrufen einer Hyperämie im Gehirn erzeugt wird, soll das rasche Aufsteigen des Kokainpräparats nach der Medulla und dem Gehirn verhindern. Im Verlauf der Operation soll man dann, durch Lockerung der Binde, eine Verteilung über weitere Bezirke, je nach Wunsch hervorrufen können. Die Methode hat sich nicht viele Freunde erworben und scheint mehr am Studierisch ausgeklügelt als praktisch erfolgreich zu sein. Eigene Erfahrungen fehlen mir.

Die Beckenhochlagerung verhütet, dass das Anästhetikum in den unteren Partien des Rückenmarkkanals liegen bleibt, sie treibt es höher aufwärts und ermöglicht abdominelle Operationen, die ohne dieses Hilfsmittel nicht ausführbar sind. Es hat sich daher diese von K a d e r eingeführte Methode viele Freunde erworben. Wie mir scheint, zu Unrecht, wenigstens wenn sie nicht in ganz engen Grenzen gehalten wird. Im Gegenteil, die ausgedehnte Verwendung der Beckenhochlagerung scheint mir einer der Hauptgründe zu sein, weshalb die Lumbalanästhesie in letzter Zeit wieder mehr in Misskredit gekommen ist. Gewiss, man kann mit dieser Methode die Wirkung des Anästhetikums erhöhen, aber man hat es nicht in der Hand, zu bestimmen, wie weit das geht. Durch die Beckenhochlagerung wird das Anästhetikum oft sehr rasch hoch hinauf in den Rückenmarkskanal an lebenswichtige Zentra (wie z. B. die Medulla) gebracht und die meisten schweren Kollapse sind, soweit nicht etwa zu grosse Dosen verantwortlich zu machen sind, dieser Methode zuzuschreiben.

Der durch B r a u n für die Lokalanästhesie eingeführte Suprareninzusatz (man kann entweder 2—3 Tropfen einer 1proz. Lösung zur Anästhesierungsflüssigkeit hinzusetzen oder auch fertige Tabletten, wie sie z. B. als Alypin-Suprarenintabletten in den Handel gebracht werden, verwenden) dürfte neueren Publikationen zufolge auch nicht ratsam

erscheinen. Gewiss, man erhöht den lokalen Effekt des Kokainpräparats und kann daher mit etwas kleineren Dosen auskommen, aber man bringt andererseits statt eines Giftes deren zwei in den Rückenmarkskanal, und das ist keinesweges irrelevant. Ausserdem zersetzt sich das Suprarenin leicht und verursacht dann die schwersten Nebenwirkungen.

Wenden wir uns nun, meine Herren, zu den Neben- und Nachwirkungen der Lumbalanästhesie. Sehr häufig klagen die Patienten nach der Lumbalanästhesie über Kopfschmerzen, oft ganz leichter Art, bisweilen aber auch heftiger Natur, die manchmal tage-, ja wochenlang anhalten. Dazu kann sich Uebelkeit, Erbrechen und Schwindelgefühl gesellen, neben Kreuzschmerzen und Schlaflosigkeit. Nicht so ganz selten treten leichte Kollapse mit profuser Perspiration, flatterndem Puls und oberflächlicher Atmung ein, die, soweit meine persönliche Erfahrung reicht, immer relativ rasch vorübergehen. In der Literatur finden sich allerdings auch Fälle, wo diese Kollapse äusserst schwer waren, stundenlang anhielten und von denen eine grössere Zahl (bisher sind mehr als 20 Fälle publiziert) zum Exitus führten. Wie weit das mit der Technik etc. in den in der Literatur berichteten Fällen in Zusammenhang zu bringen ist, das zu erörtern, würde zu weit führen. Dass oft sehr leichtsinnig vorgegangen wird, dafür diene der Beispiel eines Todesfalles, der auf dem Wege von dem Sprechzimmer des Arztes zur Wohnung des Patienten nach einer Lumbalanästhesie erfolgte. Medullaranästhesie als ambulantes Behandlungsmittel, das geht entschieden zu weit.

Weiter berichten Autoren über Fieber, Schüttelfröste, Erregungszustände, Tetanie und leider finden sich auch eine grössere Anzahl nicht nur vorübergehender, sondern auch dauernder Lähmungen verzeichnet. Wie Ihnen bekannt, sind eine Reihe Abduzenslähmungen vorgekommen, die allerdings meist bald wieder verschwinden. Warum gerade der Ab-

duzenskern so leicht affiziert wird, ist bis jetzt unaufgeklärt. Ausserdem sind ein- und doppelseitige Lähmungen der untern Extremitäten und komplette Blasen- und Sphinkterlähmung beobachtet worden. Auch Retentio urinae tritt manchmal nach der Lumbalanästhesie auf. Zum Schluss dieser kurzen Uebersicht sei die Atemlähmung, die bedrohlichste unter den üblen Folgen erwähnt. Sch w a r z konnte, in jedem untersuchten Fall, post injectionem Albumen und Zylinder im Urin nachweisen, in manchen Fällen mehrere Wochen lang.

Meine Herren! Das Ihnen eben skizzierte Bild der möglichen Neben- und Nachwirkungen ist gewiss ein folgenreicheres und, wenn diese schweren Folgeerscheinungen wirklich nicht zu vermeiden wären, so würde dass das Todesurteil über die Methode sprechen. Aber die meisten Unfälle basieren auf zu weiter Indikationsstellung. Eine Methode kann in einem gewissen Bezirk Vorzügliches leisten, bei zu weiter Ausdehnung aber grossen Schaden treffen. Die Lumbalanästhesie ist eine vorzügliche Methode für Operationen am Damm und den untern Extremitäten, aber nicht für Bauchoperationen. Letztere verlangen zu ihrer Ausführbarkeit mit Lumbalanästhesie die Beckenhochlagerung und diese ist, solange wir kein ungiftigeres Präparat als die bisherigen kennen, absolut zu verwerfen, falls sie sich nicht auf einen ganz geringen Grad beschränkt. Strumektomien oder Operationen an den oberen Extremitäten damit ausführen wollen, heisst von der Methode verlangen, was sie nicht leisten kann. Beschränkt man das Anwendungsgebiet der Lumbalanästhesie im wesentlichen auf perineale Prostatektomien (bei denen sie fast als die Methode der Wahl zu bezeichnen ist), auf Hämorrhoiden, Analfissuren, Scheidenplastiken und alle Arten von Operationen an den untern Extremitäten, so bleibt der Wirkungskreis noch gross genug, wobei allerdings zu bemerken ist, dass im obern Drittel des Oberschenkels die Methode

manchmal versagt, weil das dieses Gebiet versorgende Rückenmarkssegment öfters nicht von der Anästhesie erreicht wird.

Was die humane Seite der Frage angeht, so wird von den Gegnern der Lumbalanästhesie oft angeführt, dass sie schon deswegen nicht mit der Allgemeinnarkose konkurrieren könne, weil der Patient bei vollem Bewusstsein bleibe und der psychische Shock einer grossen Operation ein zu heftiger sei. Ich stehe nicht an, zuzugeben, dass das in einzelnen Fällen zutrifft. Auch ich würde z. B. nicht einem jungen Individuum unter Lumbalanästhesie ein Bein absetzen, wenn nicht klinisch ganz strenge Indikationen dafür bestehen. Auch hysterische Frauen sind von der Methode auszuschliessen. Im allgemeinen verlangen aber Patienten, die einmal unter Lumbalanästhesie operiert worden sind, bei späteren Eingriffen dieselbe Methode. Wenn man die Aufmerksamkeit des Patienten von der Operation ablenkt (es sollte selbstverständlich auch bei der Lumbalanästhesie stets ein Assistent am Kopf des Patienten stehen, der, wie bei der Narkose, sich nur mit dem Allgemeinzustand des Kranken befasst), so merken die Kranken eigentlich gar nicht, was mit ihnen vorgeht. Wider und wieder haben wir es erlebt, dass, nachdem man z. B. Analfissuren oder Hämorrhoiden bereits längere Zeit mit dem Paquelein bearbeitet hat, die Patienten fragen, ob man noch nicht mit der Operation anfinde. Auch einem andern Einwand möchte ich begegnen, den man speziell von Operateuren hört, die grundsätzlich

Aethernarkosen machen lassen und die sagen: Da die Gefahren bei der Aethernarkose so minimal sind, warum sollen wir da eine neue Methode versuchen. Doch werden bei diesem Einwand m. E. 3 Punkte nicht hinreichend gewürdigt: 1) das, selbst wenn nur kurze, stets höchst unangenehme, mit Erstickungsgefühl einhergehende Stadium bis zum Eintritt der Narkose, das wohl nur der Arzt voll würdigen kann, der selbst einmal narkotisiert worden ist, dann der nur zu oft zweimal 24 Stunden anhaltende Brechreiz und schliesslich die Gefahr der Pneumonie.

Die Inhalationsnarkose hat eben ihre grossen Schattenseiten. Auch die Lumbalanästhesie ist nicht unbedenklich, wie Sie aus der grossen Reihe der angeführten Neben- und Nachwirkungen entnommen haben, wenn auch, wie gesagt, ein grosser Teil der berichteten Unfälle auf fehlerhafte Technik und zu weitgehende Anwendung zurückzuführen ist. Sie darf daher auch nur bei strenger Indikationsstellung angewandt werden und soll nicht etwa, wie es geschehen ist, für rein diagnostische Zwecke oder Verbandwechsel benutzt werden. Immerhin ist die Methode, ebenso wie die Lokalanästhesie, entschieden berufen, die Zahl der Allgemeinnarkosen zu verringern. Nicht hie Allgemeinnarkose, hie Lokal- resp. Lumbalanästhesie soll es heissen, sondern man soll bestrebt sein, jeder dieser Methoden den richtigen Wirkungskreis anzuweisen. Ich bin überzeugt, dass dann die Lumbalanästhesie den ihr zukommenden Platz unter den Narkotisierungsmethoden behaupten wird.

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York

Sitzung vom 4. November 1907.

Präsident Dr. Carl Beck eröffnet die Sitzung um 8:15, und die Versammlung tritt sofort in die Tagesordnung ein.

1. Vorstellung von Patienten, Demonstration von Präparaten, Instrumenten u. s. w.

Dr. A. V. Moschowitz stellt Patienten vor.

Präsident Dr. Carl Beck stellt ein Fall von Morbus Basedowii, mit Röntgenstrahlen behandelt, vor.

Patient, ein 11jähriger Knabe, in Ungarn geboren, schlecht genährter Sohn mässig genährter Eltern, gelangte vor einem Jahr im St. Mark's Hospital unter meine Beobachtung. Die Anamnese ergab eine seit sechs Monaten bemerkbare langsam fortschreitende Vergrößerung der Schilddrüse, mit welcher die Entwicklung von Glotzaugen, Herzklopfen und Tremor Hand in Hand gingen. Bei der Krankenvorstellung erschien der Exophthalmus sehr ausgeprägt. Der weiche Kropf überschritt die Grösse eines Gänseeis, der Puls betrug durchschnittlich 170, steigerte sich aber bei der leichtesten Erregung bis ungefähr 186. Mässiger Tremor war ebenfalls vorhanden.

Da mir dieser seiner Jugend wegen besonders interessante Fall zu einem Versuch mit Röntgenbehandlung geeignet schien, so wurden unter Benützung meiner Stellrohrblende zuerst alle zwei, nach zwei Wochen alle drei Tage je fünf Minuten dauernde Bestrahlungen vorgenommen, welche nach fünf weiteren Wochen unterbrochen werden mussten, da eine leichte Dermatitis eintrat. Nach Ablauf derselben wurden — zwei Wochen später — die Bestrahlungen wieder in gleicher Weise aufgenommen, jedoch nur in einwöchentlichen Intervallen. Nach viermonatlicher Behandlung waren Kropf und Tachykardie auf den letzten Rest geschwunden, nur bestand noch

ein geringgradiger Exophthalmus, welcher sich bei sorgfältiger Inspektion auch heute noch verrät. Sonst ist Patient ganz gesund und normal. Es ist in hohem Grade bemerkenswert, dass Patient keinerlei andere Behandlung als die des Röntgenverfahrens erfuhr. Von allgemeinen diätetischen Massregeln von Bedeutung musste angesichts der Armut der Familie leider Abstand genommen werden. Leider hat auch hier, wie bei der Tuberkulosenfrage, der schnöde Mammon ein gewichtiges Wort mit zu sprechen. Wir haben also hier mit einem ganz reinen, weder durch Arznei noch durch direkte Stoffwechseleinwirkung verdunkeltes Röntgenresultat zu rechnen. Ich möchte trotz dieser zauberhaften Wirkung nun keineswegs generalisieren. Wer weiss ob der nächste derartige Fall keinen Widerstand entgegensezt. Vielleicht war es bloss die starke Sukkulenz der Gewebe, welche just in diesem Fall die Schrumpfung begünstigte, während stärkere Bindegewebsbildung einen grösseren Widerstand aufweist. Immerhin ist die Tatsache der Heilung lehrreich und ermutigend.

Eine Verkleinerung des Kropfes begann erst nach der sechsten Bestrahlung, nach dem Ablauf der Hautreaktion aber konnte eine rapide Abnahme konstatiert werden.

Es ist dies nun der achte Fall, den ich mittelst des Röntgenverfahrens behandelte. Gegenüber wesentlich ungünstigeren Berichten setzt es mich einigermassen in Verlegenheit, konstatieren zu dürfen, dass ich in sieben Fällen Heilung erzielte, während es in einem Falle nur zu erheblicher Besserung kam, woran übrigens Patient selbst schuld ist, da die Sitzungen zu häufig unterbrochen wurden.

In diesem Falle währt die Heilung bereits drei Jahre.

Wenn ich den Versuch mache, mir die weniger günstigen Resultate anderer vertrauenswürdiger Beobachter auf

diesem Gebiete zu erklären, so dünkt es mir, dass folgende Momente von hervorragendem Einfluss waren:

1) Die durchgängige Auswahl solcher Fälle, welche sich durch Weichheit des Schilddrüsengewebes auszeichneten; 2) die intensivere Wirkung des Blindenverfahrens; 3) der Umstand, dass ich das Röntgenverfahren nur bei weniger grossen Basedowkröpfen verwandte, während ich bei grösseren Strumen die Exstirpation bevorzugte. Wo sich ungleiche Lappen vorfinden, da exstirpierte ich den grösseren und bestrahlte dann den kleineren, welcher in allen meinen so gearteten Fällen schrumpfte. Hierüber habe ich mich ausführlich in der Berliner Klinischen Wochenschrift — Ueber die Kombination von Exzisions- und Röntgen-Therapie bei Morbus Basedowii (1905, No. 20) — geäussert, ebenso wie über die Fälle, welche unter schweren Allgemeinerscheinungen verlaufen, sodass man nur temporär, gewissermassen als Vorbereitung zur eventuellen Operation, bestrahlt und schliesslich im Fall der Inoperabilität, wobei dem Röntgenverfahren nur eine palliative Bedeutung zukommt.

Es wäre wünschenswert, dass man das Verfahren in ausgedehnterem Masse anwendete, sine ira et studio, wissenschaftlich neutral, ohne Voreingenommenheit, immer auf dem Boden beobachteter Tatsachen stehend, weder hyperenthusiastisch, weil man gerade einen besonders günstigen Fall sein eigen nennt, noch pessimistisch, weil man gerade kein Glück hatte. Qui vivra, verra.

Dr. Carl Pfister demonstriert Präparate

- 1) eines Ovarienabszesses.
- 2) eines primär tuberkulösen Hodens.

Dr. G. Mannheimer demonstriert einen Sensibilitätsprüfer.

Diskussion. Dr. Onuf: Dr. Mannheimer hat mir den Apparat gezeigt, und ich denke, dass er viele praktische Eigenschaften besitzt. Erstens hat man den ganzen Apparat in einem kleinen Etui beisammen. Will man eine Temperaturprüfung vornehmen, hat man alles gleich bei sich.

Zweitens hat die Hülse einrichtung mit Natrium aceticum jedenfalls einen Vorteil über die Reagenzröhren, weil die Hitze oder Kälte länger darin bleibt. Aber wenn man am Anfang eine bedeutende Hitze im Natrium aceticum-Behälter hat, so ist die Temperatur am Ende des Versuchs bedeutend gesunken, sodass man nicht während des ganzen Versuchs eine gleichmässige Temperatur hat. Das ist ein Nachteil, der sich allerdings bei irgend einem Apparat einstellen wird, ausser vielleicht bei einer nach dem Prinzip der Thermoflaschen konstruierter Einrichtung. Jedenfalls ist der Apparat aber eine praktische Einrichtung.

Der Sekretär, Dr. Beuermann, verliest das Protokoll der letzten Sitzung.

Präsident Dr. Carl Beck: Ich habe jetzt die Ehre, Ihnen Herrn Sanitätsrat Dr. Wachenfeld aus Nauheim vorzustellen. Er wird uns das Vergnügen machen, in der nächsten Sitzung einen Vortrag zu halten.

Ferner habe ich Ihnen mitzuteilen, dass sich in New York ein Subkomitee der Robert Koch-Stiftung, zumeist aus deutschen Aerzten und Geschäftsleuten bestehend, gebildet hat. Ich bitte Sie, etwas Interesse an dieser Stiftung zu nehmen, sodass Amerika nicht gar zu klein neben den grossen Beiträgen erscheint, die in Deutschland gezeichnet sind, wo ein Nichtarzt nicht weniger als 50,000 M. bewilligte.

Vorträge.

1) Dr. L. Kast: **Experimentelles und Klinisches über vermehrte Magensaftbildung.**

Diskussion. Dr. M. I. Knapp: Der Vortrag war ausgezeichnet und mir nicht unbekannt. Ich habe die Arbeiten von Kast früher gelesen. In meinem am 7. Dezember 1904 in der Harlem Medical Association gehaltenen Vortrag habe ich behauptet, dass Pawlow seine Untersuchungen sehr falsch gedeutet hat. Dieses Experiment von Kast beweist es. Ich weiss nicht, ob Kollege Kast Alkohol und Wasser ohne Scheinfütterung gegeben hat. Wenn er Alkohol und Wasser ohne Scheinfütterung gegeben, hätte er

wahrscheinlich dasselbe Resultat erzielt, der chemische Reiz der Magenschleimhaut ist es, der die Sekretion bewirkt.

Was die Lage des Patienten anbelangt, so habe ich i. J. 1902 in meiner Veröffentlichung über Insuffizienz des Pylorus behauptet, dass bei diesen Fällen die Motilität nicht leidet und ich habe damals angeraten, den Patienten in solchen Fällen auf die linke Seite zu legen, um eben das Entweichen des Mageninhalts zu verhindern. Die Lagerung auf der rechten Seite verursacht das Hinausgehen des Mageninhalts in das Duodenum u. s. w. In einem Artikel im London Lancet vom 10. Juni d. J. hat Moullin genau dasselbe bewiesen, was ich i. J. 1902 über Insuffizienz des Pylorus veröffentlicht habe.

2. Symposium über Morbus Basedowii.

a) Dr. S. J. Meltzer: **Bemerkungen zur Physiologie und allgemeinen Pathologie des Morbus Basedowii.**

b) Dr. J. Kaufmann: **Der Morbus Basedowii vom Standpunkt des Internisten.**

c) Dr. Hermann Fischer: **Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii.**

(Die Vorträge sind in der Novembernummer ds. Monatsschr. als Originalarbeiten erschienen.)

Diskussion. Dr. L. Weber: Ich habe nur über ca. 20 Fälle von Basedow zu verfügen, die ich im Laufe der Jahre behandelt habe. Unter den 20 Fällen war nur ein männliches Individuum, die anderen gehörten dem weiblichen Geschlecht an. Unter den Frauen war keine unter 20 Jahren, die meisten 20—35 Jahre alt, die Mehrzahl verheiratet. Leichte und mittelschwere Fälle sind mir da vorgekommen, welche ich jahrelang beobachtet hatte und die gut wurden, andere, die sich verliefen, und unter dieser Reihe von Fällen war nur einer, der tödlich verlief. Es war der schwerste Fall von akuter Hyperthyreoidie, den ich überhaupt gesehen, bei einem Mädchen von 25 Jahren, das an schweren Intoxikationserrscheinungen und Anämie starb.

Sie wissen, dass in der Periode vor Möbius in der 2. Hälfte des vorigen Jahrhunderts der Basedow symptomatisch behandelt wurde. Ruhe, physikalisch-diätetische Heilmethoden wurden angewendet. Späterhin wurde nach dem durch seine Strumaoperation so berühmt gewordenen Kocher viel phosphorsaures Natrium gegeben in Dosen von 4 Gramm 2—3 mal täglich, galvanische Ströme wurden angewendet, und so sah man eine Reihe von Fällen besser werden und heilen, durfte dabei aber nicht vergessen, dass die mittelschweren und leichteren Fälle auch ohne Behandlung gut geworden sind.

Nun kam Möbius am Ende des vorigen Jahrhunderts und stellte den Satz auf, dass die Basedow'sche Krankheit Hyperthyreoidismus sei. Dieser Satz von Möbius ist meines Wissens von der grossen Mehrheit der Autoren und Aerzte heute angenommen. Folglich behandeln wir heute, wenn wir einen Basedowfall haben, eine Intoxikationskrankheit schwerer oder leichter Natur, und daran anknüpfend, möchte ich Folgendes mitteilen: Ich erwähnte oben den verhältnismässig rasch verlaufenen Fall eines Mädchens von 25 Jahren; die Schwester dieses Mädchens kam i. J. 1901 zu mir, eine Frau von 31 Jahren, gut entwickelt, Primipara, und präsentierte alle Symptome eines schweren Basedow, die Kardinalsymptome und ausserdem ausserordentliches Schwitzen, starken Tremor, intensive Röte und Brennen in der Haut u. s. w., und es dauerte gar nicht lange, so traten auch heftige Durchfälle ein, die das Weib in einem Monat oder so bedeutend von Kräften brachten, auch Brechen. Zu meinem Erstaunen vergrösserten sich Leber und Milz, besonders die Leber. Ein operativer Eingriff wurde verweigert. Es waren ja auch damals die betr. Resultate, wie sie in den letzten Nummern des Journals der American Medical Association von dem jüngeren Kocher veröffentlicht worden sind, noch nicht bekannt. So kam ich auf die Idee, der Patientin kleine Portionen, nicht mehr als ein Milligramm, Arsenik und ein Milli-

gramm Sublimat dreimal täglich zu verabreichen, nachdem alle anderen Behandlungen, wie die galvanische, die physikalisch-diätetische Behandlung, sich als nutzlos erwiesen hatten. Die Patientin nahm dieses Mittel stetig etwa 2—3 Jahre lang, und unter dieser Behandlung sind alle Symptome zurückgegangen, und die Frau ist heute als gesund zu betrachten.

Ich habe noch 3 Fälle leichteren Kalibers, welche ich in ähnlicher Weise mit ähnlichem Erfolge behandelt habe. Ich kann Ihnen keine Theorie geben, welche genügender Weise erklären könnte, warum infolge der Darreichung dieser kleinen Dosen von Sublimat und Arsenik die Symptome sich in der Weise besserten. Es ist früher nicht in der Weise angewandt worden, aber ich kann Ihnen eben ein *post hoc, ergo propter hoc* hier mitteilen von einem schweren Fall und 3 leichteren Fällen, der so entschieden zu verfolgen war, dass ich Sie doch bitten möchte, gelegentlich diese zwei Mittel, Arsenik und Sublimat, die antitoxisch wirken müssen, zu versuchen. Schaden werden sie nicht, wenn ich auch nicht imstande bin, eine Erklärung für den trefflichen Erfolg in den paar Fällen anzugeben.

Dr. Willy Meyer: Unsere heutigen trefflichen Vorträge decken das Feld so vollkommen, dass wahrlich für die Diskussion nicht viel zu sagen übrig bleibt.

Unvergesslich steht mir in der Erinnerung, was ich als Assistent von Trendelenburg vor 25 Jahren mit erlebte, als wir eine totale Exstirpation der Struma bei einem jungen Mädchen machten und sich innerhalb 24 Stunden tetanische Anfälle einstellten, die in kurzer Zeit zum Tode führten. Damals wusste man noch nichts von dem chirurgischen Fehler, die Struma ganz zu exstirpieren, noch nichts von den Parathyreoidkörpern, noch nicht, wie wir es heute wissen, dass man den Kretinismus und Kachexie, welche durch Total-Exstirpation entsteht, durch Thyreoidea-Fütterung ausgleichen kann. Aber dieser eine Fall ist mir stets im Gedächtnis geblieben, und mit grösstem Interesse

habe ich die weitere Entwicklung dieser Frage verfolgt. Was wir heute gehört haben, sagt uns zur Genüge, welche Klarheit uns gerade hierüber endlich aufgegangen ist. Wir wissen, wie Dr. Meltzer gezeigt hat, dass der Hyperthyreodismus als richtig anerkannt wird, d. h., einfacher ausgedrückt, die Schilddrüse sondert zu viel Saft ab; dieser Saft wird in den Organismus aufgenommen, und das macht die Erscheinungen. Die Frage, warum die Schilddrüse sich vergrößert, warum dies alles auftritt, ist so schwer zu beantworten, wie so vieles andere Warum in der Medizin und Chirurgie. Und doch ist es vielleicht richtig, dass ursprünglich dieses Warum im Nervus sympathicus begründet ist. Nehmen wir immerhin als Hauptsache hin, dass wir erkannt haben, dass der Morbus Basedowii auf einer zu grossen Menge von SchilddrüSENSAFT beruht, der in unsere Zirkulation aufgenommen wird und da als Gift wirkt. Auf dieser Basis hat sich die heutige Therapie aufgebaut, die erstens chirurgisch und zweitens serotherapeutisch ist. Wir haben von Dr. Fischer gehört, dass vor allen Kocher uns bewiesen hat, was man mit der richtigen chirurgischen Behandlung der Schilddrüse leisten kann, entweder durch Unterbindung verschiedener Arterien oder durch partielle Exstirpation, und der beste Beweis der Richtigkeit solchen Vorgehens ist, dass, jemehr von der Schilddrüse entfernt wurde, desto nachhaltiger die Erfolge sind.

Wer die serotherapeutische Behandlung schrittweise verfolgt hat, muss sagen, es ist wunderbar und nur immer wieder von Neuem dankbar anzuerkennen, was die experimentelle Physiologie und Pathologie heutzutage leistet.

Speziell war es Lenz, der ganz unabhängig und nicht wissend, was andere mit ihrer Hundefütterung und Serum und Einspritzung getan hatten, durch Exstirpation der Schilddrüse bei Ziegen und Verfütterung der Milch dieser Tiere bei Basedowkranken vor 5 Jahren fertiggebracht hat. Er bewies mit absoluter Sicherheit dass, wenn den Ziegen die Thyroidea exstir-

piert wurde — von Nebendrüsen hat man damals noch nichts gewusst — aber ich möchte einfügen, dass wir viel häufiger Tetanie bekommen hätten, wenn wir nicht, speziell auf Kocher's Rat, zur Verminderung der Verletzung des Nervus laryng. inf. den Teil der Schilddrüse hinter welchem die Nebenschilddrüsen liegen, stehen gelassen hätten — ich sage, Lenz hat bewiesen, dass, wenn seinen Ziegen die Schilddrüse exstirpiert wurde und wenn er nach 6 Wochen anfang, mit der Milch die Basedowkranken zu füttern, diese gesund wurden. Das war der beste Beweis, dass Gift bei diesen Ziegen gebildet wurde, welches das andere Gift, das durch Basedow entsteht, paralyisiert, und auf diesem Prinzip basiert die serotherapeutische Behandlung. Natürlich ist es schwer für den Chirurgen, der Basedowkranken zu behandeln hat, sich erst eine Ziege zu besorgen und ihre Schilddrüse zu exstirpieren und dann 6 Wochen zu warten, um seine Kranken 4 Wochen lang mit der Milch zu füttern. In europäischen Universitäts-Städten steht Assistenz zu Gebote, um das schnell und richtig zu besorgen. Hier in New York würde das mit grosser Schwierigkeit verbunden sein. Deshalb ist es mit grosser Freude zu begrüssen, dass Möbius die Merck'sche Fabrik dazu brachte, sein Serum in den Handel zu bringen. Ich habe vor einiger Zeit zwei solcher Patienten behandelt und habe damals mit dem einfachen Möbius'schen Serum gute Erfolge gesehen. Das will nicht viel sagen, zwei Kranke, aber es kommen so schwere Patienten in chirurgische Behandlung, dass hier vor allem auf dem Grenzgebiete stramm gearbeitet werden muss. Zuerst gehört der Schwerkranke in die Hände des Internisten, und wenn er mit der serotherapeutischen Behandlung nicht zum Ziel kommt, in die Hände der Chirurgen. Basedowkranken werden heute richtig behandelt durch Serotherapie oder, wenn diese nicht zum Ziele führt, durch Operation.

Dr. F. Kammere: Ich möchte ganz kurz über meine Erfahrung sprechen. Ich habe ein geringes Material, nur 8 Fälle, und möchte nur auf die

Todesfälle zu sprechen kommen, denn ich habe leider unter diesen 8 Fällen 4 Todesfälle zu beklagen. Es handelte sich in dem einen Fall um einen sehr schweren Basedowkranken, bei dem ich vor 15 Jahren unter dem Einfluss der Rydygier'schen Publikation die Unterbindung aller 4 Schilddrüsenarterien vornahm. Bei den anderen 3 Fällen habe ich partielle Exstirpation gemacht. Alle diese Fälle gingen unter den Erscheinungen einer akuter Vergiftung in 12—15 Stunden zu Grunde. Den letzten Fall verlor ich leider erst vor 4 Wochen. Es handelte sich allerdings um einen schweren Basedow. Die Pulsfrequenz war bei absoluter Ruhe zirka 110, steigerte sich bei leichter Erregung jedoch auf 140—160. Die Struma selbst war äusserst gefässreich und änderte häufig ihr Volumen. Patient war in der Ernährung ziemlich heruntergekommen, hatte jedoch keine Herzhypertrophie. Er litt an einem Symptom, das Dr. Kaufmann besonders hervorgehoben hat, nämlich an unstillbarer Diarrhoe. Ich habe mir lange überlegt, wie ich bei diesem Patienten vorgehen sollte, ob ich nur die beiden Thyreoideae einer Seite unterbinden oder die Hälfte der Schilddrüse herausnehmen sollte. Ich entschloss mich zu dem letzteren Verfahren. Die Operation verlief ohne Zwischenfall und mit mässigem Blutverlust. Nach der Operation war der Puls auf 170 gestiegen, der Patient war zyanotisch. Er erholte sich in 3—4 Stunden fast vollkommen. Der Puls ging auf 150 herunter, die Herzstätigkeit schien den Bedürfnissen zu entsprechen. Die Cyanose war gewichen, der Patient sah gut aus, hatte nicht erbrochen und sich vollkommen von der Narkose erholt. Nach einigen Stunden traten wieder Erscheinungen der Herzinsuffizienz auf. Der Puls ging ziemlich schnell auf 200 hinauf, Patient wurde wieder zyanotisch und ging ziemlich plötzlich an Herzlähmung zu Grunde. Ähnlich ging es mir in den beiden übrigen Fällen. Einen Fall hatte mir Dr. Meltzer vor 8 Jahren zugeschickt, bei dem ich ausser einer halbseitigen Exstirpation noch eine teilweise Resektion

des restierenden Schilddrüsenlappens machte. Mir scheint eine genügende Erklärung für diese Todesfälle nach Basedow-Operation noch zu fehlen.

Leichte Fälle von Basedow zu operieren, ist nicht schwer. Sie bieten kaum grössere Schwierigkeiten dar als andere Schilddrüsenoperationen, im Gegenteil sind letztere oft technisch viel schwieriger, wenn es sich etwa um Verschiebung der Trachea oder retrosternale Entwicklung handelt. Auch ich habe die Fälle gesehen, die Dr. Meyer erwähnte: totale Exstirpation der Schilddrüse, die nicht von Tetanie gefolgt waren. Ich kann mich im Augenblick nur an einen derartiger Fall erinnern, in dem wir Tetanie als Folge der Totalexstirpation gesehen haben, gewiss aus demselben Grunde, den Dr. Meyer hervorhob, dass wir nämlich nach Unterbindung der Arterien uns ganz genau an die Schilddrüsenkapsel gehalten haben und die Epithelkörper nicht mit exstirpiert haben.

In den letzten Jahren scheint sich doch Alles mehr zur chirurgischen Behandlung des Basedow zu neigen. Wenn diese Fälle frisch operiert werden und wenn man, worauf Kocher so oft hingewiesen hat, eher weniger von der Schilddrüse entfernt und eventuell mehrfach operiert, bis das richtige Quantum der Drüse zurückbleibt, so werden Todesfälle selten vorkommen. Bei schweren Fällen würde ich, als ersten Eingriff, nie mehr etwas anderes als die Unterbindung der beiden Schilddrüsenarterien einer Seite wagen. Es spielt sich bei der Basedow'schen Erkrankung ab, was wir bei der Behandlung der Appendizitis und der Gallensteine erlebt haben. Die Chirurgen und Internisten haben sich gegnigt, schwere Komplikationen wie Peritonitis und Stein-Einklemmung im Choledochus wo möglich durch rechtzeitiges Eingreifen zu vermeiden. Ebenso wünschenswert, glaube ich, wäre es, Fälle von Basedow, die ohne Besserung einer interner Therapie unterworfen wurden, recht bald einer chirurgischen Behandlung zu unterziehen.

Dr. A. Ripperger: Ich möchte einige Worte betreffs der Therapie der

Basedow'schen Krankheit hinzufügen. Sie haben heute Abend einen Fall gesehen, der vom Präsidenten unserer Gesellschaft vorgestellt wurde und der mit ausgezeichnetem Erfolg mit Röntgenstrahlen behandelt worden war. Der Fall kann als geheilt angesehen werden. Zahlreiche Berichte in der Literatur über mit Röntgenstrahlen behandelte Fälle von Basedow lauten fast sämtlich günstig. Ich habe im Lauf dieses Jahres Gelegenheit gehabt, 3 Fälle von Basedow mit Röntgenstrahlen zu behandeln, und zwar ebenfalls mit sehr günstigem Erfolg. Ich will diese Fälle nur ganz kurz hier berühren. Der erste Fall bot wenig Bemerkenswertes. Die Symptome waren mässige. Die Patientin wurde verhältnismässig nur kurze Zeit hindurch mit Röntgenstrahlen behandelt und wurde trotzdem bedeutend gebessert. Sie brach die Behandlung ab, da sie auswärts wohnte und stets eine grosse Entfernung zurückzulegen hatte, um sich bei mir behandeln zu lassen. Der zweite Fall von sehr schwerem Basedow hatte mässige Struma, starken Exophthalmus, hochgradige Tachykardie und starken Tremor. Die Patientin hatte sich nie ohne Begleitung auf die Strasse gewagt. Durch ausgiebige Röntgenbehandlung wurde sie vollkommen geheilt. Der dritte Fall kam vor 4 Wochen in meine Behandlung. Ein junges Mädchen, bis vor einem Jahr vollkommen gesund und ohne jegliche Erscheinungen von Basedow, machte einen Unterleibstypus durch und direkt im Anschluss daran machten sich Erscheinungen von Basedow bemerkbar. Ich erwähne bloss diese Tatsache und bin entfernt davon, einen Zusammenhang zwischen Typhus abdominalis und Basedow herauskonstruieren zu wollen, obwohl man recht gut an eine toxische Thyreoiditis denken könnte. Das Mädchen bekam eine kolossale Struma, enormen Exophthalmus, hochgradige Tachykardie, Tremor etc. Die Struma rief durch Druck auf die Trachea eine so hochgradige Dyspnoe hervor, dass die Chirurgen darin eine Indikation für einen operativen Eingriff gesehen hätten. Ich unterwarf die Patientin der Rönt-

genbehandlung, und schon nach einigen Sitzungen machte sich eine ganz bedeutende Besserung bemerkbar. Die Dyspnoe hatte abgenommen, die Tachykardie besserte sich, der Kropf wurde weich und hat jetzt nach einer nur einmonatlichen Behandlung mit Röntgenstrahlen um ungefähr die Hälfte abgenommen. Ferner besserten sich die Allgemeinerscheinungen, und mit der Wage konnte ich eine bedeutende Gewichtszunahme konstatieren. Am langsamsten ging der Exophthalmus zurück. Auch bei dem ganz geheilten zweiten Fall besteht noch ein mässiger Grad von Exophthalmus. Diese drei Fälle und die Berichte in der Literatur sind so ermutigend für die Röntgenbehandlung der Basedow'schen Krankheit, dass ich sagen möchte, dass die Röntgenbehandlung die einzig indizierte Behandlung der Basedow'schen Krankheit ist und dass jeder Basedowkranke vor irgend einer anderen Behandlung der Röntgenbehandlung unterzogen werden sollte.

Ich möchte noch eine Bemerkung betreffs der Technik hinzufügen. Der Herr Präsident hat erwähnt, dass man eine intensive Strahlenwirkung anwenden müsse, und benützt zur Erzielung einer solchen ein röhrenförmiges Diaphragma. Ich kann nicht einsehen, wie durch das Diaphragma die Strahlenwirkung verstärkt werden soll. Wenn man bei der Radiographie durch Anwendung eines Diaphragmas ein besseres und schärferes Bild bekommt, so rührt das nicht davon her, dass durch das Diaphragma eine stärkere Strahlenwirkung hervorgerufen wird, sondern die Ursache ist die, dass die Sekundärstrahlen möglichst ausgeschlossen werden. Im Gegenteil, wenn man das Diaphragma wegliesse, hätte man therapeutisch eine viel stärkere Wirkung als mit dem Diaphragma, da, wie wir von den Schädigungen durch Röntgenstrahlen wissen, den Sekundärstrahlen eine bedeutende Aktion zukommt, wenn sie auch bei der Herstellung von Skiagrammen störend wirken.

Ich wende ebenfalls bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen ein röhren-

förmiges Diaphragma an, aber nur in der Absicht, die Strahlenwirkung auf die zu bestrahlende Partie, hier die Struma, zu beschränken und eine Einwirkung auf andere Körperteile auszuschliessen. Ich bin mit dem Präsidenten darin einig, dass man das röhrenförmige Diaphragma anwenden soll, aber nicht zur Erhöhung der Strahlenwirkung, da ja, wie erwähnt, das Gegenteil hiervon beim Gebrauch des Diaphragmas stattfindet, sondern einzig und allein zum Schutze des Patienten.

Dr. Max Talmey: Dr. Meltzer hat bei Besprechung der Physiologie und Pathologie der Schilddrüse des Kretinismus und Myxoedems öfters Erwähnung getan. In dieser Beziehung dürfte es interessant sein, dass ich i. J. 1893 in meiner Dissertation „Ein Fall von Zwergwuchs mit Beziehungen zu Akromegalie, Kretinismus und Myxoedem“ auf gewisse Beziehungen aufmerksam gemacht habe zwischen Kretinismus, Myxoedem, Zwergwuchs und Akromegalie. Ich habe damals die Vermutung ausgesprochen, dass der gemeinsame ätiologische Faktor aller dieser Zustände eine Erkrankung der Schilddrüse sein dürfte. Es handelte sich in meinem Fall um ausgesprochenen Zwergwuchs und Andeutungen von Myxoedem. Das Interessanteste war, dass auch ausgesprochene Zeichen von Akromegalie vorhanden waren. Die Spitzen des Körpers waren vergrössert. Bei diesem Knaben konnte keine Schilddrüse gefühlt werden, und ich sprach die Vermutung aus, dass die Erkrankung der Schilddrüse der gemeinsame ätiologische Faktor der gesammten Abnormitäten sein dürfte. Damals hatte ich noch keine Gelegenheit gehabt, Fälle von Akromegalie persönlich zu beobachten. Im Jahre 1898 hatte ich Gelegenheit, einen solchen Fall im Montefiore Home zu beobachten. Es konnte in diesem Fall auch keine Schilddrüse beobachtet werden, wenigstens nicht im Leben. Ich möchte Herrn Dr. Meltzer fragen, ob er irgend welche Beziehungen zwischen Zwergwuchs und Akromegalie, Kretinismus und Myxoedem beobachtet hat, sodass sie alle auf Erkrankung der Schilddrüse beruhen.

Dr. Ruppert: Ich möchte vom Standpunkte des Rhinologen ein paar Worte sagen. Im allgemeinen geben die Rhinologen, veranlasst durch Erfahrungen mit der Nasenbehandlung und sonstige Erscheinungen, die auf eine Beteiligung des Nervus sympathicus zurückzuführen sind; z. B. der Exophthalmus, ferner die Veränderungen an der äusseren Haut und an ihren Gefässen, der Eulenburger-Kocherschen Ansicht den Vorzug, welche das Primäre in einer Erkrankung der Nerven sieht, sei es einer solchen des ganzen Systems ähnlich der Neurasthenie oder in einer krankhaften Veränderung der Medulla als Vermittlerin der von anderen Organen, namentlich auch von dem Uterus und der Nase, herstammenden Reize. Vielleicht geht es dabei genau so wie bei Epilepsie: dieselbe ist sicherlich in der Regel keine Fernwirkung von der Nase aus, aber in Ausnahmefällen wird sie durch endonasale Behandlung geheilt. Im Basedow soll sich diese Reizung auf die Schilddrüse erstrecken und dort eine vermehrte oder krankhaft veränderte Absonderung bewirken, und die damit eng verbundene Kropfbildung wäre demnach eine Reflexerscheinung, vermittelt durch die Medulla. Und nicht nur die Fälle, bei denen durch geeignete Behandlung, durch Beseitigung der nasalen Störung der Symptomenkomplex der Basedowkrankheit auftritt, sondern auch jene Fälle, bei denen derselbe durch endonasale Eingriffe zum Schwinden gebracht wurde, sprechen ohne Zweifel dafür, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen (diesen beiden Erkrankungen) der Erkrankung der Nase und der Basedowschen Krankheit, bestehen kann. Da sich die Fälle mehren, in denen die Basedowkrankung durch nasale Behandlung günstig beeinflusst wird, dürfte es sich empfehlen, einen Versuch der Heilung auf diesem Wege zu machen, namentlich in denjenigen Fällen, in welchen die nasale Atmung behindert ist oder in denen Niesen oder dergleichen Reizerscheinungen einen Zusammenhang der Erkrankung mit der Nase vermuten lassen. Selbstverständlich muss die Nasenbehandlung

durch den Nasenbefund begründet werden.

Dr. J. Hoffmann: Ich möchte noch einige therapeutische Massnahmen erwähnen, deren Anführung ich heute Abend vermisste. Das eine ist ein Präparat von Merck, das vor nicht langer Zeit in den Handel gebracht wurde, das Antithyreoidin, das Serum von schilddrüsenlosen Hämeln innerlich genommen. Früher wandte man ein ähnliches Präparat subkutan an, es hat aber nichts genützt.

Ferner möchte ich im Zusammenhang mit dem von Dr. Ruppert erwähnten Fall bemerken, dass Möbius einen Fall aus Hack's Praxis berichtet, wo Kauterisation der unteren Riechmuschel bei einem 16jährigen Mädchen zu einer vollständigen Heilung führte. Dann hat sich Möbius die gepulverte Schilddrüse eines Kretins kommen lassen und behauptet, Erfolg gehabt zu haben. Auch Höhenluft und Klimawechsel können zur Heilung führen.

Endlich möchte ich mich an die Chirurgen wenden und fragen, was sie tun bei Stimmbandlähmung, die bereits vor der Operation bestand. Es ist bekannt, dass die Lähmungen, die nach der Operation entstehen, leicht heilen, aber wenn eine solche vor der Operation bestanden hat, möchte ich wissen, was man heute tut. Denn nach Kocher und Moebius sind derartige Fälle durchaus zweifelhaft, besonders bei sehr später Operation.

Dr. Max Töplitz: Ohne Frage hat das Klima einen Einfluss auf die Krankheit. Ich weiss zwei Fälle, die das beweisen. Ein Kollege, der vor 20 Jahren hier in New York gewohnt hat und mit dem ich zusammen gearbeitet habe — an meiner Seite während der Arbeit steigerte sich sein Puls von 72 auf 130 — verhielt sich absolut schlecht, wenn er in New York lebte. Er zog nach Rom, Italien, und befindet sich dort sehr wohl.

Ein anderer Herr, den ich seit 25 Jahren mit Basedowkrankung kenne, kam von Europa hierher und befand sich sehr schlecht in New York. In diesem schlechten Zustand ging er

nach Los Angeles und lebt dort seit 15 Jahren in verhältnismässig gutem Zustand. Das Klima hat sicher einen Einfluss auf das Verhalten dieser Krankheit.

Dr. S. J. Meltzer (Schlusswort): Die Frage des Herrn Dr. Talmey möchte ich dahin beantworten, dass in der Literatur Angaben vorhanden sind über Beziehungen zwischen Schilddrüse und Akromegalie, und zwar sowohl experimentelle wie kasuistische. Die Beziehungen zwischen Hypophyse und Schilddrüse sollen da eine Rolle spielen. Ich habe mich aber darauf beschränkt, hier nur jene Tatsachen zu berichten, die, wie ich glaube, absolut gesichert sind. Ich möchte ferner auch ein Wort über den wissenschaftlichen Wert der Antithyreoidin-, Rodagen- und dergleichen Behandlung sagen. Die Literatur enthält kasuistische Angaben für und dagegen, mehr dagegen als dafür. Die meisten bekannten Kliniker haben sich ablehnend ausgesprochen.

Dann möchte ich noch mit einigen Worten auf die Behandlungsmethode von Rogers und Beebe eingehen. Sie spritzen beim Basedow ein Serum ein, welches von Tieren herrührt, denen von Basedow-Kröpfen bereitetes reines Nukleoprotein eingespritzt wurde. Ich habe seiner Zeit in Washington (Mai 1906) in der Diskussion über Beebe's Vortrag bereits darauf hingewiesen, dass Beebe für sein Vorgehen durchaus keine wissenschaftliche Unterlage besitzt. Auf Grund seiner ursprünglichen Versuche mit Organ-Nukleoproteiden müsste er erwarten, dass solche Einspritzungen zu Nekrose der Schilddrüse und Tod des Tieres führen müsste, nicht aber zur Heilung. Uebrigens sind auch seine ersten Resultate nachträglich von Pearce bestritten worden. Die Methode müsste im besten Falle nur als eine empirische und nicht als eine wissenschaftliche Errungenschaft angesehen werden.

Therapeutisch scheint aus den experimentellen Angaben in der Literatur eine Sache fest zu stehen, nämlich dass nicht bloss für Myxoedem, sondern auch für Basedow und Tetanie

eine Fleischnahrung schädlich und Milchnahrung nützlich ist. Bekanntlich wird die Basedow'sche Krankheit schon seit vielen Jahren von manchen Aerzten mit einer exklusiven Milchdiät behandelt.

Ich möchte auch mit ein paar Worten auf die Beobachtungen zurückkommen, welche Herr Dr. Kammerer erwähnt hat. Der rasche, tödliche Verlauf mit Fieber und ungewöhnlich frequentem Puls ist eine sehr auffällige Erscheinung. In der Literatur findet sich sehr wenig Diskussion über die Natur und Ursache dieses Verlaufes, obschon die Erfahrungen nicht vereinzelt da stehen. Albert Kocher hat in seinem jüngst gehaltenen Vortrag in Atlantic City die Bemerkung gemacht, dass die betreffenden Zufälle wohl durch Blutresorption zu Stande kommen. Diese Erklärung befriedigt nicht, da doch oft genug viel Blut resorbiert wird, ohne dass der Organismus mit ähnlichen Symptomen darauf reagiert. Eine andere Erklärung besagt, dass der akute Zustand durch eine Ueberschwemmung des Organismus mit viel Schilddrüsenensaft hervorgerufen wird verursacht durch das viele Manipulieren der Schilddrüse. Auch diese Erklärung ist keine recht befriedigende. Ich glaube, dass das auffällige Phänomen durch Bedingungen hervorgerufen wird, die wir jetzt wahrscheinlich noch gar nicht kennen.

Dr. Hermann Fischer (Schlusswort): Ich möchte die Frage von Dr. Hoffmann beantworten: Die Stimmbänderlähmung, die nach der Operation entsteht, ist meist die Schuld des Chirurgen. Die Heilung dieser Stimmbänderlähmung ist sehr selten, während die Heilung der Lähmung, die vor der Operation besteht, lediglich durch Druck verursacht, nach der Operation besser wird.

Die Abstimmung hat die Aufnahme des Herrn Dr. Geo. F. Straub ergeben und erklärt der Präsident denselben als regelrecht erwähltes Mitglied.

Vorschläge zur Mitgliederschaft: Dr. Sigmund Deutsch und Dr. Adolph Baron von Dr. H. Fischer, Dr. C. F. Laase von Dr.

Theobald, Dr. Glogan von Dr. C. Pfister.

Es werden folgende Nominationen für Beamten für das Jahr 1908 gemacht:

Zum Präsidenten: Dr. Carl Beck.

Zum Vize-Präsidenten: Dr. G. Manheimer, Dr. C. Pfister.

Zum protokollierenden Sekretär: Dr. J. A. Beuermann, Dr. J. Heckmann.

Zum stellvertretenden Protokollierenden Sekretär: Dr. A. Ripperger, Dr. M. Heimann.

Zum korrespondierenden Sekretär: *Dr. H. Fischer.

Zum Schatzmeister: Dr. S. Breitenfeld.

Aufnahme-Komitee: Dr. J. W. Gleitsmann, Dr. H. J. Boldt, Dr. H. G. Krause, Dr. F. Torek, Dr. C. v. Ramdohr, Dr. L. Ewald, Dr. J. Hoffmann, Dr. W. Meyer (lehnt ab).

Hierauf Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann,
Prot. Sekretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Kollargol bei Gonorrhöe.* Gans in Philadelphia berichtet über 132 Fälle von akuter Gonorrhöe, die er mit Instillationen der 5%igen Kollargollösung behandelt hat. Statt wässriger Lösungen verwandte er solche in Mucilago med. Sassafras, denen er grössere Reizlosigkeit und intensivere Wirkung zuschreibt. Mit dieser Lösung machte er viermal täglich Instillationen und begann damit schon am ersten Tag der Behandlung, ausser in Fällen von hochgradigen Entzündungsercheinungen mit Blutungen (sog. russischer Tripper). Die instillierte Flüssigkeit wurde

durch seitliche Kompression der Urethra fünf Minuten zurückgehalten. Bei dauernder Trübung des Urins, falls diese nicht auf Phosphate und Urate zurückzuführen war, ging Verfasser mit der Konzentration etwas herunter. Seine Erfahrungen mit dieser Behandlung sind folgende: Subjektive Reizsymptome wurden nie beobachtet; Epididymitis trat in keinem einzigen Fall, Urethritis post. sehr selten auf. Die Majorität der Fälle nahm einen rascheren Verlauf. (Medical Bulletin, 1907, Nr. 2.)

Kleine Mitteilungen.

— *Klinische Gesellschaft des deutschen Hospitals und Dispensarys der Stadt New York.* Zweck dieser Gesellschaft, die am 13. Dezember in das Leben gerufen wurde, ist die bessere wissenschaftliche Ausnutzung des klinischen Materials im Deutschen Hospital und Dispensary sowie die Wiedererweckung des Interesses der ehemaligen Graduierten des Hospitals für diese Anstalt. Ferner sollen dadurch die wissenschaftlichen Bestrebungen der jüngeren Aerzte gefördert und engere kollegiale Beziehungen zwischen den Aerzten des Hospitals und des Dispensarys angebahnt werden. Berechtig zur Mitgliedschaft sind alle

Aerzte des Hospitals und Dispensarys, die Hausärzte des Hospitals sowie die der Alumni Association angehörigen früheren Hausärzte. Die Sitzungen der Gesellschaft finden jeden zweiten Freitag im Monat, die Monate Juni bis September ausgenommen, in der Krakowizer Halle des Dispensarys statt. Die klinische Arbeit der Gesellschaft soll hauptsächlich im Vorstellen und Besprechen klinischer und pathologischer Fälle sowie in der Bekanntgabe experimenteller Forschungsergebnisse bestehen. Formelle Vorträge sind möglichst zu vermeiden. Bei den Sitzungen darf sowohl englisch wie deutsch gesprochen werden.

New Yorker
Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der

Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York,
Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigiert von DR. A. RIPPERGER.

Bd. XIX.

NEW YORK, JANUAR, 1908.

No. 10.

Originalarbeiten.

Ueber Psychotherapie.*

Von Dr. med. B. ONUF (Onufrowicz), New York.

Die Wechselbeziehungen zwischen Psyche und Körper, die Abhängigkeit der Integrität der Funktion des einen von der der anderen und vice versa, ist eine längst gemachte Erfahrung, deren Anerkennung sich wohl schon in dem alten lateinischen Motto „Sit mens sana in corpore sano“ ausdrückte. Trotzdem fand lange Zeit dieses gegenseitige Abhängigkeitsverhältnis nicht die richtige Würdigung unter den Aerzten. Zu grosses Gewicht wurde auf die direkte chemische Wirkung von Medikamenten gelegt und es dauerte lange, bis sich die Ueberzeugung Bahn brach, dass bei vielen Kuren, die der Wirkung von Medikamenten zugeschrieben wurden, psychische Momente eine viel wichtigere, wenn nicht ausschliesslich therapeutische Rolle spielten. Solche psychische Momente waren: Einwirkung auf die Gemütsstimmung, Beseitigung schädlicher psychischer Faktoren, die Autorität und

andere persönliche Eigenschaften des Arztes und dergleichen mehr.

Dieselben Betrachtungen, die sich auf medikamentöse Behandlung beziehen, gelten auch mit Bezug auf Elektro- und Hydrotherapie. Wie ja bei mancher medikamentösen Applikation direkt chemisch günstige Beeinflussung unzweifelhaft stattfindet, so haben auch Elektrizität und Hydrotherapie als solche ihren Platz in der Behandlung von Krankheiten. Doch wurde die Wirkung dieser Agentien mancherseits sehr überschätzt. Die erzielten Erfolge wurden oft beinahe ausschliesslich der Anwendung dieser Mittel zugeschrieben. Eine solch einseitige Deutung erweckte berechtigterweise bei nüchtern denkenden Aerzten gerechte Zweifel. So entstand denn eine starke Reaktion, besonders gegen Elektrotherapie, die dann vielleicht wieder zu weit ging d. h., es wurde dann, hauptsächlich von Neurologen, vielleicht dem psychischen Faktor dieser Behandlungsweise mit fast vollkommener Verneinung der direkten Wirkung zu grosse Rechnung getragen.

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York am 2. Dezember 1907.

Die erwähnte Reaktion wurde in hohem Grade befördert durch die Entdeckung oder Wiederentdeckung der Phänomene des Hypnotismus. Die Erkennung dieser Phänomene bewirkte einen bedeutenden Umschwung in der Auffassungsweise mancher klinischen Erscheinungen und mancher früher erzielten Heilresultate. Vieles Unverständliche wurde jetzt begreiflich. Die Liebaul--Bernheim'sche Schule demonstrierte die Suggestion als den potenten Faktor des Hypnotismus und erwies, dass Hypnotismus quasi ein physiologisches Phänomen und nicht der Ausdruck eines krankhaften Zustandes, vorzüglich der Hysterie sei, wie die Pariser Schule (Charcot) gelehrt hatte. Trotzdem wurde aber die Aehnlichkeit der hypnotischen Erscheinungen mit denen der Hysterie erkannt, und die Auffassungsweise letzterer Krankheit wurde dadurch bedeutend gefördert.

Die grossen Hoffnungen, welche auf die Wirkungen des Hypnotismus als einer Heilkraft gebaut wurden, haben sich nur teilweise verwirklicht. Besonders bei den Psychosen scheiterten Versuche therapeutischer Beeinflussung daran, dass solche Kranke fast durchwegs nicht in den Zustand der Hypnose gebracht werden konnten. In anderen Fällen waren die Erfolge oft nur temporär und die Kranken wurden so sehr von der Hypnose abhängig, dass sie für jedes Uebel, das sie befahl, zum Arzt gehen mussten, um sich dasselbe weghypnotisieren zu lassen. Es machte sich denn bald das Bedürfnis geltend, die Vorteile, welche die hypnotische Behandlung bot, in mehr wissenschaftlicher Weise zu verwenden, d. h., auf psychologischer Grundlage zu arbeiten. In automatischer Weise alles anzusuggerieren, was fehlte, oder wegzusuggerieren, was nicht da sein sollte, wurde dem wissenschaftlich Denkenden bald zuwider. Ein tieferes Verständnis der psychischen Prozesse schien für rationelle psychische Beeinflussung unerlässlich. So begannen denn mehrere Autoren, vorzüglich aber Breuer und

Freud, Janet und andere, die psychischen Vorgänge bei bestimmten Psychosen, besonders der Hysterie, einem eingehenden Studium zu unterwerfen, und Breuer und Freud†) kamen auf diese Weise auf eine neue Behandlungsmethode, welche sie die kathartische Methode nannten und in folgender Weise beschrieben:

„Das kathartische Verfahren setzte voraus, dass der Patient hypnotisierbar sei, und beruhte auf der Erweiterung des Bewusstseins, die in der Hypnose eintritt. Es setzte sich die Beseitigung der Krankheitssymptome zum Ziele und erreichte dies, indem es den Patienten sich in den psychischen Zustand zurückversetzen liess, in welchem das Symptom zum ersten Male aufgetreten war. Es tauchten dann bei dem hypnotisierten Kranken Erinnerungen, Gedanken und Impulse auf, die in seinem Bewusstsein bisher ausgefallen waren, und wenn er diese seine seelischen Vorgänge unter intensiven Affektäusserungen dem Arzte mitgeteilt hatte, war das Symptom überwunden, die Wiederkehr desselben aufgehoben. Diese regelmässig zu wiederholende Erfahrung erläuterten die beiden Autoren in ihrer gemeinsamen Arbeit dahin, dass das Symptom an Stelle von unterdrückten und nicht zum Bewusstsein gelangten psychischen Vorgängen stehe, also eine Umwandlung („Konversion“) der letzteren darstelle. Die therapeutische Wirksamkeit ihres Verfahrens erklärten sie sich aus der Abfuhr des bis dahin gleichsam ‚eingeklemmten‘ Affektes, der an den unterdrückten seelischen Aktionen gehaftet hatte („Abreagieren“). Das einfache Schema des therapeutischen Eingriffs komplizierte sich aber nahezu alle Male, indem sich zeigte, dass nicht ein einzelner („traumatischer“) Eindruck, sondern meist eine schwer zu übersehende Reihe

†) Zitiert von Sigm. Freud: Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre aus den Jahren 1893—1906, pp. 218/219. (Die Freud'sche psycho-analytische Methode.)

von solchen an der Entstehung des Symptoms beteiligt sei.

Der Hauptcharakter der kathartischen Methode, der sie in Gegensatz zu allen anderen Verfahren der Psychotherapie setzt, liegt also darin, dass bei ihr die therapeutische Wirkung nicht einem suggestiven Verbot des Arztes übertragen wird. Sie erwartet vielmehr, dass die Symptome von selbst verschwinden werden, wenn es dem Eingriff, der sich auf gewisse Voraussetzungen über den psychischen Mechanismus beruht, gelungen ist, seelische Vorgänge zu einem anderen als dem bisherigen Verlauf zu bringen, der in die Symptombildung eingemündet hat.“

Mit dieser Methode wurde ein bedeutender Schritt vorwärts gewonnen; der Hypnotismus fand dadurch eine genügende, rationellere Verwertung. Zu vergessen ist auch nicht, dass das Studium der Phänomene des Hypnotismus selbst reichlich zum Verständnis der psychologischen Vorgänge bei der normalen sowohl als erkrankten Psyche beitrug. Doch stellten sich trotz der gewonnenen Fortschritte der therapeutischen Anwendung der Hypnose wichtige Gründe entgegen. Viele Aerzte hatten vor allem einen grossen Widerwillen dagegen, sich dadurch blosszustellen, dass ihnen Versuche, den hypnotischen Schlaf oder gewisse Suggestionen herbeizuführen, misslangen. Einem Patienten zu sagen, „so, jetzt können Sie den Arm nicht mehr bewegen, er ist wie festgenagelt“, und ihn dann in kräftiger Weise damit herumfuchteln zu sehen, ist eine ziemlich peinliche Situation, und häufige Wiederholung solcher Begebenheiten nimmt dem betreffenden Arzte bald das für erfolgreiche Durchführung der Hypnose unerlässliche Vertrauen und lässt ihn vor dem Patienten in einem komischen Lichte erscheinen und bedeutend an seiner Autorität einbüßen. So habe ich denn manchen Kollegen auf Grund solcher Erfahrung der Hypnose Valet sagen gesehen. Ausserdem fürchten sich manche Patienten, sich sozusagen dem

Arzt quasi mit Leib und Seele in die Hand zu geben, ihm eventuell ungewollter und unbewusster Weise Geheimnisse anzuvertrauen, die er für sich behalten möchte, etc. Um letzterem Umstand abzuwehren, wurde vielerseits die hypnotische Suggestion durch die Wachsuggestion ersetzt.

Mit Recht macht übrigens Dubois auf die Nachteile der therapeutischen Verwendung selbst der Wachsuggestion aufmerksam. Er betont, dass die Suggestibilität ein Fehler sei und dass das Individuum, welches die Integrität seines gesunden Menschenverstandes erhalten und sich seine geistige Gesundheit zusichern wolle, jeden Augenblick an seine Vernunft appellieren und seine Mentalität überwachen müsse. Er werde vielleicht dadurch den geringen Vorteil verlieren, eines Tages durch die Prozedur der Hypnose geheilt werden zu können, aber diejenigen gewinnen, seinen natürlichen Autosuggestionen zu entweichen. Bekannt sei aber, dass es besser ist, Krankheiten vorzubeugen, als sie zu heilen.

Dubois' Behandlungsmethode, auf dem ausgesprochenen Grundsatz fusend, ist daher vorzüglich eine der moralischen Erziehung und Ueberredung, gewissermassen eine moralische Hygiene und Orthopädie.

Die Zustände, welche dieser Behandlung zugänglich sind, sind die Psycho-neurosen, zu denen ja die Neurasthenie, Hysterie und verwandte Zustände zählen; unter anderen auch gewisse Depressionszustände. Grosses Gewicht legt Dubois darauf, den Patient schonenderweise auf die Natur seines Uebels aufmerksam zu machen, was mit grossem Takt geschehen muss. Patienten werden durch die Versicherung, dass ihre Krankheit auf Einbildung beruht, sehr verletzt, und füglich so, denn ihr Leiden ist für sie nicht eingebildet, sondern sehr real. Trotzdem sind sie aber der Einsicht zugänglich, dass die Vorstellung einen gewaltigen Einfluss auf Entwicklung oder Beibehaltung oder

Vermehrung ihrer Symptome haben kann, und diese Einsicht hat oft einen zauberhaft günstigen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit. Dubois vernachlässigt aber nicht, auch die Patienten auf die normalen psychologischen Vorgänge und die Bedingungen, unter denen diese stattfinden, aufmerksam zu machen, um ihnen zu zeigen, nach welcher Richtung sie sich verfehlen.

Wir sehen hier also eine vollkommene Verzichtleistung auf Behandlung durch Hypnose und Anwendung einer rationellen moralischen und psychischen Behandlung, basierend auf einem Studium der Funktionen des Nervensystems im allgemeinen und deren Beziehung zur Psyche.

Nur unter Kenntnis dieser Vorgänge kann eine richtige psychische Hygiene und Orthopaedie erzielt werden.

Lassen Sie uns hier ein Beispiel wählen, das der habituellen Konstipation. Wie oft wird dem Neurotiker, der diesem Uebel so häufig unterworfen ist, angeordnet, sich viel Bewegung zu verschaffen. Sorgfältige Beobachtung lehrt aber, wie unwirksam oder manchmal geradezu schädlich so eine Vorschrift sein kann, wenn sie nicht in richtigem Sinne gefasst ist. Die Bewegung an sich, sei es Spazierengehen oder Gymnastik oder Radfahren oder Kegeln etc., ist für die Reparation der gestörten Darmfunktion, wie sie sich bei der habituellen Konstipation vorfindet, durchaus nicht förderlich. In den Fällen, in denen dieselbe von Nutzen ist, ist der Nutzen nicht durch die Bewegung selbst hervorgerufen, sondern durch die Relaxation der geistigen Tätigkeit, die mit der betreffenden Leibesübung verbunden ist. Findet diese psychische Relaxation dabei nicht statt, so ist alle Bewegung umsonst. Die Darmfunktion nimmt sozusagen ein bestimmtes Quantum Psyche für sich in Anspruch und muss leiden, wenn sie dasselbe nicht erhält. Ist die Psyche, zum Ausschluss alles anderen, von einem gewissen Gedankenkreis eingenommen, so

bleibt gewissermassen für den Darm nichts mehr davon übrig.

In solchen Fällen kann Bewegung geradezu schädlich sein; der Patient braucht dann, im Gegenteil, zeitweise volle körperliche und psychische Ruhe. Eine halbe Stunde auf dem Sofa liegen, wird ihm viel mehr nützen als ein langer Spaziergang oder andere Körperübung.

Eine interessante Bestätigung in gewissem Sinne finden obige Ausführungen in den von Dr. Joseph Merzbach[‡]) angestellten Untersuchungen. Dieser Autor zog bei 233 Briefträgern, 243 Schutzleuten und 102 Bureaubeamten, also einem Material von Beamten mit exzessiver, mässiger und geringer Körperbewegung, Erkundigungen ein über den Stuhlgang und kam zu folgenden, allerdings mit einer gewissen Reserve gestellten Schlüssen: „Ruhe und gewohnheitsmässige Bewegung, aber nicht exzessive Bewegung, sind in ihren funktionellen Resultaten gleichwertig. Starke Bewegung hat allerdings einen die Darmfunktion beeinflussenden Faktor, der aber seine Wirkung bei weitem häufiger in einer hemmenden als anregenden Wirkung ausübt. Ruhe wirkt am allerwenigsten (d. h. im geringsten Prozentsatze) günstig, aber auch bei weitem weniger ungünstig als die mässige und exzessive Bewegung“.

Von grosser Wichtigkeit ist auch das Verhalten beim Stuhlgang selbst. Der Darm nimmt auch hier behufs richtiger Funktion einen bestimmten Anteil der Psyche in Anspruch. Der Stuhlgang ist aber nur zum geringen Teil ein Willensakt, sondern wird zum grösseren Teil durch die vom Willen *nicht* beeinflussbare Darmbewegung hervorgerufen. Pressbewegungen, wenn nicht im richtigen Momente erfolgend, sind daher nicht nur erfolglos, sondern, weil sie entmutigend wirken, geradezu dem Resultat

‡) Der Einfluss der Körperbewegung auf die Darmfunktion. Archiv für Verdauungskrankheiten. Bd. XI, Heft 6.

hinderlich. Die Rolle der Psyche muss sich dagegen darin äussern, dass man den Darmreizen sozusagen Gehör schenkt, indem man denselben nachgibt. Dies geschieht nun hauptsächlich durch Relaxation des Sphinkters, welche in solchem Fall stets einen Abgang von Gasen zur Folge hat und dadurch weitere Bewegung der Fökalmasse begünstigt. Auf diese Weise unterstützt das Bewusstsein indirekt die peristaltische Bewegung des Darms, die es direkt nicht beeinflussen kann. Der Kranke braucht deshalb auch durchaus nicht entmutigt zu sein, wenn bloss Gasabgang und keine Defäkation erfolgt; denn die Bewegung der Fökalmassen ist trotzdem dadurch befördert worden und beim nächsten Versuch wird auch der Stuhlgang selbst folgen, besonders wenn der Patient, wie ich meistens empfehle, zweimal täglich Darmentleerung versucht. Lässt man sich beim Stuhlgang keine Muse und schenkt den Darmreizen keine Beachtung, weil der Kopf mit anderen Sachen beschäftigt und man bemüht ist, schnell fertig zu werden, so fallen in erster Linie die genannten Darmreize oft aus, oder vielmehr, sie werden durch die Ueberwältigung des anderen Bewusstseinsinhalts psychisch unterdrückt, und zweitens ist die Aufmerksamkeit zu sehr abgelenkt, um richtig darauf zu reagieren, und so bleibt die Wirkung aus.

Es ist hiemit der Gegenstand der habituellen Konstipation nicht erschöpft. Meine Absicht war nur, die Wichtigkeit des psychischen Faktors bei Behandlung solcher Zustände zu betonen und zum Schluss auf die glänzenden Resultate aufmerksam zu machen, die in vielen Fällen durch solche rein psychische Behandlung zu erzielen sind, wovon Dubois' Erfahrung besonders beredtes Zeugnis ablegt.

Wählen wir ein anderes Beispiel, Störung des Schlafes. Diesem Uebel sind viele Neurotiker unterworfen, und um es richtig zu behandeln, ist ein genaues Studium der Bedingungen erforderlich, die zur Störung geführt haben, wie auch an-

derseits Kenntnis der Physiologie des normalen Schlafes. Manche Kranke finden deshalb den Schlaf nicht, weil sie durchaus schlafen wollen. Da aber der Schlaf normalerweise kein Willensakt ist, so erzielen sie damit gerade das Gegenteil, d. h., sie finden den Schlaf nicht. Nur wenigen Leuten ist es, wie Napoleon I. möglich, sich zu sagen, ich muss schlafen, ergo werde ich schlafen. Wie Dubois dies so hübsch ausdrückt und seinen Patienten als Verhaltensregel vorlegt, verhält es sich mit dem Schläfe wie mit einer Taube. Sie kommt zu einem, wenn man sich das Ansehen gibt, sie nicht herbeizulocken. Sie flieht, sobald man versucht, sie zu erwischen. So finden viele Patienten dadurch ihren Schlaf wieder, dass sie sich mit der Idee trösten, eventuell ohne Schlaf auszukommen.

Beispiele solcher Art liessen sich in beliebiger Anzahl beibringen, es würde aber zu weit führen, sich darüber auszubreiten.

Doch möchte ich über eine Erscheinung, die bei Neurotikern von besonderer Wichtigkeit ist, einige Worte sagen; ich meine die Ermüdung. Physiologischerweise wird es passend sein, in der Ermüdung quasi 3 Momente oder Stufen zu unterscheiden, die wohl wahrscheinlich auch evolutionell, d. h. vom Lamarck-Darwin'schen Standpunkt begründet sind. Die niedrigste Stufe der Ermüdung ist wohl die Muskelermüdung. Dieselbe findet statt, wenn der Muskel infolge Stoffverbrauchs einfach nicht mehr weiter arbeiten kann. Dies ist ökonomischerweise wohl die ungünstigste Form, da nach vollkommener Energieerschöpfung Restauration der Funktion lange Zeit in Anspruch nimmt, und keine Reserveenergie für unvorhergesehene Erfordernisse übrig ist. Die zweite Entwicklungsstufe ist durch das Zutreten des Ermüdungsgeföhles gegeben. Dasselbe stellt eine Schutzvorrichtung dar, mittelst deren man veranlasst wird, die Muskelarbeit einzustellen, bevor vollkommene Energieerschöpfung

stattgefunden hat. Es bleibt also noch ein Reservevorrat von Muskelenergie für Notfälle übrig und man ist dadurch gegen Ueberschreitung der Sicherheitsschwelle der Arbeit geschützt. Die dritte Instanz stellt das Gefühl der Depression dar, welches hochgradige Ermüdung hervorruft, die düstere, pessimistische Stimmung, die dann eintritt. Dieselbe repräsentiert eine noch höhere Stufe des Schutzes, denn während wir unter gewissen Bedingungen geneigt sein möchten, die Warnung, die uns das Ermüdungsgefühl geben sollte, zu vernachlässigen, hindert uns das Unlustgefühl, die Depression, welche auf starke Ermüdung folgt, an dieser Vernachlässigung. Die so hervorgerufene Willenshemmung dient uns zur Warnung gegen übermäßige Ausgabe von Energie. Nun kommt es allerdings oft vor, dass das Quantitätsverhältnis zwischen diesen 3 Instanzen gestört ist. So ist beim Neurastheniker und anderen Neurotikern das Ermüdungsgefühl ungewöhnlich stark; er wird sehr leicht müde, und die Ermüdung führt bei ihm vielleicht ungewöhnlich leicht zur Depression. Andererseits wird von manchem Neurotiker das Ermüdungsgefühl durch Stimulation, z. B. Tabak, unterdrückt, und die zum Schutz vor Ueberschreitung notwendige Depression wird dadurch hinangehalten und durch Verlust dieser Schutzvorrichtung kommt es dann zu exzessivem, oft irrevokablem Kräfteverbrauch.

Andererseits kann bei Leuten, die sich hauptsächlich intellektuell beschäftigen, die durch Ermüdung hervorgerufene psychische Depression sich hypertrophisch entwickeln, ganz ausser Proportion mit der wirklichen Ermüdung. Ein solches Missverhältnis mag wohl die Grundlage des Pessimismus bilden.

Es ist ferner zu betonen, dass die leicht ermüdbaren Neurotiker gewöhnlich auch gemüthlich sehr erregbar sind, und da Emotion einen sehr mächtigen ätiologischen Faktor psychischer Ermüdung darstellt, finden wir bei diesen Patienten oft einen ausgesprochenen Circulus vitiosus.

Nur unter gebührender Berücksichtigung dieser Faktoren können solche Kranke, hauptsächlich Neurastheniker, richtig behandelt werden.

Ich möchte Sie nun auf gewisse Symptomenkomplexe aufmerksam machen, bei denen Kenntniss des Zusammenhangs gewisser physiologischer Vorgänge mit der Psyche ganz besonders wichtig ist und als Richtschnur für die Behandlung sich erweist. Manche davon hat W. Prince als Associationsneurosen bezeichnet. Ich gebe Ihnen hier drei Beispiele und beginne den Bericht mit dem folgenden von mir selbst gesehenen Falle.

Ein junges Mädchen mit ausgesprochenen Stigmata der Hysterie hat einen intensiven Blepharospasmus, extreme Konvergenz der Augen, Kontraktion der Pupillen und, wie sich klar ophthalmoskopisch nachweisen lässt, einen starken Akkomodationskrampf. Diese Symptome einzeln genommen bleiben ganz unverständlich, zusammengenommen dagegen lassen sie sich folgendermassen erklären. Bei einem hysterischen Mädchen entwickelt sich, auf Grund eines leichten Refraktionsfehlers (Astigm. und Myopie), dadurch dass sie Gegenstände, um sie besser zu sehen, stets näher und näher bringt, ein habitueller Krampfzustand des Apparates der binokulären Fixation. Fixation besteht, wie wir wissen, in Konvergenz der Augenachsen, Akkomodation der Linsen und Kontraktion der Pupillen. Die Kranke hat es so zur Gewohnheit gemacht, diesen Apparat nur für Nähefixation zu benutzen, dass sie nicht mehr im stande ist, denselben zu erschaffen; so spaltet sich quasi dieser physiologische Apparat von der Psyche ab und agiert in gewisser Weise selbstständig. Andererseits ist der Blepharospasmus sekundär auf dem Krampf des Apparates der Fixation aufgebaut. Er entwickelte sich während einer temporären Besserung des Fixationskrampfes. Mit dieser Besserung, d. h., mit der Erschlaffung dieses Apparates, ging eine Erweiterung der Pupille natur-

gemäss Hand in Hand. Da aber durch frühere habituelle Verengung der Pupillen das Auge nur stets wenig Licht erhielt, so wurde durch die nun mit der Besserung eintretende Erweiterung der Pupille die Retina lichtscheu und es erfolgte dann als natürlicher Schutzreflex ein Zukneifen der Lider, ein ausgesprochener Blepharospasmus.

Die Behandlung, die ich in diesem Falle nicht verfolgen konnte, musste sowohl dem Fixationskrampf als dem Blepharospasmus Rechnung tragen. Also Lähmung der Akkomodation durch Atropin und Tragen dunkler Gläser zur Bekämpfung der Lichtscheu; dann allmähliche Ersetzung der dunklen Gläser durch weniger dunkle mit allmählicher Abnahme der Atropindose, d. h., allmähliche Verminderung der Akkomodationslähmung und der Mydriasis. Dabei Erklärung des Sachverhaltes der Patientin gegenüber.

Ein überaus interessanter, hierher gehörender Fall, wurde von Janet in klassischer Darstellung vor der Academy of Medicine berichtet. Es handelte sich gleichfalls um eine ausgesprochene Hysterie. Dieser Kranken wurden wegen gewisser Sehbeschwerden von Prof. Dufour der eine Nervus opticus durchschnitten. Trotzdem fuhr die Kranke fort, Sehstörungen zu haben, die sie auf das seines Sehnerven beraubte Auge bezog und die sie für die meiste Zeit beinahe blind machten, trotzdem das nicht operierte Auge ganz normal war.

Sorgfältiges Studium überzeugte Janet, dass die Kranke unter gewissen Umständen ganz normal, ohne Beschwerden sehen konnte, und es zeigte sich, dass dies jeweilen der Fall war in Sehakten, die normalerweise nur mit einem Auge vollzogen werden, also beim Schauen durch ein Teleskop oder Mikroskop, oder beim Zielen beim Schiessen etc.; dass dagegen beim binokulären Sehen, das ja beim normalen Menschen die Norm darstellt, stets jene Störungen eintrafen, die sie quasi blind machten. Janet schloss daher, dass die

Kranke, trotzdem bei ihr der eine Sehnerv vollkommen durchschnitten und atrophiert war, sozusagen nicht gelernt hatte, nur mit einem Auge zu sehen, sondern psychisch fortfuhr, beide Augen zu gebrauchen, d. h. sich in irgendwelcher Weise der optischen Zentren beider Augen zu bedienen. Nachdem diese Ueberzeugung gewonnen war, war die Behandlung klar vorgezeichnet. Die Kranke musste gelehrt werden, stets monokulär zu sehen. Dies wurde dadurch erreicht, dass vor dem normalen Auge in einem brillenartigen Gestell ein einfaches Rohr angebracht wurde, das quasi die Rolle eines Fernrohres übernahm, obwohl es keine Gläser erhielt. Dies Rohr genügte, sie monokulär und dabei normal sehen zu lassen. Indem nun das Rohr allmählig kürzer gemacht wurde, wurde die Patientin zuletzt gelehrt, auch ohne Rohr monokulär, d. h., normal zu sehen.

Das richtige Verständnis wurde von Janet erst nach eingehendem Studium erreicht, und mit Recht musste es ihm daher komisch erscheinen, als bei seiner Uebernahme des Falles die Ophthalmologen, die ihn darüber konsultiert hatten, die Aufforderung an ihn stellten, er möge die Krankheit wegsuggerieren.

Wäre Janet früher konsultiert worden, so wäre der Kranken die ernste Operation der Durchschneidung des Sehnerven, die ja durchaus keine Besserung des Leidens erzielte, erspart geblieben.

Ich schliesse hier einen dritten Fall an, der von Dr. Mackenzie aus Baltimore berichtet und von Morton Prince§) zitiert und als sogenannte Assoziationsneurose klassifiziert wird. Der Fall betraf eine Dame, die seit Jahren an heftigen Anfällen von „rose cold“ oder Heufieber, begleitet von asthmatischen Anfällen, litt. Sehr geringe Veranlassungen, wie z. B. die blosse Anwesenheit einer Rose im gleichen Zimmer,

§) Journal of Nervous and Mental Diseases. (Association Neuroses, etc.) May, 1897, p. 257.

waren genügend, ausgesprochene Anfälle dieser Krankheit hervorzurufen. Dr. Mackenzie, die Natur des Uebels ahnend, machte nun folgendes Experiment: Er liess sich eine ausgezeichnet imitierte künstliche Rose herstellen. Beim nächsten Besuch der Patientin in seiner Office, nachdem er sich durch Inspektion der Nasenschleimhaut überzeugt hatte, dass dieselbe frei von Koryza war, hielt er plötzlich die bisher hinter einem Wandschirm versteckte künstliche Rose vor sie hin. Beinahe sofort entwickelte sich ein heftiger Anfall von Koryza. Ihre Augen füllten sich mit Thränen, die Konjunktiven injizierten sich, die Puncta lacrymalia begannen heftig zu jucken, das Gesicht rötete sich, die Nasenwege wurden obstruiert, die Stimme wurde heiser und nasal. Hiezu gesellten sich Niessreiz, tatsächliche Absonderung von Flüssigkeit aus der Nase, Gefühl der Beklemmung und leichte Beinträchtigung der Atmung. Bei der Untersuchung zeigten sich die Nasengänge fast vollkommen durch die geschwollenen und geröteten Nasenmuskeln verlegt.

Die wahre Natur der Rose wurde später der Patientin enthüllt, mit dem Resultat, dass sie bei ihrem nächsten Besuch das Gesicht in einen Strauss wirklicher Rosen vergrub, ohne nachteiligen Erfolg.

Dieser Fall ist sehr instruktiv. Es handelt sich hier um eine Krankheit, die gewiss jeder für organisch halten würde, denn alle Anzeichen einer wirklichen katarhalischen Erscheinung waren vorhanden, und wahrscheinlich war dieselbe ursprünglich durch exogene reizende Agentien, vielleicht die Pollen einer Rose, hervorgerufen. Später assoziierte sich aber die Idee der Rose so stark mit der Aetiologie der Krankheit, dass selbst der Anblick einer Rose genügend wurde, das ganze Krankheitsbild zu entfesseln. Also könnte eine, ursprünglich durch äusseren Reiz hervorgerufene, Krankheit nachher durch die psychische Vorstellung ausgelöst werden.

Sie sehen also, meine Herren, in welch

engem Zusammenhang die Psyche selbst mit organischen Prozessen stehen kann, und wie wichtig es therapeutisch ist, diesen Zusammenhang zu erkennen.

Weiter oben habe ich des sogenannten kathartischen Verfahrens von Breuer und Freud Erwähnung getan. Dasselbe ist jüngstens von Freud zur sogenannten psychoanalytischen Methode abgeändert worden. Letztere ist von so weittragender Bedeutung für die Behandlung gewisser Psychoneurosen und Psychosen, dass eine eingehende Besprechung derselben am Platze ist. Ihre Anwendung gestaltet sich in folgender Weise:

Anstatt, wie früher, die Patienten in Hypnose zu versetzen, beeinflusst er dieselben im Wachzustande. Er lässt die Kranken eine bequeme Rückenlage auf einem Ruhebett einnehmen, während er selbst, ihrem Anblick entzogen, hinter ihnen sitzt. Schliessen der Augen, Berührung der Kranken, alles was an Hypnose mahnen könnte, wird vermieden. Er lässt sich dann mit den Kranken in ein Gespräch ein, in welchem die letzteren die Rolle der Erzähler spielen. „Es wird ihnen eingeschärft, dass sie beim Erzählen der Krankengeschichte sich in ihren Mitteilungen gehen lassen, wie man es etwa in einem Gespräch tut, bei welchem man aus dem Hundertsten ins Tausendste gerät. Sie müssen alles mitsagen, was ihnen durch den Kopf geht, auch wenn sie meinen, es sei unwichtig oder es gehöre nicht dazu, oder es sei unsinnig. Mit besonderem Nachdruck aber wird von ihnen verlangt, dass sie keinen Gedanken oder Einfall darum von der Mitteilung ausschliessen, weil ihnen diese Mitteilung beschämend oder peinlich ist.“ Freud konstatierte nun bei Neurotikern unter Anwendung dieser Methode regelmässig das Vorhandensein von Lücken der Erinnerung; und der Aufforderung, dieselben durch angestrengte Arbeit der Aufmerksamkeit auszufüllen, wird ein starker Widerstand geleistet, d. h., die hiezu sich einstellenden Einfälle werden mit allen Mitteln der

Kritik zurückgedrängt, bis sie endlich das direkte Unbehagen verspüren, wenn die Erinnerung sich wirklich eingestellt hat.

Freud betrachtet die beseitigten Einfälle als Abkömmlinge der verdrängten psychischen Gebilde (Gedanken und Regungen) als Einstellungen derselben infolge des gegen ihre Reproduktion bestehenden Widerstandes. Je grösser der Widerstand, desto ausgiebiger diese Entstellung.

Die therapeutische Arbeit besteht nun darin, „von den Einfällen aus zum Verdrängen, von den Entstellungen zum Einstellen zu gelangen, auf welche Weise, auch ohne Hypnose, das früher Unbewusste im Seelenleben dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden kann.“ Zielbestrebung ist, „alle Erinnerungslücken auszufüllen, alle rätselhaften Effekte des psychischen Lebens aufzuklären und hiedurch den Fortbestand, ja eine Neubildung des Leidens unmöglich zu machen.“ Dies kann allerdings in keinem Falle vollkommen erreicht werden, jedoch erzielt man in vielen Fällen „die praktische Genesung des Kranken, die Herstellung seiner Leistungs- und Genussfähigkeit.“

Zur Erreichung des Zieles ist ein Verständnis des psychischen Mechanismus, mittelst dessen sich die Verdrängungen und Entstellung entwickeln, unvermeidlich, und Freud hat durch sorgfältiges Studium eine besondere Deutungskunst ausgebildet, deren Grundzüge teilweise in einer umfangreichen Monographie, betitelt „Traumdeutung“, ausgeführt sind.

In dieser Deutungskunst liefert der folgende, von mir gesehene Fall, eine interessante Illustration und zeigt, wie einfach sich in manchen Fällen die Therapie bei richtigem Verständnis gestalten kann, wie leicht aber andererseits mangelhaftes Verständnis die Heilung verzögern oder vollkommen hintanhaltend kann:

Es handelte sich um eine junge Frau, deren Mann vor sechs Monaten nach Amerika verreiste und sie mit einer mür-

rischen, wunderlichen alten Mutter zurückliess. Bald nach seiner Abreise, besonders aber in den letzten zwei Monaten, weinte sie viel und war nervös. Zirka drei Wochen bevor ich die Patientin zum erstenmal sah, reiste sie dem Manne nach Amerika nach. Auf dem Schiffe nun wurde ihr Verhalten eigentümlich. In jedem hübschen Manne sah sie ihren Gatten, änderte aber dann sogleich ihre Ansicht, spuckte voll Widerwillen vor sich hin und sagte, nein, er ist nicht mein Gatte, ich will meinen wirklichen Gatten. Sie behauptete auch, dass ein hochwüchsiger Mann sich neben ihr niedergelegt und verrückt getan hätte.

Bei der Untersuchung, gleich bei ihrer Ankunft in Amerika, zeigte sie ein widerstreitendes Verhalten, bald lachend, bald weinend, in welchem sich aber ein deutlich erotischer Zug, eine halb verhaltene Koketterie geltend machte. Dabei war sie aber wieder gegen Anfragen über die Ursache ihres Verhaltens zurückhaltend, ablehnend. Sie äusserte ein- oder zweimal, sie wäre keine gute Frau. Oft standen ihre Gemütsäusserungen in starkem Widerspruche zu ihren Reden. Man konnte von ihr keine befriedigende Auskunft über Zeit und Ort, über ihre neuesten Erlebnisse erhalten; sie sagte stets in ablehnender Weise, „ich weiss nicht“, als ob sie nichts drum gebe und sich nicht bemühen wolle, darüber nachzudenken.

Ein hervorstechender Punkt war die Gleichgiltigkeit gegen ihr ca. 3 Monate altes, an leichtem Durchfall leidendes Kind, dessen Pflege sie fast ganz der Mutter überliess.

Sie glaubte jetzt, dass der hochwüchsige Mann auf dem Schiffe, von dem sie früher gesagt hatte, er habe sich neben sie hingelegt, ein Bruder von ihr sei, von dem man glaubte, er wäre vor dreizehn Jahren gestorben. Er gleiche sehr einem Bilde, das sie von diesem Bruder habe. Dieser Mann sei sehr nett, sehr nobel und sehr gut gegen die Kranken auf dem Schiffe gewesen.

Sie zeigte schon von Anfang an, be-

sonders aber im weiteren Verlauf, eine gewisse Angst, die sie oft mit Lachen und spassenden Bemerkungen maskierte, die aber stets vorhanden war und zeitweise sehr deutlich zum Vorschein kam. So dachte sie bei einer Gelegenheit, sie wäre in einem Gefängnis; sie wisse nicht, was aus ihr werden solle, sie wisse nicht, was aus der Mutter und dem Kind geworden sei (letztere befanden sich im anliegenden Spital). Sie dachte, ein Angestellter wollte sie umbringen, lachend hinzufügend, er hätte getan, als wollte er ihr den Kopf abhauen.

Dann wieder glaubte sie, es sei ihr jemand nach Amerika nachgekommen. Dieser Jemand war zuerst ein Dr. H., den sie vor ihrer Abreise nach Amerika konsultierte habe und der auf sie böse sei, weil sie nicht ein zweitesmal zu ihm gegangen sei. Später kam ihr vor, der Mann, der als Dr. H. figurierte, wäre vielleicht gar nicht der Dr. H., sondern ihr Onkel, welcher die Frau und Kinder im Stiche gelassen hatte. Er wolle sie vielleicht vergewaltigen, jedenfalls fürchte sich vor ihm.

Sie machte allerlei Personenverwechslungen. Einen Mann hielt sie für den Dr. H.; dann wieder, nachdem er weggegangen war, frug sie, ob er nicht „ihres Bruders Vater sei“. Einen anderen Mann hielt sie für ihren Verwandten, dies damit begründend, dass er ihr das gesagt habe, während es im Gegenteil sie selbst war, die das kurz vorher gesagt hatte.

Psychoanalytische Deutung des Falles.

Abwesenheit des Gatten und der geschlechtlichen Beziehung dienen als Kern für die Entwicklung einer Psychose mit erotischem Inhalt und mit einer gewissen Beneblung des Bewusstseins, welches die durch äussere Sinnesreize empfangenen Eindrücke verwischt, das Urteilsvermögen schwächt und so den psychogenen Vorstellungen oder Traumphantasien Geltung verschafft und sie als reell erscheinen lässt. So kommt es zu

allerlei Substitutionen und Personenverwechslungen.

Der Anblick schöner Männer erweckt erotische Gefühle. Gegen das Aufkommen dieser protestiert das Gefühl ehelicher Treue und der Scham, aber die Unmöglichkeit sie zu unterdrücken, erweckt das Bedürfnis, sie quasi zu legitimieren, indem sie diese Männer oder einen derselben für ihren Gatten hält. Das Bedürfnis wird in dem Zustand der Beneblung des Bewusstseins leicht zum Glauben. Doch wird dasselbe durch eine höhere psychische Instanz unterdrückt, was sich in den unter grosser Abscheu- bezeugung ausgesprochenen Worten „nein, er ist nicht mein Mann, ich will meinen wirklichen Mann“ ausdrückt. Zur Rettung der Situation kommt dann gewissermassen eine bessere Substitution zu Hilfe. Der nette, edle, hochwüchsige Mann auf dem Schiffe ist nicht ihr Gatte, sondern ihr angeblich vor 13 Jahren verstorbener Bruder. Diese Substitution ist viel besser gerechtfertigt und rationeller und erlaubt den Ausdruck von Gefühlen der Zuneigung und Zärtlichkeit. Das zu Grunde liegende sexuelle Gefühl findet so einen legitimen, obwohl nicht genügenden Abfluss.

Die verschiedenen Furcht äusserungen lassen sich auch am besten auf einer sexuellen Basis erklären, nämlich im Gefühl der (sexuellen) Schuld, welches die quasi an die illegitime Adresse gerichteten Gefühle, trotz der scheinbar erreichten Selbsttäuschung, erwecken. Dieses Gefühl des Unrechts äussert sich auch in ihrer Bemerkung, sie sei keine gute Frau; und eine Bestätigung der sexuellen Basis zeigt sich in der Angst, dass der schlechte Onkel, der Frau und Kinder im Stiche liess, gekommen sein möge, um sie zu vergewaltigen.

Interessant ist die Gruppierung der Personenverwechslungen um zwei Kernpunkte, nämlich 1) um den Erotismus, welcher letzterer sich in der Angst sexueller Verfolgung ausdrückt. Den erotischen Kernpunkt bildet der hochwüch-

sige Mann, den sie für ihren Bruder hält. Die anderen verwechselten Personen sind dann der „Vater ihres Bruders“ und der „Bruder ihres Bruders“; eigentümliche Ausdrücke, die nur dann richtige Würdigung finden, wenn man im Auge behält, dass der Bruder doch für sie die Rolle des Gatten übernimmt. Diese Auffassung findet auch daran ihre Stütze, dass sie diese Verwandtschaften aus der Aehnlichkeit mit dem hochwüchsigen Manne auf dem Schiffe ableitet.

Die geschlechtliche Verfolgung wird repräsentiert in dem schlechten Onkel, der Frau und Kinder im Stiche liess und den sie bald in Dr. H., bald in verschiedenen Leuten ihrer Umgebung zu sehen glaubt.

Die Richtigkeit der geschilderten Auffassung des Falles findet darin Bestätigung, dass im Verlaufe einiger Besuche des Gatten das Verhalten der Patientin sich so besserte, dass eine baldige Genesung vorauszusehen war.

Es würde Ihre Geduld zu sehr in Anspruch nehmen, wollte ich alle Zustände besprechen, die günstig mit der psychoanalytischen Methode beeinflusst werden können. Lassen Sie mich nur erwähnen, dass manche Zwangsvorstellungen und Phobien, gewisse Hysterien, Angstneurosen und verwandte Zustände erfolgreich damit behandelt werden können. Allerdings sind für Durchführung derselben gewisse Bedingungen in dem Patienten erforderlich, wie ein gewisser Grad von Bildung, Intelligenz und ethischer Entwicklung, die Fähigkeit zu psychischen Normalzuständen. Die Behandlung nimmt in manchen Fällen Monate und selbst Jahre in Anspruch.

Dass die Technik dieser Behandlungsweise durchaus keine leichte ist, geht aus Obigem hervor. Dieselbe setzt bedeutende psychologische, psychiatrische und neurologische Kenntnis voraus. Unrichtige Anwendung kann ebenso unheilvoll

in ihren Folgen sein wie unrichtige Anwendung der Röntgenstrahlen, obwohl in anderer Hinsicht. Die Notwendigkeit der Fachkenntnis gilt auch für die Auswahl der Fälle. Gewisse Krankheiten des Nervensystems, wie Epilepsie, Chorea, Tabes dorsalis und andere organische Krankheiten des Rückenmarks und Gehirns fallen ganz ausserhalb des Bereichs dieser Methode. Da dagegen die Unterscheidung funktioneller Krankheiten, z. B. der Hysterie, von organischen Krankheiten des Nervensystems oft recht schwierig ist, zeigt sich die Wichtigkeit bedeutender Fachkenntnis, da es ja wohl niemanden einfallen würde, z. B. eine Hirnsyphilis auf psychoanalytischem oder überhaupt psycho-therapeutischem Wege heilen zu wollen.

Der Wirkungskreis der Psychotherapie reicht indessen noch weiter, als ich bisher ausgeführt habe. Sehr interessant sind die vergleichenden Betrachtungen, die Dr. Adolph Meyer in dieser Beziehung über die Entstehung der Dementia praecox und andere Psychosen angestellt hat. Sehr füglich vergleicht er gewisse psychiatrische Probleme mit der Tuberkulosefrage und deutet darauf hin, dass wie die Tuberkulose jetzt in ihren Anfängen zu erkennen ist und erfolgreich bekämpft wird, es unser Bestreben sein müsse, Psychosen in ihrer Entwicklung, in ihren Anfängen zu studieren. Auf diese Art werde es vielleicht möglich werden, solche schwere Zustände, wie die Dementia praecox, durch entsprechende, auf psychologischen Prinzipien aufgebaute Erziehung im Keime zu ersticken.

Meine Herren, das Thema, welches ich hier gewählt habe, ist so gross, dass ich es unmöglich erschöpfend behandeln konnte. Ich konnte manchen wichtigen Punkt nur berühren, und muss Sie um Nachsicht bitten, trotzdem so viel von Ihrer Zeit in Anspruch genommen zu haben.

64 E. 90th St., New York.

Röntgenographie des Harnapparates.*

Von Dr. MAX REICHMANN, Chicago.

Gleich nach der Veröffentlichung der nun historischen drei Mitteilungen Röntgen's wurde von verschiedenen Forschern die Durchlässigkeit von Nierensteinen für die Röntgenstrahlen geprüft, und namentlich Kümme1 und Riegel haben Leichenversuche in dieser Hinsicht gemacht und ermittelt, dass in Leichen Oxalate die meisten Strahlen absorbieren; ihnen reihen sich die Phosphate und Urate an.

In vivo liessen diesbezügliche Untersuchungen lange viel zu wünschen übrig. Man schob die Schuld auf zu grosse Durchlässigkeit der Steine oder zu geringe Grösse derselben oder endlich zu grosse Körperfülle der Patienten.

In Wirklichkeit lag die Schuld der vielen Misserfolge an der noch wenig ausgebildeten Aufnahmetechnik.

Mit der Verbesserung der letzteren, namentlich mit der Einführung der Kompressionsblenden durch Albers-Schönberg änderte sich die Sachlage mit einem Schlage, sodass Rumpel (1903 in seiner Monographie „Die Diagnose der Nierensteine“) mit vollem Rechte folgende Behauptungen aufstellen konnte:

„Wir haben die Ueberzeugung, dass jeder Stein, mag er im Nierenbecken, in den Kelchen oder im Harnleiter stecken, mag er aus Oxal- oder Harnsäure, aus phosphorsaurem Kalk oder Cystin bestehen, mag er die Grösse einer Erbse oder die eines korallenartigen Ausgusses des Nierenbeckens oder der Kelche haben, mag er endlich von einem schlanken oder korpulenten Menschen beherbergt werden, kurz dass jeder Stein auf der photographischen Platte mittelst Röntgenstrahlen dargestellt werden kann un-

ter Voraussetzung einer gut durchgeführten Technik.“

Bevor ich auf die seit nun drei Jahren angewandte und an nahezu 400 Nierenuntersuchungen von mir erprobte Technik übergehe, möchte ich einen wichtigen Umstand hervorheben, nämlich die Vorbereitung des Patienten. Da nämlich Koprolithen und auch weiche Kotballen häufig Anlass zu groben Täuschungen geben, ist es absolut notwendig, dass für eine möglichst gründliche Entleerung des Darmes Sorge getragen wird. Ich weise daher die Patienten an, 24 Stunden nur flüssige Nahrung zu sich zu nehmen und durch Purgantia und Einläufe für eine möglichst vollkommene Entleerung der Därme Sorge zu tragen. Ist das geschehen, dann wird der Patient entkleidet auf den Untersuchungstisch gelegt, so zwar, dass seine Lendengegend der Tischplatte eng anliegt, was man immer durch Hochlagerung des Oberkörpers und Beugung der Beine im Knie erzielen kann, und nun die eigentliche Untersuchung begonnen. Albers-Schönberg als auch Gocht geben in ihren diesbezüglichen Lehrbüchern noch 1903 an, man solle zunächst ein Uebersichtsbild vom ganzen Unterleib machen und dann etwaige verdächtige Stellen mit der Blende separat untersuchen. Seitdem ich mit der Kompressionsblende arbeite, habe ich diese Art der Untersuchung aufgegeben, erstens weil man nie kleine und weiche Steine ohne Blende auf die Platte bringen kann (durch Leichenversuche erwiesen) und zweitens sind die grossen Platten sehr schwer zu handhaben. Ich gehe also so vor, dass ich zunächst unter eine Niere zwei auf einander liegende Platten (Schichtseiten nach oben sehend) schiebe, das Kompressionsblendenrohr mit seinem unteren Rand unter den Rippenbogen bringe und das Instrument um

*) Nach einem am 21. November 1907 in der Deutschen Medizinischen Gesellschaft zu Chicago gehaltenen Vortrage.

einen Winkel von ca 40° nach den Füßen zu umkippe, so dass ich dann, ohne auf die Rippen zu drücken, das Rohr 5—10 cm tief in den Bauch einpressen kann. (Das Zwei-Plattensystem hat sich mir immer trefflich bewährt, erstens habe ich stets bei etwaigen Plattenfehlern oder anderen zweifelhaften Schatten stets ein Vergleichsobjekt bei der Hand, und zweitens habe ich von jedem Falle eine Platte zur Verfügung, wenn auch die andere auf irgend eine Weise abhanden gekommen oder zerschlagen worden ist.)

Nachdem dann die Röntgenröhre aufgesetzt und die Platte *artis* beleuchtet worden, gehe ich zur Aufnahme des mittleren Teiles des Ureters über, hierauf der Niere und des Harnleiters der anderen Seite, um endlich mit der Aufnahme des Beckenanteiles der Ureteren und der Blase (auf einer Platte) die Untersuchung abzuschliessen. Auf diese Weise kann mir absolut kein Konkrement im uropoetischen System entgehen. Ich habe diese Methode an nun 364 Fällen angewendet, 193 von diesen gestattet eine absolut sichere Röntgendiagnose von Nieren- oder Harnleiter- oder Blasenkonkrementen.

In allen Fällen, die der Operation unterworfen wurden, wurde der Stein gefunden, ein einziger Fall machte eine eigentümliche Ausnahme. Er betraf eine

sehr korpulente Frau, die an langandauernder Haematurie und Anfällen von Nierenkolik litt und bei welcher ein Röntgennegativ der linken Niere einen deutlich begrenzten 1 cm hohen zuckerhutförmigen Schatten auf beiden Platten ergab. Der hinzugezogene Chirurg, der nebenbeigesagt sich ziemlich gut auf das Lesen von Röntgennegativen versteht, zögerte nicht, eine Nephrotomie vorzunehmen; dabei wurden einige Infarkte im Nierenparenchym gefunden, von einem Steine aber keine Spur. Es konnte sich, da ein Plattenfehler auszuschliessen war, in diesem Falle entweder um eine verkalkte Drüse oder eine verkalkte Narbe im Parenchym gehandelt haben, oder die Niere wurde nicht genügend exploriert.

Von anderen Abnormitäten, die ich bei meinen Fällen gefunden, will ich erwähnen, dass es mir relativ häufig vorgekommen ist, dass ich Steine, die in den Nieren vermutet wurden, im Ureter gefunden habe und vice versa, ebenso verfüge ich über 2 Fälle, wo Konkreme in beiden Nieren nachgewiesen wurden, während die Symptome unilateral waren, und endlich ist ein Fall zu erwähnen, in welchem die Symptome auf Steinbildung in der rechten Niere hinwiesen, während die Röntgenuntersuchung den Stein in der linken Niere zeigte.

405 Schiller Building.

Referate und Kritiken.

Sprachliche Einleitung zur 7. Auflage von Roth's Medizinischem Lexikon.

Die meisten Barbarismen und Neubildungen verdanken den Aerzten des spätern Mittelalters ihren Ursprung, Missbildungen sprachlicher Art auch manchen Spezialisten unserer Zeit, von denen *Hyrtil* behauptet, dass sie ausser von ihren Erfindern von Niemand gebraucht würden. Wahr ist, dass mit der Kenntnis der Gesetze der Sprache und Wortbildung eine Barbarei, wie sie

Arnobius gemeint (*Adversus gentes lib. I, 59*): „*Barbarismus et solecismus obsitae sunt res vestrae, et vitiorum deformitate pollutae*“, künftig unmöglich sein wird. Möchte doch dieser unser schwacher Versuch ein kleines Scherflein hierzu beigebracht haben!

Von den Aerzten neuester Zeit ist besonders kräftig *Dr. med. et phil. R. Kossmann* in seinen kritischen Erörterungen zur gynäkologischen Nomenklatur, Berlin 1896, für die Reinheit und

Richtigkeit der medizinischen Sprache eingetreten; p. VI: „In den letzten Zeiten hat die zunehmende Wichtigkeit der internationalen Kongresse uns den Mangel einer universellen Gelehrtensprache immer lebhafter empfinden lassen und in den Fachzeitschriften häufen sich die Klagen darüber, dass wir das Lateinische allzu voreilig aufgegeben haben, und die Vorschläge, es wieder zu einem gemeinsamen Verständigungsmittel zu machen.“ Dagegen hat Professor Achilles Rose, Sekretär der Deutschen Medizinischen Gesellschaft in New York, wiederholt das Griechische als allgemeine Sprache der Aerzte und Gelehrten überhaupt vorgeschlagen (Die Griechen und ihre Sprache, Leipzig 1899), eine Frage, die schon 1889 Dr. jur. L. Kuhlbeck in einem Sendschreiben an den geistigen Adel deutscher Nation behandelt hat (Leipzig, W. Friedrich). Herr Dr. A. Rose hat uns durch seine freundlichen Beiträge in den Medical Notes and Queries, New York, April 1907, seine Greek Terms in Medical Language und die Denkschrift über ärztliche Kunstsprache, Juli 1907, namhafte Dienste geleistet. Er schreibt mir folgendes: „Griechisch ist eine alte, logisch scharf entwickelte und vor allem lebende und infolgedessen auch weiter entwicklungsfähige Sprache; diese letztere Tatsache haben unsere medizinischen Nomenklaturen der Neuzeit nicht berücksichtigt, sondern Griechisch als tote Sprache behandelt, zeitgenössliche wissenschaftliche Literatur derselben keines Blickes gewürdigt, griechische Kollegen nicht zu Rate gezogen. Neue Worte für neue Begriffe wurden von ihnen mit Hilfe des griechischen Schullexikons, das nur einen Teil der wirklich gesprochenen Sprache umfasst, gebildet. Es wurden Barbarismen in grosser Zahl in die medizinische Sprache eingeführt und diese Barbarismen haben viel Verwirrung angerichtet. Manche der unwissenschaftlichen Neubildungen entsprechen nicht den Gesetzen der Orthographie und Analogie, manchen ursprünglich richtig gewählten Namen ist eine andere Bedeutung beigelegt worden als die, welche sie ursprünglich hatten, wieder andere sind hybrid-pueril und wieder andere sind überflüssig. In dieser neuen

Auflage sind unrichtig gebildeten oder unrichtig gewählten, dem Griechischen entnommenen Namen richtige, in der heutigen griechischen Literatur gebräuchliche Benennungen beigelegt worden, und diese Neuerung möge dazu dienen, Reform in der ärztlichen Kunstsprache anzubekommen.“ „Jedenfalls,“ fährt Kossman a. a. O. fort, „können wir für die Bildung unserer pathologischen und chirurgischen Kunstausdrücke die griechischen Wortstämme nicht entbehren. Hat man aber die Feststellung der griechischen Synonyma für die pathologisch-chirurgischen Bedürfnisse einmal als notwendig anerkannt, so wird man sich auch wohl entschliessen, im Interesse der sprachlichen Richtigkeit und Schönheit noch einen kleinen Schritt weiterzugehen und auch für diejenigen hybriden Termini, bei denen jenes Bedürfnis nicht gerade vorliegt, reingriechische Synonyma aufzustellen. Mehr und mehr wendet sich unser Interesse wieder den zum Teil sehr wertvollen Schriften der Alten zu. Demjenigen aber, der sie nicht nur durchblättert, sondern studiert und liebgewinnt, wird es immer schwerer und schwerer, neben der klassischen Nomenklatur eine pseudoklassische zu ertragen, einen wissenschaftlichen Begriff mit einem griechisch oder lateinisch klingenden Wortungeheuer bezeichnen zu sollen, während ihm der einfache wirkliche griechische Ausdruck dafür bekannt und geläufig ist.“

Wir schliessen mit den Worten des Meisters der romanischen Sprachforschung (Dietz, Etymol. Wörterb., 5. Aufl., Leipzig 1887, p. VIII): „Das Höchste, was der Etymologe erreicht, ist das Bewusstsein, wissenschaftlich gehandelt zu haben.“

Als Hilfsmittel für die sprachliche Einleitung und die Etymologien von Roth's Wörterbuch der klin. Terminologie dienten dem Verfasser ausser den medizinischen Schriftstellern des Altertums (Medicorum graecorum opera omnia, graece et latine ed. Kuehn, Lips. 1821-30, 28 vol.) Eclogae physicae ed. J. G. Schneider, Jena 1800, 2 vol. — Physici et medici graeci minores ed. Ideler, Berol. 1842, 2 vol. die Glossare zu Hippokrates und Galenos ed. Klein, Lips. 1865. P o l l u x o n o-

masticon. Hippokrates' Erkenntnisse im griechischen Text ausgewählt, übersetzt und auf die moderne Heilkunde bezogen von Theodor Beck, Jena 1907. H. N. Anke, lexikograph. Bem. mediz.-philol. Inhaltes (Philol. 32), die türkische, persische und arabische Grammatik von W a h r m u n d, die armenische von H u e b s c h m a n n, die griech., römische und byzant. Literaturgeschichte von T e u f f e l, M u e l l e r - H e i t z, C h r i s t und K r u m b a c h e r, Gesch. der Medizin von H i r s c h e l, S p r e n g e l, H a e s e r, A u g u s t H i r s c h 1893, die unübertreffliche Onomatologia anatomica v. Jps. H y r t l (Wien 1880), E u l e n b u r g's Realencyclopaedie der ges. Heilkunde, 3. Aufl. (Bd. I-XXVI, Berlin und Wien 1894-1901), A. V i l l a r e t, Handwörterbuch der ges. Medizin (Stuttgart 188, 2. Aufl. 1899, 1900), die griech. und lat. Grammatiken von G. und L. M e y e r, H a t z i d a k i s, T h u m b, K u e h n e r und S c h u c h a r d t, die Grundzüge der griech. Etymologie von G. C u r t i u s, das griech. etymolog. Wörterbuch von P a p e, P r e l l w i t z 1902, der deutschen Sprache von K l u g e 1889 und T e t z n e r, D u d e n, B a u e r - F r o m a n n 1893, die Lexika von V a n i c e k, Z e h e t m a y r, S u h l e und S c h n e i d e w i n, K u m a n u d e s, G e o r g e s, W o e l f e l i n, D u c a n g e, D i e f f e n b a c h, D i e t z, K o e r t i n g, S a c h s - V i l l a t e, C h a m b e r s' Etymological Dictionary of the English Language (London 1884), S o p h o k l e s, Greek Lexikon of. Byzant. und Rom. period. und viele Monographien, darunter das dem Studierenden empfehlenswerte Büchlein von B. S c h w a l b e, griech. Elementarbuch, Grundzüge des Griechischen zur Einführung in die aus dem Griechischen stammenden Fremdwörter (Berlin, Reimer, 1887) und A. H e m m e, Was muss der Gebildete vom Griechischen wissen? Leipzig 1900, 2. Auflage, 1905.

Zum Schlusse obliegt mir noch die angenehme Pflicht, den Herren Dr. Achilles Rose in New York und Dr. med. et phil. Basilio Leonardo in Athen meinen verbindlichsten

Dank für ihre wertvollen Ratschläge und Beiträge auszusprechen.

Dr. Heinrich Zimmerer.
Regensburg, 1908.

Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Erkrankungen des Urogenitalapparates. Redigiert von Prof. Dr. A. K o l l m a n n und Dr. S. J a c o b y. II. Jahrgang, Bericht über das Jahr 1906. Verlag von S. Karger, Berlin 1907. 452 S.

Von obigem „Jahresbericht.“ der, wie wir früher schon mitgeteilt haben, sein Entstehen dem leider zu früh verstorbenen Max Nitze verdankt, liegt nunmehr der 2. Jahrgang vor. Derselbe ist gegenüber dem ersten Jahrgang erheblich erweitert, besonders auch dadurch dass Prof. G m e i n e r in Giessen es übernommen hat, die auf dem Gebiete der Tiermedizin in den Jahren 1905 und 1906 erschienenen Publikationen, soweit sie in dem für den Jahresbericht vorgezeichneten Rahmen für die Humanmedizin von Interesse sind, in einem besonderen Kapitel zu bearbeiten. Neu hinzugekommen ist ausserdem ein Abschnitt für Bücherbesprechungen. Die Anordnung des Stoffes ist im Grossen und Ganzen die gleiche geblieben.

Die tierischen Parasiten des Menschen.

Ein Handbuch für Studierende und Aerzte von Dr. Max Braun. Mit 325 Abbildungen im Text. Vierte, vermehrte und verbesserte Auflage. Mit einem klinisch-therapeutischen Anhang bearbeitet von Prof. Dr. Otto Seifert in Würzburg. Verlag von Curt Kabitze (A. Stuber's Verlag). Würzburg 1908. 623 S. Preis 15 Mark.

Die 4. Auflage des Braun'schen Handbuches über die tierischen Parasiten des Menschen hat eine ganz bedeutende Erweiterung erfahren, 623 Seiten gegenüber 360 Seiten der 3. Auflage. Fast vollständig umgearbeitet wurde der die parasitischen Urtiere behandelnde Abschnitt, und wurden hier, wie auch schon bei den früheren

Auflagen, auch die den Menschen nicht befallenden Arten und Gruppen berücksichtigt. Die Zahl der Abbildungen wurde um über 60 vermehrt, auch wurden mehrere ältere Abbildungen durch bessere ersetzt. Als eine vorteilhafte Neuerung darf es angesehen werden, dass die Literaturangaben zu einem besonderen Abschnitt am Schlusse des Werkes vereinigt wurden, anstatt dass sie wie in den früheren Auflagen in den Text eingeschoben wurden, wodurch nunmehr die immerhin nicht gerade vorteilhafte Unterbrechung des Textes vermieden wurde. Als besonders willkommen dürfte sich auch der neu hinzugefügte klinisch-therapeutische Abschnitt erweisen. Wenn wir zum Schlusse unserer Besprechung der 3. Auflage sagen konnten, dass das Braun'sche Handbuch eine ganz ausgezeichnete Arbeit sei, so trifft dies in noch erhöhtem Masse für die vorliegende 4. Auflage zu.

Kompendium der ärztlichen Technik mit besonderer Berücksichtigung der Therapie von Dr. F. Schilling. II. erweiterte und vermehrte Auflage. Mit 454 Abbildungen. A.

Stuber's Verlag (C. Kabitzsch). 513 S.

Wir haben es hier mit einem vorzüglichen Buche zu tun, welches so recht dem praktischen Bedürfnis des Arztes angepasst ist. Wie reichhaltig der Inhalt des Buches ist lässt sich schon aus den Kapitelüberschriften ersehen: Inspektion, Palpation, physikalische Diagnostik, chemische Untersuchungsmethoden, mikroskopisch-bakteriologische Diagnostik, Desinfektion und Sterilisation, Anästhesie und Narkose, Sondierung, Katheterismus, Spiegeluntersuchung, Punktion und Aspiration, Injektion und Irrigation, Insufflation und Transfusion, Mechano-therapie, Erosion und Kauterisation, Elektrodiagnostik und Elektrotherapie, Galvanokaustik und Elektrolyse, respiratorische Therapie, Hydrotherapie, Photodiagnostik und Phototherapie, Thermo-therapie, Impfung und Inokulation, kleine Chirurgie, Krankenpflege. Die einzelnen Abschnitte sind klar und präzise geschrieben, die zahlreichen beigegebenen Abbildungen sind äusserst instruktiv und ergänzen in trefflicher Weise den Text. Auch in sonstiger Hinsicht ist die Ausstattung des Buches eine mustergiltige.

Auszüge aus der neuesten Journalliteratur.

R. Freund: Die Röntgenbehandlung der Basedow'schen Krankheit.

F. gibt die Krankengeschichten von 5 Fällen von Basedow'scher Krankheit, die mit Röntgenstrahlen behandelt worden waren und sämtlich einen deutlichen günstigen Einfluss dieser Therapie zeigen. In 3 dieser Fälle war die Heilung nur den Röntgenstrahlen zuzuschreiben, in einem Falle wurde zuerst tägliche Galvanisation des Sympathikus angewandt, das Schwinden aller Basedowsymptome trat jedoch erst nach Anwendung der Röntgenstrahlen ein, über den 5. Fall hat sich F. noch kein abschliessendes Urteil gebildet. Die in diesem letzten Falle harte Struma schien sich weniger leicht beeinflussen zu lassen, wenn

auch subjektive Besserung des Allgemeinbefindens und objektiv Gewichtszunahme zu verzeichnen war. Was die Prognose der verschiedenen Fälle anbelangt, so scheinen nach F. die weichen, vaskulären, ausdrückbaren Strumen sich nach Röntgenbehandlung völlig zurückzubilden, nicht aber die harten Knoten. F. fasst die Ergebnisse seiner Arbeit zusammen: 1. Die Röntgenstrahlen erfüllen bei der Basedow'schen Krankheit die kausale Indikation, indem sie die krankhaft sezernierende Basedowstruma zum Schwinden bringen. Sie wirken stets günstig auf das Körpergewicht und auf die nervösen Erscheinungen, doch auch die übrigen Symptome können schwinden: so Herzgeräusche, Struma und

Exophthalmus. 2. Die weichen, vaskulären, ausdrückbaren Strumen geben die günstigste Prognose, die Erscheinungen bilden sich umso schneller zurück, je jünger sie sind. (Münchener med. Wochenschr., No. 17, 1907.)

C. Rüdinger: Ueber den Einfluss der Röntgenstrahlen auf den Eiweissumsatz bei der Basedow'schen Krankheit.

Um den Einfluss der Röntgenstrahlen auf die Basedow'sche Krankheit beurteilen zu können, unternahm R. Stoffwechselversuche an zwei Basedowkranken. Der Erfolg der Röntgenbehandlung äusserte sich im ersten Falle in einer Besserung des Appetits und einer Abnahme des Halsumfanges um 1 cm. Die nervösen Erscheinungen liessen eine auffallende Besserung vermissen. Exophthalmus und Zittern blieben ebenfalls gleich. Die Pulsfrequenz hielt sich schon vor der Bestrahlung unter dem Einfluss von Bettruhe gewöhnlich unter 90. Die vorgenommenen Stoffwechselversuche ergaben unverkennbar, dass der Einfluss der Röntgenstrahlen sich hier im Sinne eines wirklichen Ansatzes von Körpersubstanz äussert. In dem zweiten Falle zeigte sich der Einfluss der Röntgenstrahlen zunächst in einer auffallenden Besserung des Appetits und Schwindens der subjektiven Erscheinungen. Die Kranke wurde guter Dinge, war schwer im Bett zu halten. Ferner stellte sich nach der Behandlung eine Abnahme des Halsumfanges um $2\frac{1}{2}$ cm ein, desgleichen liessen die Tremores deutlich nach. Schwitzen, Exophthalmus und Pulsfrequenz blieben unverändert. Auch dieser Fall zeigte eine sehr bedeutende Stickstoffretention während der Zeit der Behandlung mit Röntgenstrahlen. Wenn nun auch R. zugibt, dass es nicht angeht, aus diesen zwei Beobachtungen ein abschliessendes Urteil darüber abzugeben, ob die Röntgenbestrahlung in allen Fällen von Morbus Basedowii im Sinne einer Eiweissersparung wirkt, noch auch darüber, wie eine solche Beeinflussung zu erklären wäre, so glaubt er sich doch den Forderungen Stegmann's anschliessen zu sollen, dass in

jedem Falle von Morbus Basedowii wenigstens eine einmalige versuchsweise Bestrahlung der Schilddrüse vorgenommen werden sollte. (Deutsche med. Wochenschr., No. 2, 1907.)

F. Nagelschmidt: Zur Indikation der Behandlung mit Hochfrequenzströmen.

N. erwartet von der von den Franzosen in die Therapie eingeführten Behandlung mit Hochfrequenzströmen neue Erfolge für die Diagnostik und Therapie. Während er den allgemeinen Stoffwechsel- und Blutdrucksveränderungen durch die Hochfrequenzströme skeptisch gegenübersteht, eignen sich nach seiner Ansicht für die Behandlung im Solenoid Insomnie, psychische Depression, Angina pectoris, wobei bei nicht genügender Wirkung lokale Applikationen kombiniert werden können. Gute Erfolge lassen sich bei Hyperästhesien, Parästhesien, Neuralgien und insbesondere bei manchen juckenden Hauterkrankungen erzielen, besonders scheinen die lanzinierenden Schmerzen und die Krisen der Tabiker günstig beeinflusst zu werden. Gute Wirkungen sind in manchen Fällen von Impotenz zu erwarten; ein grosses Gebiet der diagnostischen und therapeutischen Verwertung eröffnet sich für die Methode der Erzeugung von Muskelkontraktionen. Mag die theoretische Untersuchung Stoffwechselveränderungen, Blutdruckherabsetzung oder sonstige Wirkungen nachweisen oder nicht, für den Praktiker ist es von grösster Bedeutung, einen therapeutischen Faktor zur Verfügung zu haben, der seinem Tabiker die lanzinierenden Schmerzen, seinem Pruriginösen den Juckreiz beseitigt etc. (Deutsche med. Wochenschr., No. 32, 1907.)

M. Blumberg: Ueber ein diagnostisches Symptom bei Appendizitis.

B. hat seit längerer Zeit bei allen Fällen, wo eine frische Erkrankung des Peritoneums oder eine neue Attacke einer alten Entzündung des Peritoneums aus den klinischen Erscheinungen, resp. aus dem Befunde bei der vorher vorgenommenen Laparotomie ange-

nommen werden musste, einen überaus heftigen Schmerz bei plötzlichem Abheben der palpierenden Hand konstatieren können; die Patienten verzogen momentan schmerzhaft das Gesicht. Sie gaben im frischen Anfall mit Bestimmtheit an, dass der Schmerz beim plötzlichen Abheben der Hand grösser sei als beim Druck; bei weniger heftigen entzündlichen Erscheinungen am Peritoneum war der Schmerz beim plötzlichen Abheben der Hand gleich gross wie beim Druck, um schliesslich beim Abheben nur noch andeutungsweise bestehen zu bleiben oder ganz zu verschwinden, während er dann nur auf Druck vorhanden war. Man hat also zunächst einen Druck auf die zu untersuchende Stelle des Abdomens ausüben und den Patienten zu fragen, ob es schmerzt, dann nach erhaltener Antwort die palpierende Hand plötzlich abzuheben und nun sich von dem Patienten sagen zu lassen, ob im Moment des Abhebens es geschmerzt habe, resp. welcher Schmerz grösser gewesen sei.

Da das Symptom peritonealen Ursprungs ist, so ist es nicht nur bei Appendizitis vorhanden, sondern auch bei andern Prozessen, die mit einer Entzündung des Peritoneums einhergehen. Nach B. ist das Auftreten des Symptoms ein leicht zu erkennendes Warnungssignal, das besonders dann auf Gefahr hinweist, wenn das Phänomen sehr plötzlich und rasch nach Auftreten der Erkrankung sich zeigt; sein allmähliches Abklingen der Intensität wie Extensität nach ist ein beruhigendes Zeichen, dass der peritoneale Prozess im Rückgang begriffen ist. (Münchener med. Wochenschr., No. 24, 1907.)

Prof. M. Jordan: Die interne Behandlung der Appendizitis und die Indikationen zum chirurgischen Eingreifen bei derselben.

J. stellt die folgende Thesen auf:

1. Bei jedem, auch dem anscheinend leichtesten Fall von akuter Appendizi-

tis, ist mit der Notwendigkeit sofortiger Operation zu rechnen.

2. Die Hauptaufgabe des praktischen Arztes ist daher zunächst nicht so sehr die sogenannte Behandlung des Anfalls, als vielmehr die Feststellung des Charakters der Entzündung zum Zweck der dringend nötigen frühen Indikationsstellung.

3. Diese wichtigste Entscheidung basiert auf exakter klinischer Beobachtung des Falles; daher ist jede Verschleierung des Krankheitsbildes bedenklich, und aus diesem Grunde ist die systematische Verabreichung des Opiums, zumal in grossen Dosen, zu widerraten.

4. Fälle, die sich als leichte charakterisieren, können unter steter Beobachtung ihres Ablaufes der spontanen Heilung überlassen werden.

5. Fälle, die sich von Anfang an, oder am zweiten eventuell noch am dritten Tage, als dubiose oder schwere erweisen, sollen sobald als möglich der Frühoperation unterzogen werden.

6. Die interne Behandlung eines schweren Anfalls (Appendizitis perforata) ist ein Hazardspiel, bei dem die Gewinnchance zwar keine direkt ungünstige, der Einsatz aber zu kostbar ist.

7. Nach spontanem Ablauf eines Appendizitisanfalls muss die Intervalloperation in Betracht gezogen werden. Dieselbe ist indiziert

- a) nach einem schweren Anfall, absolut,
- b) nach einem leichten Anfall relativ,
- c) nach zwei oder mehr leichten Anfällen absolut,
- d) nach zurückbleibenden chronischen Beschwerden.

8. Bei der rein chronischen Appendizitis ist die Exstirpation des Wurmfortsatzes die sicherste und am raschesten zum Ziele führende Heilmethode. (Deutsche med. Wochenschr., No. 12, 1907.)

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York

Sitzung vom 2. Dezember 1907.

Präsident Dr. C. Beck eröffnet die Sitzung.

Der Jahresbericht des Schatzmeisters Dr. S. Breitenfeld, von den Revisoren Dr. I. M. Rottenberg und Dr. H. Boeker geprüft und richtig befunden, wird auf Antrag mit Dank angenommen.

Der Präsident erklärt sodann die Stimmkästen für die Beamtenwahl eröffnet und ernennt die Herren Dr. Lehmann und Dr. F. Ruppert als Wahlinspektoren.

Auf Antrag wird beschlossen die Wahl um zehn Uhr zu beschliessen.

Sekretär Dr. John A. Beuermann verliest hierauf das Protokoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Der Präsident widmet sodann dem verstorbenen Mitglied, Dr. John A. Schmitt, den folgenden Nachruf:

Dr. Carl Beck: Es ist mir die traurige Pflicht geworden, Ihnen die Mitteilung von dem Heimgang unseres lieben Kollegen, Dr. John A. Schmitt, zu machen. Der Unerbittliche, von dem es heisst: Nemini parceretur, rief ihn mitten in seiner Berufstätigkeit ab. Am Dienstag früh hatte er, ein sonniges Lächeln auf seinem markanten Gesicht, sein Haus, welches ein so glückliches Familienleben barg, verlassen. Pflichtgetreu, wie er es sein Leben lang war, war er seiner Devise, des Dienste gleichgestellter Uhr, gefolgt, hatte einem Patienten noch einige freundliche Trostworte zugerufen, als er jäh, wie vom Blitz getroffen, umsank. Fürwahr ein schöner und beneidenswerter Tod, von dem es heisst, das die Götter ihn denenden welche sie besonders lieb haben. Für seine unvorbereiteten Lieben aber war es ein unendlich harter Schlag und nicht zum mindesten für die zahlreichen Freunde, welche er unter Hoch und Niedrig besass. Das

zeigte die überaus herzliche Teilnahme, von welcher auch ganz besonders die Demonstration bei der würdigen Trauerfeier im Hause des Entschlafenen lautes Zeugnis ablegte. Was kann ich von ihm noch sagen? Sie Alle haben ihn ja gekannt, sein hohes wissenschaftliches Streben und sein bescheidenes Wesen gewürdigt, aber noch mehr haben wir ihn um eine bei ihm besonders ausgeprägte Eigenschaft bewundert, nämlich um seinen Charakter. Da war nichts unrechtes oder unechtes, alles war aus einem Guss. Seine Unantastbarkeit in dieser Beziehung kann uns allen zum Vorbild dienen. Wer ihn nur oberflächlich kannte, mochte seine Bedeutung leicht unterschätzen, da ihm alles Glänzende und Prunkende zuwider war. Wer ihn aber näher kannte, wer sich an seine manchmal rauhe Aussenseite gewöhnt hatte, der staunte über den Fond von ärztlichem sowohl wie allgemeinem Wissen, das sich da floskelfrei aus ihm herausentwickelte, und über die neidlose Güte, welche er wie einen keuschen Schatz tief im Innersten seines vornehmen Herzens bewahrte, gleich als schämte er sich, dieselbe zu enthüllen. Er war einer der seltenen Naturen, welche in der Beurteilung ihrer Nebenmenschen bis an die äusserste Grenze der Liberalität herantreten. So trauern wir mit Recht um des grossen Verlustes willen, den wir erlitten.

Aus den Personalien des Verblichenen ersehen wir, dass er im Jahre 1852 in Bensheim im Grossherzogtum Hessen zur Welt kam, woselbst er das Gymnasium absolvierte. Nach vollendetem Studium auf der Universität Giessen liess er sich in dem romantischen Städtchen Erbach im Odenwald nieder, um dann im Jahre 1882 nach New York überzusiedeln, wo er alsbald Mitglied des deutschen Dispensary wurde. Als Chef der gynäkologischen Abteilung bildete er zwanzig Jahre lang die Hauptzierde des Institutes, welches ihm unendlich viel verdankt. An äusseren Ehren hat es ihm

nicht gefehlt. Wiederholt war er Präsident des gesellig-wissenschaftlichen Vereins. Dass unsere Gesellschaft ihm zweimal das Amt des Präsidenten zu ihrem Segen übertrug, steht Ihnen ja noch frisch im Gedächtnis, und im Gedächtnis wollen wir ihn als Muster treuer Pflichterfüllung stets behalten.

Ich fordere Sie auf, sich zum Andenken des Verstorbenen zu erheben. (Die Versammlung erhebt sich). Zu meinem grossen Bedauern erfahre ich soeben, dass wir heute morgen noch einen anderen Verlust erlitten haben. Unser ebenfalls sehr geehrter und viel geschätzter Kollege, Dr. J. P. Oberndorfer, ist heute früh gestorben, und ich muss Sie bitten, sich zum ehrenden Andenken auch dieses Verstorbenen zu erheben. (Geschicht.)

Sekretär Dr. John A. Beuermann verliest eine Zuschrift von Dr. McDonald, Washington, betreffend die Errichtung eines Instituts für das wissenschaftliche Studium von Verbrechern u. s. w.

Die Versammlung beschliesst nach kurzer Debatte, die Zuschrift zur Berichterstattung einem Komitee zu überweisen, und ernennt der Präsident als solches die Herren Dr. G. W. Jacoby, H. G. Klotz, J. H. Boldt, D. Cook und Van Gieson.

Präsident Dr. Carl Beck: Wie Sie sich erinnern, hatten wir im vorigen Jahr beschlossen, eine Festlichkeit abzuhalten, aber infolge mehrerer unglücklichen Umstände sind wir leider nicht dazu gekommen. Der Verwaltungsrat hat nun den Vorschlag des vorigen Jahrs aufgegriffen und bereits alle Vorarbeiten für ein Bankett mit Damen gemacht, das am 17. Dezember im Hotel Astor stattfinden soll. Wir fanden, dass wir das Bankett für \$2.50 die Person geben können. Wir haben ein Komitee von 25 Mitgliedern ernannt und aus diesem ein kleines Exekutivkomitee herausgeschält, nämlich ausser dem Präsidenten selbst die Herren Dr. Mannheimer, Dr. Fischer, Dr. Breitenfeld und Dr. Beuermann. Ich möchte Sie nun bitten, einen Vorschlag zu ma-

chen, dass das Vorgehen des Verwaltungsrats indossiert wird.

Die Versammlung beschliesst auf Antrag von Dr. Boldt, die Handlung des Verwaltungsrats gutzuheissen, und der Präsident fordert die Mitglieder zu zahlreicher Beteiligung auf.

Vorträge.

a) Sanitätsrat Dr. Wachenfeld (Nauheim): **Einiges über Behandlung der Herzkrankheiten.**

(Der Vortrag ist in der Dezembernummer als Originalarbeit erschienen.)

Diskussion. Da sich niemand zum Wort meldet, erhält das Schlusswort.

Sanitätsrat Dr. Wachenfeld: Diese Anschauung, dass es keine Dilatation, keine Arbeitshypertrophie gibt, ist für die meisten Kollegen natürlich neu. Ich erhalte in den letzten Monaten, nachdem ich die erste Veröffentlichung über diese Sache gemacht hatte, sehr häufig Zuschriften, kurze Referate und Kritiken, über dieses Thema, und es wird immer darin gesagt, es sei etwas ganz Ungeheueres, eine ganz neue Anschauung, in die man sich noch nicht hineinfinden könne, aber niemals wird gesagt, wie eine Dilatation zustande kommen könnte. Es ist einfach unmöglich. Dass es eine Arbeitshypertrophie nicht gibt, ist etwas Altes. Romberg hat das schon behauptet, und andere Autoren sind dieser Anschauung mehr oder weniger beigetreten. Bezüglich der Dilatation stosse ich auf den meisten Widerstand, aber ich möchte nur wissen, wie soll sie zustande kommen? Ein Hohlraum kann sich nur dann erweitern, wenn entweder seine Wände auf der Innenseite abgenommen werden oder die Wände auseinander gezogen oder durch den Druck des Inhalts auseinander gepresst werden. Diese drei Möglichkeiten sind bei dem Herzen unmöglich, infolge dessen kann keine Dilatation bestehen. Es ist begreiflich, dass Sie sich im Moment noch nicht so in diese Anschauung hineindenken können. Mir ist es selbst nicht besser ergangen. Das, was ich gesagt, ist nicht die Ueberlegung einer Stunde oder eines einzigen Tages, sondern das Resultat langjähriger Beobachtungen und

Ueberlegungen, aber ich bin überzeugt, wenn Sie sich das in Ruhe ansehen und ausserdem berücksichtigen, dass der gesammte Stoffwechsel vermittelt der Lymphbahnen vor sich gehen muss, so müssen Sie dahin kommen, dass sich die Sache so verhält, wie ich vorgetragen habe, und ich hoffe, es werden keine drei, vier Jahre vergehen, dann wird man das allgemein anerkennen. Ich möchte das im Interesse der Wissenschaft und der Kranken wünschen. Man kann sicher vielen Kranken, wenn man die Sache in dieser einfachen Weise beurteilt, besser helfen, als wenn man auf Grund der so komplizierten bisherigen Anschauung vorgeht. Niemand wird befriedigt von der bisherigen Anschauung. Deshalb hoffe ich, dass diese einfache und meiner Ansicht nach richtige Anschauung sich in kurzer Zeit geltend machen wird.

Präsident Dr. Carl Beck: Ich gehe gewiss nicht fehl, wenn ich annehme, dass Sie mich ermächtigen, Herrn Sanitätsrat Wachenfeld den Dank der Gesellschaft auszusprechen. (Lebhafte Zustimmung.)

b) Dr. H. Klotz: **Wirklicher und vermeintlicher Haarverlust bei Syphilis.**

Der Vortrag ist in der Dezembernummer als Originalarbeit erschienen.

Diskussion. Dr. A. Rose: Ich möchte bloss Herrn Dr. Klotz fragen, ob ein Synonym für Alopecie gebräuchlich ist.

Dr. H. Klotz: Kahlheit oder Kahlköpfigkeit.

Dr. A. Rose: Im Griechischen existiert das Wort Lipotrichia, Haarfehlen. Aber abgesehen davon ist das Wort Alopecie ein richtiges klassisches Wort.

Dr. H. Klotz (Schlusswort): Ich bitte die Herren Kollegen, auf diese regelmässigen Symptome etwas acht zu geben.

c) Dr. R. Lewison: **Ueber die Verwendung der Lumbalanästhesie in der Chirurgie.**

(Der Vortrag ist in der Dezembernummer als Originalarbeit erschienen.)

Diskussion: Dr. H. Fischer: Ich

denke, es ist eine sehr dankenswerte Aufgabe, der sich Herr Dr. Lewison unterzogen hat, das Kapitel der Lumbalanästhesie, das uns Chirurgen ganz besonders interessiert, vor die Versammlung gebracht zu haben. Es sind, glaube ich, acht Jahre her, dass Dr. Kammerer hier über Lumbalanästhesie gesprochen hat, und zwar über die alte Methode mit Kokain. Ich habe damals die Versuche mitgemacht als Assistent im Deutschen Hospital, und wir haben dann sehr bald die Methode wegen ihrer schweren und beängstigenden Erscheinungen aufgegeben. Jetzt, wo wir andere Anästhetika haben und die Methode verbessert ist, kann man wohl sagen, dass diese Lumbalanästhesie sich eine Stelle in der Chirurgie gesichert hat. Nur möchte ich sie etwas einschränken. Meine persönlichen Erfahrungen sind nur gut, ich habe keine schweren Erscheinungen getroffen, aber die Zahl meiner Fälle ist noch zu gering, als dass ich Bestimmtes darüber aussagen möchte. Wahrscheinlich werden in einer grösseren Zahl von Fällen auch unangenehme Nebenerscheinungen vorkommen. Wirkliche Versager oder schwere Neben- und Nacherscheinungen habe ich noch nicht erlebt. Nur in einem einzigen Falle bei einer eingeklemmten Hernie einer älteren Dame stieg die Anästhesie in beängstigender Weise bis zur zweiten Rippe herauf, ohne Beckenhochlagerung. Ich hatte damals ein etwas grössere Dosis genommen. Die Patientin klagte auch über Uebelsein und erbrach ein paar mal, aber diese Erscheinungen gingen sehr schnell vorüber. Wir sind gewohnt, wenn der Patient in der Nar-kose ist, alle diese Erscheinungen des Erbrechens, schlechten Atmens u. s. w. ohne grosse Aufregung hinzunehmen, denn wir wissen, das passiert konstant, und wir haben gelernt, Unfälle zu vermeiden. Wenn der Patient nicht narkotisiert ist und uns über jedes seiner Gefühle Mitteilung machen kann, so macht das einen unangenehmen Eindruck auf den Operateur selbst. Ich erinnere mich, wie ein Kollege, der wegen Hernie operiert wurde, plötzlich zu dem Operateur sagte: „Aber um

Gottes willen, ich habe keinen Puls mehr.“

Nur eine Einschränkung möchte ich machen: Die Lumbalanästhesie hat grosse Vorteile, aber ganz strenge Indikationen. Meiner Ansicht nach sollte man alle diejenigen Fälle, die unter Lokalanästhesie operiert werden können, absolut von Lumbalanästhesie ausscheiden. Die Lumbalanästhesie hat immer eine Gefahr für den Patienten. Ich bin nicht Geburtshelfer, aber ich sollte denken, eine normale Geburt sollte unter keinen Umständen unter Lumbalanästhesie gemacht werden, wie ich gehört habe, dass es versucht worden ist.

So möchte ich sagen, dass man die Lumbalanästhesie nur gebrauchen soll, wo die Inhalationsanästhesie direkt kontraindiziert ist, bei Diabetikern, schweren Herzfehlern u. s. w., wo man aber den Leuten die Operation nicht mehr verweigern kann.

Dr. A. Stein: Ich möchte mir nur eine ganz kurze Bemerkung erlauben über Anwendung der Lumbalanästhesie in der Geburtshilfe. Dr. Fischer hat sehr richtig bemerkt, dass da die Anwendung nicht ganz gerechtfertigt ist, und die Versuche damit haben auch vollkommen seiner Ansicht recht gegeben. Nun sind in den letzten zwei Jahren etwa an der Tübinger wie der Freiburger Universität eingehende Versuche mit einer Kombination von Lumbalanästhesie mit Einspritzungen von Scopolamin-Morphium gemacht worden, die in der Geburtshilfe ausserordentlich gute Resultate gegeben haben. Ausgehend von dem Gedanken, dass die Lumbalanästhesie als solche nicht genügend ist, um die Geburtsschmerzen, die sich häufig längere Zeit hinziehen, zu bekämpfen, hat Krönig Dämmer Schlaf mit Lumbalanästhesie verbunden. Der Dämmer Schlaf besteht darin, dass bei Beginn der richtigen Wehen etwa 0,0003 Scopolamin und 0,01 Morphin injiziert werden und dass kurze Zeit nachher noch eine entsprechende Dosis Tropakokain injiziert wird. Diese Dosis kann bedeutend geringer genommen werden. Dadurch wird die Gefahr, die der Lumbalanästhesie anhaftet, bedeutend herabgesetzt. Man kann nun während des Verlaufs der

Geburt die Injektion ein- oder zweimal wiederholen und so eine bedeutende Schmerzlinderung hervorrufen.

Dr. Wachsmann: Ich möchte nur an den Vortragenden oder die anwesenden Chirurgen die Frage stellen, ob in der Literatur oder sonst etwas bekannt ist über die Methode, die Dr. Stein angegeben hat. Nach zwei Erfahrungen, die ich persönlich hatte, würde ich mich nicht wundern, wenn die Chirurgen die Methode niemals weiter geprüft haben. Es ist reine Neugier von mir, ob in der Chirurgie irgend etwas darüber bekannt ist.

Dr. R. Lewisohn (Schlusswort): Ich habe leider auch keine persönliche Erfahrung darüber, sondern nur neulich darüber gehört. In der Chirurgie ist bis jetzt darüber nichts bekannt geworden. Ich habe die betreffende Literatur studiert, aber nichts gefunden.

Ich stimme mit Dr. Fischer vollkommen überein, dass man sehr enge Indikation stellen soll, und bin vielleicht noch strenger als er. Ich halte es schon für unrichtig, Hernien damit zu operieren. Die Lumbalanästhesie ist aber eine entschieden hervorragende Methode, wenn man die Indikation richtig stellt.

d) Dr. B. Onuf: Ueber Psychotherapie.

(Siehe unter Originalarbeiten in ds. Nummer.)

Diskussion. Dr. J. Fraenkel: Ich glaube vor allem, dass man Herrn Dr. Onuf Dank sagen muss, dass er das Thema vor uns gebracht hat. Es scheint in den letzten paar Jahren eine psychotherapeutische Welle über die Welt zu ziehen. Es ist unter dem Einfluss der von Dr. Onuf genannten Herren, unter Führung von Freud, Janet, Dubois und anderen die Methode wieder belebt worden. Es ist auch merkwürdig, wenn man von einer solchen therapeutischen Methode redet, kommt einem unwillkürlich ein historischer Gedanke in den Kopf, nämlich dass die Psychotherapie, die Hydro-, Elektro- und vielleicht noch andere Therapien häufig extra muros wachsen, eine lange Zeit ausserhalb der regulären Medizin gedeihen. Da werden sie sehr populär, und dann

nimmt sich die reguläre Medizin ihrer an. Die Ursache für diesen historischen Vorgang liegt darin, dass wir einerseits von der Höhe wissenschaftlicher Schulung alles andere, was nicht in den wissenschaftlichen Kram hineinpasst, als nicht existierend ansehen oder dass wir die nicht rein wissenschaftliche Methode analysieren und verwerfen. Beides ist unrichtig, und wir begehen damit einen Fehler, denn in jeder dieser Methoden steckt ein Kern von Wert. Wenn wir also von der Psychotherapie als einer für den praktischen Arzt brauchbaren Methode reden wollen, so müssen wir vor allem auseinanderhalten, ob wir die Psychotherapie als eine unterstützende oder als eine ausschliessliche Behandlungsmethode verwenden wollen.

Als eine unterstützende Behandlungsmethode liegt sie wahrscheinlich in Leib und Blut eines jeden guten Arztes. Jeder von uns treibt Psychotherapie, bewusst oder unbewusst. Als Spezialbehandlung für gewisse Zustände und gewisse Indikationen hat sie auch eine Berechtigung, aber, wie ich glaube, eine sehr begrenzte und gehört vor das Forum von wissenschaftlich und in der Behandlungsmethode speziell geschulten Aerzten. Intra muros muss man sich ganz klar werden über die Gruppe von Erkrankungen, die man in das Gebiet hineinweist.

Wenn Dr. Onuf in etwas vielleicht vager Weise die nicht organischen Erkrankungen genannt hat als besonders geeignet für die psychische Behandlungsmethode, so würde das voraussetzen, dass wir Genese und Pathologie der sogenannten nicht organischen Erkrankungen ganz genau kennen. Nun wissen wir von diesen noch viel weniger als von der Psychotherapie. Wir wissen, dass ein sehr kleiner Teil von sogenannten funktionellen Erkrankungen wirklich psychogenen Ursprungs sind und unter ausschliesslich psychischer Behandlung glänzende Resultate geben.

Es ist physiologisch bekannt, dass mit jeder Emotion ein somatischer Apparat parallel entwickelt wird, z. B. mit den Depressions-Emotionen eine

Tränensekretion, mit Zorn ein Ballen der Fäuste u. s. w. Wenn nun unter dem Einfluss irgend eines psychischen Insultes die diesem psychischen Insult parallel laufenden somatischen Phänomene ihren Ausdruck nicht erhalten, dann werden sie sozusagen temporär gelähmt, und jedesmal wenn derselbe psychische Gedanke in die Reihe kommt, werden sie an diesem Teil der parallelen somatischen Funktionen immer wieder entgleisen, sodass nach einer gewissen Reihe von Tagen der ursprüngliche Insult verschwunden war und bloss der somatische Insult dasteht als eine Störung. Diese Form der funktionellen Erkrankung ist äusserst selten. Wenn ich sagen darf, dass ich in meiner Erfahrung, die sich auf 16 Jahre ausdehnt, nicht mehr als vier oder fünf solcher Fälle gesehen habe, so wird das Ihnen zeigen, wie selten diese Fälle sind. Diese Fälle sind eminent für die Psychotherapie geeignet. Die Technik ist äusserst kompliziert. Sie setzt eine ganz genaue psychologische Kenntnis und viele andere Momente voraus und fordert eine gewisse Zeit. Als Hauptpunkt dessen, was ich bis jetzt gesagt, greife ich heraus, dass diejenigen Formen, die das Resultat psychischer Insulte sind, sich für die exklusive Psychotherapie eignen.

Dr. A. Hoch: Ich bin den Ausführungen des Kollegen Onuf mit grossem Interesse gefolgt. Hauptsächlich hat mich interessiert, was er speziell über die Psychosen gesagt hat. In Anbetracht der vorgerückten Zeit möchte ich nur wenige Worte noch hinzufügen. Wenn wir die Lehrbücher der Psychiatrie durchblättern, so muss es uns sehr sonderbar vorkommen, dass die geistige Ursache der Psychosen ziemlich kümmerlich behandelt wird. Es ist meiner Ansicht nach sehr wichtig, dass wir uns in der Psychiatrie sagen, dass gewisse psychiatrische Symptome und sicherlich wirkliche Psychosen dadurch hervorgebracht werden, dass innere und äussere Konflikte, die die Persönlichkeit betreffen, überhaupt unrichtig verarbeitet werden. Die normalen Persönlichkeiten haben auch Konflikte, aber wir werden mit den Konflikten fertig, wir haben

alle möglichen Gegengewichte, ein normales Interesse am Realen, wir sprechen uns aus, haben eine gewisse Aggressivität dem Leben gegenüber, kurzum, wir haben alle möglichen gesunden geistigen Gewohnheiten, die uns davon abhalten, unsere Konflikte, innere und äussere, falsch zu verarbeiten und auf diese Weise zu entgleisen. Wie diese falsche Verarbeitung vor sich geht, hat Kollege O n u f gezeigt, und was er in seinem letzten Fall gezeigt, zeigen auch die Ausführungen von anderen Aerzten, die sich über dieses Thema ausgelassen haben. Es entstehen dann Krankheitsbilder, die entweder ziemlich einfach sind oder alle möglichen Wahnideen, Halluzinationen, sonderbare Handlungen zeigen, die wir absolut nicht verstehen können, wenn wir diese Symptome als Hirnsymptome auffassen, wie es immer noch geschieht, sondern die wir nur dann verstehen, wenn wir sie auffassen, wie ich gezeigt habe.

Wenn wir diese Ausführungen als richtig annehmen, so sind der Therapie die Wege vorgeschrieben, und ich stimme dem Kollegen O n u f bei, dass man mit einer richtigen Psychotherapie, die sich auf die Analyse des Falles stützt, jedenfalls auch bei Psychosen viel tun kann. Es würde zu weit führen, Ihnen Fälle vorzuführen, denn solche Fälle können nicht überzeugen, wenn sie nicht im Detail gegeben werden, aber ich kann nur sagen, dass auch bei schweren Psychosen eine solche Analyse, die allerdings ausserordentlich zeitraubend ist, doch wichtige Winke für die Behandlung gibt, und dass diese Behandlung tatsächlich Erfolg hat, wenigstens bis zu einem gewissen Grade und in besonderen Fällen. Es müssen natürlich Fälle sein, die am Anfang der Krankheit zur Behandlung kommen, und Fälle von bestimmten Persönlichkeiten, an die man herankommen kann. Ich habe da die Erfahrung gehabt, dass man tatsächlich Erregungszustände, Halluzinationen, Wahnideen zum Verschwinden bringt, wenn man sich auf eine genaue Analyse stützt. Ich will nicht behaupten, dass man solche Fälle heilen kann, ich glaube aber, dass es sehr wichtig

ist, in Fällen, denen gegenüber wir gewöhnlich hilflos dastehen, diese Analyse zu machen und die Therapie einzuhalten.

Ich stimme also dem Kollegen O n u f bei und möchte als Psychiater noch besonders Gewicht darauf legen, dass tatsächlich die Psychiatrie fähig ist, etwas zu leisten, auch in paranoischen Zuständen und sogar in Fällen von Dementia. Uebrigens sind auch die Analysen von ausserordentlich grossem theoretischem Interesse, nicht nur dadurch, dass sie uns die Psychopathologie entwickeln helfen, sondern auch dahin wirken, dass wir eine klarere Psychiatrie dadurch entwickeln, und ich glaube auch, dass wir dadurch für die Prophylaxe ganz entschieden sehr wichtige Winke werden erhalten können.

Dr. A. W. S c r i p t u r e: Ich habe in Deutschland und der Schweiz oft solche Behandlung gesehen. Dr. O n u f hat von dem Verdruss des Arztes gesprochen, wenn er sein Ziel nicht erreicht. Es ist wahr, es gibt viele Leute, die nicht in den Zustand der Hypnose gebracht werden können, aber das ist auch in neun von zehn Fällen nicht nötig. Ein oberflächlicher Zustand ist genügend, der darin besteht, dass der Patient fixiert und allmählich in eine Art Schlummer gebracht wird. Die Behandlung besteht in denselben Worten für dieselben Suggestionen. Es werden keine Fragen an den Patienten gerichtet. Diese Behandlung ist leicht anzuwenden in Fällen von Schlaflosigkeit, Niedergeschlagenheit, Angst, Erregbarkeit und allerhand geistigen Störungen, die durch geschäftliche und Familiensorgen entstehen. Manch ein Patient kommt nicht der ärztlichen Behandlung wegen, sondern sucht nur etwas Beruhigung, und in solchen Fällen hat ein halbhypnotischer Schlaf, verbunden mit einer in freundlichen Worten gegebenen Suggestion, meist guten Erfolg.

Die Technik ist nicht schwierig. (Redner demonstriert die Methoden verschiedener Autoritäten.) Diese Methoden sind alle so einfach und von so auffallender Wirkung, dass ich sie dem

allgemeinen Praktiker gar nicht genug empfehlen kann.

Dr. B. Sachs: Ich ergreife nicht ungern das Wort in der Frage, die schon neulich in Boston zu einem heftigen gegenseitigen Meinungs-austausch geführt hat. Ich glaube aber, es ist Pflicht, dass man doch die Sache gerade vor diesem Publikum etwas anders deutet als sie bisher gedeutet worden ist. Obwohl ich im ganzen im Einklang mit Dr. Fraenkel und Dr. Onuf stehe, ist es nötig, dass der Neurologe und Psychiater die Sache in etwas anderem Licht dem allgemeinen medizinischen Publikum vor-trage.

Die Psychotherapie macht heutzutage ungeheuer viel von sich reden. Im Grunde genommen ist das meiste davon alt, und was neu daran ist, ist noch nicht sicher gestellt, also muss man die Sache überhaupt mit grosser Vorsicht aufnehmen. Ich erkenne ganz gern an, dass die Arbeiten von Freud, Janet, Jung, Dubois u. a. einen gewissen Wert haben, aber einen Wert, der ausserordentlich beschränkt ist. Nun ist vor allem zu betonen, dass die neue Psychotherapie sich nur auf wenige Krankheitszustände anwenden lässt, wenn man von einer Psychotherapie überhaupt reden will. Bei all diesen Geschichten ist doch wenig davon die Rede, sondern vorläufig nur von Psychodiagnostik, und Psychodiagnostik heisst meist nur genauer Eingehen auf jeden einzelnen Fall in vernünftiger Weise. Die Psychotherapie ist vielleicht eine rationelle Verwendung von dem, was man in dem einzelnen Fall herausgebracht hat, und man kann aus dem Beispiel, das Dr. Onuf erwähnt hat, sehen, dass man, wenn es zur Therapie kommt, ganz andere Mittel anwendet. In dem einen Fall hat man den Zusammenhang zwischen Konvergenzstörung und verschiedenen Vorgängen, die vorhergegangen sind, hergestellt und sinnig ausgedacht, aber die Kur bestand in Anwendung von Gläsern und anderen Mitteln. Man hat Psychodiagnostik vernünftig angewandt und dann die richtigen Mittel ausgefunden. Man soll sich überhaupt nicht denken, dass wir hier auf etwas

ganz Neues gestossen sind, was die therapeutischen Mittel anbelangt. Auch in früheren Jahren hat man Psychodiagnostik getrieben. Jeder einzelne von uns hat auf jede Weise versucht, den einzelnen Fall zu deuten. Allerdings habe ich nicht nur auf sexuelle Erfahrungen gefahndet. Ich habe schon manchmal stundenlang mich mit einem Kranken, der Verfolgungswahnideen hatte, unterhalten und versucht, auf ihn Eindruck zu machen und ihn aus seinen Ideen herauszureden. Es ist mir aber nicht eingefallen, diese Methode als Psychotherapie zu bezeichnen, obwohl sie viel höher steht als was heutzutage als Psychotherapie angegeben wird. Ich will dadurch die Psychotherapie nicht degradieren, sondern nur beweisen, dass es sich gar nicht um neue Ideen handelt, sondern nur um ein Ausarbeiten von Methoden, die ganz bekannt waren. Ausserdem muss man eins betonen, dass diese ganze Psychodiagnostik und Psychotherapie sich nur auf solche Zustände anwenden lässt, die psychogen sind oder psychogen mit ganz gewissen, bestimmten somatischen Veränderungen, also wenn wir sie auf Neurasthenie, auf Hysterie, auf leichte Psychosen beziehen, ist die Wirkungskraft dieser Therapie erschöpft. Bei Paranoia oder Dementia praecox z. B. möchte ich bezweifeln, ob mit den jetzigen therapeutischen Mitteln etwas erreicht wird.

Ich möchte nur noch das eine betonen, dass sich die allgemeinen Praktiker nicht von Dr. Scripture verleiten lassen, hypnotische Versuche anzustellen, denn es gibt nichts Gefährlicheres, wenn man das soziale Wohl in Betracht zieht, als dass ein Mensch, der sich nicht absolut auf hypnotische Methoden versteht, den Willenszustand oder das Benehmen eines anderen Menschen zu beeinflussen versucht. Vor zehn, zwölf Jahren hat man die Hypnose begeistert angewandt, und ich selbst habe viel damit getrieben, aber wir haben uns schon längst davon abgewandt, denn wir haben viel Ernsteres vor, als uns mit diesen Dingen, die meist Spielereien sind, abzugeben, und derjenige, welcher sich immer das Vorbild eines ehrlichen Arztes vorhält,

wird sich schwer mit Hypnotismus zu-frieden geben, vor allem der, der nicht darin geschult ist, wenn er auch einen schönen Apparat vor sich sieht, soll sich nicht dazu verleiten lassen, in irgend einem Falle Hypnose anzuwenden, wenn er nicht sicher weiss, was er damit bezwecken will.

Dr. Geo. W. Jacoby: Wenn es auch schon sehr spät ist, möchte ich doch dem, was Dr. Sachs gesagt hat, meine unbedingte Zustimmung aussprechen, denn wir habe alle die Lehre von der Hypnose durchgemacht, und, wie namhafte Autoren gesagt haben, jeder muss diese Lehre durchmachen, geradeso wie man die Masern durchmacht. Je jünger der Mann ist, desto stärker die Infektion. Wir haben sie durchgemacht und haben sie abgelehnt. Wir wissen, dass es sich zuerst in der historischen Entwicklung um eine rein physikalische Sache handelt, dann um die Einführung der Suggestionstherapie, und jetzt kommt hinzu — wir haben eigentlich nichts anderes, der Standpunkt ist nur etwas verlegt — eine andere Theorie, die Assoziations- und die analytische Theorie. Dass an dieser ganzen analytischen Methode etwas Wissenschaftliches ist, muss man ihr lassen. Wir ziehen auch dadurch den ganzen Hypnotismus aus dem Fach der Scharlatanerie, in welches er hineingeleitet worden ist, und benützen die Hypnose hier als diagnostisches Mittel in einer wissenschaftlichen Art und Weise. Dass wir aber mehr bezwecken und mehr lernen als durch die Suggestionstherapie, glaube ich nicht. Es ist kaum nötig, darauf hinzuweisen, dass es eine wirkliche Psychotherapie an und für sich nicht gibt. Es gibt Psychotherapie in Verbindung mit anderen Behandlungsmethoden. Wie der Geist auf den Körper wirkt, so wirkt wiederum der Körper auf den Geist, und nur derjenige wird ein wirklicher Therapeut sein, der seine Psychotherapie in Verbindung mit seiner allgemeinen körperlichen Therapie anwendet.

Dr. B. Onuf (Schlusswort): Ich werde mich kurz fassen. Ich möchte Herrn Dr. Fraenkel antworten, dass ich die Beschränkungen des Wirkungs-

kreises vollkommen einsehe, das heisst, obwohl ich nicht denke, dass die Beschränkung ganz so gross ist wie Dr. Fraenkel sie darstellt. Seinen Einwand, dass ich die Indikation zu vage stelle, muss ich dahin beantworten, dass vorläufig nicht vorzuzusehen ist, wie weit sich der Wirkungskreis eben ausdehnen wird. Ich glaube, dass die Bemerkungen, die Dr. Hoch gemacht hat, ganz bedeutende Möglichkeiten sehen lassen, dass absolut bis jetzt noch nicht zu sagen ist, wie gross die Beschränkung sein wird, wie weit die Wirksamkeit der Methode sich ausdehnen lassen möge.

Auf die Bemerkung, dass wir Alle die Psychotherapie als Nebenbehandlung benützen, möchte ich erwidern, dass von den Aerzten so häufig der Fehler gemacht wird, den Patienten etwas zu geben und ihm nichts dabei zu sagen. Wenn dem Patienten klar gemacht wird, dass er keine Medizin braucht, wäre in manchen Fällen viel gewonnen. Ich erinnere mich des Falles eines Neurasthenikers, der sich leicht überreden liess, dass Medizin ihm von wenig Nutzen sei, der sich aber nicht entschliessen konnte, eine ihm verschriebene Schlafmedizin aufzugeben, denn dieselbe hatte eine so zauberhafte Wirkung, dass er zwei Minuten nach Einnehmen derselben schon einschlafe. Es ist wichtig, einem solchen Patienten die Ueberzeugung beizubringen, dass unmöglich die Medizin als solche in zwei Minuten Schlaf hervorrufe, und ihm auf der Basis solcher Erscheinung zu erklären, wie das nicht dem Medikament, sondern der psychischen Einwirkung zuzuschreiben ist.

Ich stimme mit den anderen Herren überein. Dr. Scripture's Bemerkungen waren sehr interessant, doch muss ich auch sagen, dass der hypnotischen Behandlung im allgemeinen bedeutende Gründe entgegenstehen. Trotzdem werden sich Fälle finden, wo wir dazu unsere Zuflucht nehmen müssen, wo die psychoanalytische Methode nicht wirksam genug sein wird. Ich denke aber, wie die anderen Herren, dass diese Methode mit grosser Vorsicht gebraucht werden sollte.

Laut Bericht der Wahlinspektoren sind für das nächste Jahr erwählt:

Präsident: Dr. Carl Beck.

Vize-Präsident: Dr. G. Mannheimer.

Protokollierender Sekretär: Dr. J. Heckmann.

Stellvertretender protokollierender Sekretär: Dr. M. Heimmann.

Korrespondierender Sekretär: Dr. H. Fischer.

Schatzmeister: Dr. S. Breitenfeld.

Aufnahme-Komitee: Dr. J. W. Gleitsmann, Dr. H. J. Boldt, Dr. H. G. Krause, Dr. F. Torek, Dr. L. Ewald.

Zur Mitgliedschaft vorgeschlagen: Dr. Oswald Joerg von Dr. H. G. Klotz, Dr. F. F. R. Berlin von Dr. H. Boeker.

Hierauf Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann,
Prot. Sekretär.

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt Chicago.

Sitzung vom 2. Mai 1907.*

Vorsitzender: Dr. Herzog.

Programm. ..

1) Dr. Emil Beck: **Aneurysma der Arteria poplitea.**

2) Dr. Saurenhau: **Interessante Fälle aus der Geburtshilfe.**

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Dr. E. Beck stellt einen im mittleren Lebensalter stehenden Mann vor, der seit drei Monaten über Müdigkeit und Schmerzen in einem Beine klagt und das Entstehen einer etwas schmerzhaften Schwellung in der Kniekehle beobachtet. An der genannten Stelle befindet sich ein ca hühnereigrosses Aneurysma, dessen Umfang durch das Röntgenogramm genauer demonstriert wird. Patient hatte Lues. Ein Trauma fand nicht statt. Durch einen Gummistrumpf wurden die Schmerzen und die Müdigkeit gemildert, doch traten infolge der Kompression durch den Strumpf Zirkulationsstörungen des Fusses (Cyanose, Schmerzen) auf. Nach Ansicht Dr. B.'s dürfte im Laufe der Zeit eine operative Behandlung des Aneurysmas notwendig werden.

Dr. Beck bespricht des genaueren die Operationsmethode der

1) Endoneurysmarrhaphie, Verschluss der Arterie mit Obliteration des Ge-

fässes und Sackes nach Naht des letzteren;

2) der restaurativen Endoneurysmarrhaphie für Fälle, wo von der Arterie nur eine Oeffnung in das Aneurysma geht;

3) die rekonstruktive Methode, durch welche der Kanal verkleinert wird.

Diskussion. Dr. Alfred Schirmer erinnert an einen von ihm vor mehreren Jahren in der Gesellschaft vorgestellten Patienten von etwa dreissig Jahren — Potator und Luetiker — der ein Aneurysma der Arteria poplitea an beiden Beinen hatte; das eine Aneurysma war grösser, das andere kleiner als das heute demonstrierte. Wiederholte energische antiluetische Kuren in Verbindung mit Anwendung des Tourniquets brachten temporäre Besserungen herbei. Patient starb schliesslich einige Jahre später an einer Rückenmarkserkrankung. Interessant ist, dass auch dessen Mutter an einem grossen Aneurysma gelitten hatte.

Dr. Doepfner empfiehlt für den vorgestellten Fall die Ligatur der Arterie oberhalb und unterhalb des Sackes mit Exstirpation des letzteren.

Dr. Zimmermann: Die Gefässchirurgie ist in eine neue Epoche eingetreten; die Lehrstätte der Physiologie der früheren Zeiten sind sozusagen auf den Kopf gestellt, seit Garreil durch die Erfahrungen der Gefässchirurgie gezeigt hat, dass man Blutgefässe ungestraft

*) Bei der Redaktion eingegangen am 13. d. M.

trennen, vereinigen und Stücke anderer Gefäße transplantieren kann. Die Gefäßnaht kann ohne Schädigung der Durchlässigkeit des Rohres und der Ernährung der betreffenden Extremität gemacht werden. - Diesbezüglich am weitesten gehen die Versuche der Transplantation von Nieren eines Tieres in ein anderes mit Gefäßvereinigung; die Nieren funktionieren sofort und heilen schliesslich ein. Die alte Lehre, dass Verletzung der Intima Koagulation hervorbringen müsse, besteht nicht mehr. Auf Grund dieser Versuche wurde in den letzten Jahren viel Versprechendes für die chirurgische Behandlung der Aneurysmen gewonnen, namentlich für die Exstirpation des Sackes und Naht von Gefässen. Gefäßnähte bei kleineren Verletzungen sind schon früher gemacht worden; auch Herzwandnähte waren erfolgreich und trotz Verletzungen des Endokardiums bildeten sich keine Blutkoagula. Dr. Zimmerman legte in einem Falle einer kleinen Verletzung der Arteria femoralis eine Katgutnaht an, die gut hielt und Heilung ohne Nachblutung herbeiführte; ein Aneurysma trat nachher nicht auf. Bei sackförmigen Aneurysmen würde er nicht sofort ligieren und exstirpieren, sondern das Gefäss nach der Entfernung des Sackes nähen, bei fusiformem Aneurysma ligieren und exstirpieren. Vielleicht liesse sich die Idee der Gefäßstransplantation in solchen Fällen mit Erfolg anwenden. Beim Menschen liegen vorläufig keine diesbezüglichen Versuche vor.

Dr. Carl Beck hat einige Fälle von Aneurysma chirurgisch behandelt. In einem Falle von Aneurysma der Art. anonyma bediente er sich der elektrischen Behandlung mit einem insofern guten Resultat, als ausgiebige Koagulation im Sacke aufgetreten und ein nur sehr kleines Lumen übrig geblieben war; auch klinisch war Besserung eingetreten. Patientin starb später; bei der Sektion ergab sich die erwähnte Verengung des Lumens des Aneurysmas.

Auffallend war der Shock beim Einführen der elektrischen Nadel noch vor dem Eintreten des elektrischen Stromes. Bei Aneurysma fusiforme wäre es vielleicht empfehlenswert, ein Stück zu exzi-

dieren und den Rest zu vernähen, sodass das Lumen verkleinert ist. Im allgemeinen ist die Radikaloperation (vollständige Exstirpation) das beste Verfahren.

Garrell hat ausgezeichnete Resultate mit der Gefäßnaht erzielt; unerlässlich ist eine exakte Technik und die Verwendung feinsten Nahtmaterials, wie Frauenhaares oder feinsten Seide. Nicht nur Nieren, sondern auch Schilddrüsen wurden mittels Gefäßnaht mit Erfolg transplantiert. Gegenwärtig werden Versuche von Gefässeinpflanzung mit Lappen angestellt; es wurden sogar erfolgreiche Einpflanzungen der Karotis in die Vena jugularis vorgenommen und dadurch der Kreislauf des Blutes im Gehirn umgekehrt. Von diesen Erfahrungen hatte Dr. Carl Beck kürzlich Anwendung gemacht. Ein Mann erlitt durch einen Unfall mehrere Verletzungen des rechten Beines schwerster Art mit pulpöser Gewebszertrümmerung oberhalb der Malleolen. Den folgenden Tag stellten sich Erscheinungen beginnender Gangrän unterhalb der Verletzung ein: Kälte, Unempfindlichkeit der Zehen bei fehlendem Puls. Die Arteria tibialis antica pulsierte nur oberhalb der Verletzungsstelle. Diese Arteria wurde mittels Endanastomosenbildung mit einer kleinen, in den Gewebstrümmern intakt gebliebenen Vene vereinigt. Der Fuss ist wieder warm geworden, das Gefühl hat sich wiederhergestellt. Dr. Beck nimmt an, dass die übrigen Gefäße in der pulpösen Gewebsmasse mit Sicherheit zerrissen waren. Tierversuche ergaben, dass sich nach einer derartigen Umkehrung des Blutkreislaufes mit der Zeit die Verhältnisse so gestalten, als ob keine Ueberpflanzung stattgefunden hätte. Dr. C. Beck hatte schon früher laterale Naht angeschnittener Venen oder „End zu End“-Vereinigungen gemacht. Gelatineinjektionen erwiesen sich ihm bei Aneurysma als wirkungslos.

Dr. A. Schirmer hat in einem Fall von Aneurysma Gelatine ebenfalls ohne Erfolg angewandt.

Dr. Emil Beck ist der Ansicht, dass die einfache Exstirpation des Sackes mit Ligatur ohne Herstellung einer Anastomose des Arterienrohres genügend sei, da Gangrän des Beines kaum zu befürch-

ten sei. In Fällen, wo sich bei der Exstirpation Schwierigkeiten infolge Verwachsungen mit Vene und Nerv oder durch das Vorhandensein zahlreicher kleinerer Arterien ergeben, ist es angezeigt, die Geschwulst nach Eröffnung und Ausräumung zu vernähen.

Dr. Doepfner rät, die Möglichkeit einer Gangrän nach der Totalexstirpation im Auge zu behalten, da Fälle dieser Komplikation vielfach beobachtet worden sind. Da unser Patient keine Nervendruckerscheinungen zeigt, so dürfte die Ablösung des Aneurysmasackes vom Nerven nicht schwierig sein. Bei einer Resektion des Kniegelenkes ereignete es sich, dass ein Arzt die Arteria poplitea durchschnitt. Die Arteriennaht ergab einen vollkommenen Erfolg.

Der Vortrag des Herrn Dr. Saurenhaus wird verschoben.

Dr. Herzog teilt mit, dass zu Ehren des Herrn Professor Hess aus Würzburg, der in Chicago kurze Zeit gewilt, um sich von hier nach Atlantic City zu begeben und einen Vortrag in der ophthalmologie Sektion zu halten, vom Vorstand der Deutschen Medizinischen Gesellschaft eine Rundfahrt in Chicago und ein Festessen im Germania Klub veranstaltet wurde.

Dr. Holinger teilt mit, dass Herr Prof. Killian in nächster Zeit in Chicago eintreffen werde. Es sollen Vorbereitungen gemacht werden, ihn zu ehren. Dr. Holinger und Dr. Josef Beck werden zum Komitee für das Arrangement eines Festessens gewählt.

Dr. Doepfner gibt Mitteilung von der Gründung der Fenger-Memorial Association, die den Zweck hat, Gelder zu sammeln, um aus den Zinsen Medizinern, die sich mit Originalarbeiten beschäftigen, zu unterstützen.

Die Deutsche Medizinische Gesellschaft möge dieser Gesellschaft korporativ beitreten.

Am 13. Mai 1907 fand im Hotel Bismark ein Festessen mit nachfolgender ausserordentlichen Sitzung zu Ehren des Herrn Prof. Killian von Freiburg statt.

Herr Prof. Killian hielt einen Vortrag über **Nasennebenhöhlenerkrankungen und deren Behandlung.**

Sitzung vom 16. Mai 1907.

Vorsitzender: Dr. Herzog.

1) Dr. Saurenhaus: **Interessante Fälle aus der Geburtshilfe.**

2) Dr. Zimmermann: **Seltenerer Erkrankungen des Meckel'schen Divertikels.**

Dr. Herzog eröffnet die Sitzung mit der Begrüssung des Herrn Prof. Küster aus Marburg als Gast.

Hierauf berichtet Dr. Saurenhaus über folgende Fälle:

1) 29jährige Primipara. Vorzeitiger Blasensprung. Nach 24stündiger Geburtstätigkeit musste Zange angelegt werden. Das Geburtshindernis war durch eine Ankylose des stark vorspringenden Steissbeines, als Folge einer früher erlittenen Fraktur desselben, bedingt.

2) 35jährige Mehrgebärende; 4 bis 5 Stunden in Geburtstätigkeit. Als Dr. Saurenhaus anlangte, wurde gerade Dammschutz ausgeführt. (Dr. Gilbert.) In der Vulva war Hinterhaupt mit Kopfgeschwulst, im After der Frau die Schulter und ein Teil des Armes des Kindes sichtbar. Während einer sehr kräftigen Wehe konnte das Kind nicht mehr zurückgehalten werden und wurde per rectum bei fast intaktem Perineum geboren; auch die Plazenta wurde durch das Rektum geboren. Vor 15 Jahren wurde an der Frau Perineorrhaphie gemacht; wahrscheinlich war an der Operationsstelle eine Verdünnung des Septums, sodass dasselbe bei der Geburt hier perforiert wurde. Der Riss wurde nicht genäht, da Patientin die Zustimmung verweigerte. Trotzdem Spontanheilung ohne Recto-vaginalfistel bei normalem Wochenbettverlauf.

3) 24jährige II. Gebärende. Vor 3 Jahren Kaiserschnitt mit totem Kind und gutem Wochenbettverlauf. Die Frau erscheint bei Dr. S., da sie ein lebendes Kind wünscht, das jedoch nach dem Ausspruch anderer Aerzte nur durch Kaiserschnitt gewonnen werden könne. Beckenmasse: Sp. 25, Cr. 28½, Tr. 31, Conj. ext. 20 cm, C. D. nicht sehr verringert. Dr. Saurenhaus verweigert die Sectio caesarea. Drei Wochen später war der Kindes-

kopf etwas ins Becken eingetreten. Es erfolgte schliesslich Spontangeburt eines $7\frac{1}{2}$ Pfund schweren Kindes. Die Geburt war sehr leicht. Es ist rätselhaft, warum das erstmal der Kaiserschnitt vorgenommen wurde.

Dr. Ries demonstriert das resezierte Stück eines Magens von einem 43jährigen Manne, der am 6. April 1906 operiert worden war. Er hatte damals seit längerer Zeit an Magenbeschwerden gelitten. Beträchtliche Abmagerung, Schmerzen, Erbrechen, Haematemesis, die Pylorusgegend andauernd schmerzhaft, Mangel an Salzsäure, Kachexie, keine Drüenschwellungen. Es wurde die Diagnose auf Karzinom gestellt. Ein Tumor konnte damals jedoch nicht palpirt werden.

Bei der Operation fand sich ein beträchtlicher Tumor in der Pylorusgegend, verwachsen mit dem grossen Netze. Im letzteren mehrere grosse Lymphdrüsen. Es wurde alles Krankhafte durch ausgiebige Resektion des Magens entfernt, da schwerwiegender Verdacht auf Karzinom bestand. Es folgte glatte Genesung. Patient ist heute gesund. Die vergrösserten Lymphdrüsen im Netze zeigten unter dem Mikroskop keine Karzinomelemente, sondern nur Entzündung und Hypertrophie. Der Rand des harten Tumors zeigte ebenfalls nur entzündliche Infiltration, nirgends aber Karzinom. An der Innenseite des Tumors befand sich ein hakenförmiges, tiefes kallöses Geschwür. Bei genauerer Untersuchung des Magens wurde der Kern einer Pflaume gefunden, die Patient mehrere Monate zuvor genossen hatte. Wahrscheinlich war der Pflaumenkern im Grunde des Geschwürs eingebettet.

Dieser Fall zeigt, wie auch bei der Operation die Entscheidung, ob Karzinom oder kallöses Geschwür, schwierig, ja unmöglich sein kann. Selbst die mikroskopische Untersuchung während der Operation ist nicht immer sicher, da man mitunter sehr viele Schnitte machen muss, ehe man Karzinompartien antrifft.

Diskussion. Herr Prof. Küster spricht über einen von ihm veröffentlichten Fall von *Ulcus ventriculi*, das

nach seiner Methode mit weiter Eröffnung des Magens zur Uebersicht der ganzen Innenfläche des letzteren operiert worden war. Es wurde ein Geschwür mit tiefem Rande vorgefunden; im Grunde desselben lag der inkrustierte Kern einer Pflaume, die Patient ein Jahr vorher genossen hatte. Es trat Heilung ein. Herr Prof. Küster betont die Notwendigkeit einer breiten Eröffnung des Magens zum Auffinden solcher Fremdkörper.

Hierauf hält Dr. Zimmermann seinen Vortrag, in welchem er hauptsächlich über die primären Entzündungen des Meckel'schen Divertikels spricht, die manche Analogien mit der Appendizitis bietet. So z. B. war es in einem Falle, einen 15jährigen Jungen betreffend, der an allgemeiner Peritonitis litt, klinisch nicht sicherzustellen, ob die Bauchfellentzündung ihren Ausgang von dem entzündeten Blinddarm oder einem anderen Darmabschnitt genommen hatte. Bei der Operation wurde ein gangränöses Meckel'sches Divertikel vorgefunden, das in mancher Hinsicht dem Bilde einer gangränösen Appendizitis geglichen. Divertikel und Appendix sind einander anatomisch ähnlich, doch ist das erstere meist kürzer, breiter, voluminöser und hat einen weiteren Ausgang an der Mündung in den Dünndarm; ausserdem ist es stets frei in der Bauchhöhle, weshalb eine Entzündung desselben schneller zur Peritonitis führt und viel gefährlicher ist; die Prognose ist hier viel ernster als bei Appendizitis, die Operation weniger erfolgreich. Klinisch sind beide Affektionen einander sehr ähnlich; bei beiden gibt es Rezidiven und chronischer Verlauf.

Diskussion. Dr. A. Ochsner: Die Diagnose des Divertikels mit seinen Erkrankungsformen ist sehr interessant. Man findet in fast allen Fällen der Literatur, dass die Diagnose eine Zufallsdiagnose war. In Fällen von Ileus denkt Dr. Ochsner stets an die Möglichkeit eines Divertikels, weshalb er einigemal die richtige Diagnose gestellt hat, aber nicht primär. Divertikel werden bei Laparotomien oft vorgefunden. Nur wenn eine Nabelistel vorhanden ist, ist die Erken-

nung leicht. In einem Typhusfall wurde die Diagnose Perforationsperitonitis gestellt. Bei der Operation wurde jedoch ein Divertikel mit Darmverschlingung vorgefunden. Durch diese Fehldiagnose wurde das Leben des Patienten gerettet. Bei einem anderen Kranken wurde die Diagnose eingeklemmte Hernie gestellt. Bei der Operation fand sich ein im Bruchsack eingeklemmtes, gangränöses, 5 cm langes Divertikel, das von einer Fischgräte perforiert war. In einem dritten Falle wurde im Bruchsack ein Meckel'sches Divertikel vorgefunden.

Dr. Zimmernann wiederholt im Schlusswort, dass er nicht über mechanischen, durch ein Divertikel bedingten Ileus habe sprechen wollen; er wollte hauptsächlich betonen, dass es eine primäre Entzündung der Divertikelwände gibt, ohne Abschluss, ohne Strangulation, ohne mechanische Ursachen, nur auf Grund von Verhältnissen, wie sie auch beim Appendix vorliegen, wiewohl die Entstehung der Entzündung von manchen Chirurgen in mechanischer Weise erklärt wird, indem nämlich angenommen wird, dass zuerst ein Abschluss des Appendix von innen durch katarrhalische Entzündung der Schleimhaut platzgreife, und dass dieser Abschluss dann die Entzündung des Gesamtorgans zur Folge habe.

Herr Prof. Küster ergreift das Wort und dankt zunächst für die freundliche Einladung der Deutschen Medizinischen Gesellschaft und hält sodann einen ausführlichen, hoch interessanten und mit grossem Danke von Seiten der Versammlung aufgenommenen Vortrag über **Haemophilie der Niere** (chronische fleckweise Nephritis, Glomerulonephritis, angioneurotische Form der Nierenerkrankung, Nierenneuralgie).

Dr. Herzog gibt im Namen der Gesellschaft dem Gefühl der Genugtuung und Freude warmen Ausdruck, einen hervorragenden Vertreter der deutschen Wissenschaft als Gast zu sehen, dessen Gegenwart einen grossen Gewinn bedeutet, da von solchen Männern eine intensive wissenschaftliche Anregung für die hiesige Aerzteschaft

ausgeht. Wir bedürfen der Anregung durch Männer, die sich voll und ganz dem Kreise ihres Faches, der Forschung widmen können.

Nach der wissenschaftlichen Sitzung findet ein Kommers zu Ehren des Herrn Prof. Küster statt.

Sitzung vom 6. Juni 1907.

Vorsitzender: Dr. Herzog.

1) Dr. A. C. Croftan: **Einige Erfahrungen mit der sogenannten Haferkur in Diabetes mellitus.**

2) Dr. M. Herzog: **Ueber Opsonine und Vakzinebehandlung.**

Diskussion zu Dr. Croftan's Vortrag.

Dr. Herzog hat sich seit Jahren mit dem Studium der amylolytischen Fermente beschäftigt. Ptyalin und das amylolytische Enzym der Pankreasdrüse wandeln Stärke in Maltose um, während diese wieder durch die vom Dünndarm gelieferte Glukase in Glukose oder Dextrose verwandelt wird. Die schliessliche Spaltung von Glukose erfolgt durch ein vom Pankreas durch innere Sekretion (Langerhans'sche Inseln) bis jetzt unbekanntes Ferment. H. hat nach dem Vorgange von Minkowski bei Hunden schweren, tödlich verlaufenden Diabetes durch totale Pankreasexstirpation erzeugt. H. glaubt, dass die Umwandlung von Glukose im tierischen Körper derart erfolgt, dass das Pankreas ein der Hefezymase ähnliches Enzym liefert und dass im tierischen Körper die Glukose in Alkohol und CO_2 gespalten und der gebildete Alkohol sofort in statu nascendi zu H_2O und CO_2 oxydiert wird. Herzog hat versucht, seine Hypothese experimentell zu beweisen und er hat vor mehreren Jahren ausführlich im Hofmeister'schen Archiv für Physiologische und Pathologische Chemie über seine Versuche berichtet. Es gelang ihm, mit unter hohem Druck ausgepressten Pankreassaft in starken Zuckerlösungen Spuren von Alkohol zu bilden. Die gute Wirkung des Salizyls und seiner Derivate, wie Aspirin, etc. bei Diabetes, hat man sich vielleicht derart vorzustellen, dass bei Gegenwart der-

selben das amylolytische Ferment in seiner Wirkung gehemmt wird; so bildet sich weniger Zucker.

Es wird darum die Stärke bei Salizylverabreichung weniger verdaut.

Dr. Decker verliert einen 1905 erschienenen Aufsatz, in welchem N aun yn zur Behandlung des Diabetes mit Milch, Kartoffeln oder Hafer Stellung nimmt. Keine dieser genannten Behandlungs- resp. Ernährungsmethoden sind stichhaltig. Die gelegentlichen Erfolge solcher Kuren werden durch die psychischen und hygienischen Einflüsse hierbei erreicht; überdies handelt es sich bei denselben um eine energische Eiweissentziehung und Unterernährung. Die letztere allein ist ein Mittel, die Toleranz für Kohlehydrate zu steigern. Bei Kartoffel- und Haferdiät geht ein beträchtlicher Teil der Stärke durch Gährung im Darne verloren.

Dr. Croftan: Das psychische Moment hat mit dem Erfolg gewiss etwas zu tun; für viele Fälle hingegen kann die Erklärung des Erfolges nicht auf der Basis der Unterernährung beruhen, da ja die Patienten an Körpergewicht zunehmen. Die von Dr. Herzog gegebene Erklärung der Wirkung der Salizylsäure dürfte richtig sein. Möglicherweise wird auch die Umwandlung des Glykogen in Dextrose durch Salizylsäure gehemmt. Im Blute entsteht aus dem Zucker nicht nur Alkohol und Kohlensäure, sondern auch Milchsäure.

Ad. II. Dr. Herzog hält seinen Vortrag über Opsonine und Vakzinebehandlung, worauf Frau Dr. Papot, vom Michael Reese Hospital, die Technik der Opsoninbestimmung demonstriert.

Diskussion. Auf eine Frage des Dr. Croftan teilt Herzog mit, dass er Koch's neues Tuberkulin für die Behandlung der Tuberkulose benütze. Dasselbe kommt in Fläschchen von 1 ccm mit 5 Milligramm Substanz in den Handel. Dr. H. verdünnt diese Stammlösung von 1 ccm mit 49 ccm Kochsalzlösung, die $\frac{1}{2}$ Prozent Lysol enthält (Verdünnung No. 1) und dann wiederum 1 ccm von Verdünnung No.

1 mit 49 ccm Kochsalz-Lysollösung, sodass 1 ccm der Verdünnung No. 2 $\frac{1}{500}$ mg Tuberkelbazillensubstanz enthält. Davon werden 8 Tropfen mit $\frac{1}{1000}$ mg Tuberb. pro dosi injiziert.

Dr. Ries berichtet über einen Fall von Nieren- und Ureterentuberkulose mit Exstirpation der Niere. Es entwickelte sich eine Fistel, die für lange Zeit bestand und sich nicht schliessen wollte, bis Tuberkulinbehandlung begonnen wurde. Nach dreimonatlicher Anwendung des Tuberkulins war die Fistel vollkommen verheilt.

In einem zweiten Falle wurde ein tuberkulöses Geschwür des Rektums exstirpiert, wonach sich eine Fistel tuberkulöser Natur entwickelte; schliesslich begann Patient zu husten und zu fiebern und im Sputum wurden Tuberkelbazillen nachweisbar.

Dr. Herzog begann die Behandlung mit Tuberkulosevakzine. Nach bereits 3 Wochen war eine bedeutende Besserung der Fistel wahrnehmbar, jedoch keine Beeinflussung des Lungenbefundes.

Dr. G. Schmauch dankt für die Erklärungen und Demonstrationen der Technik der Vakzinebehandlung. Auch er sah in einem Falle von Acne vulgaris eine bedeutende Besserung nach 3 bis 4 Vakzineinjektionen auftreten. In einem Falle von tuberkulösem Lymphdrüsenabszess, der anderen Behandlungsmethoden, die durch längere Zeit durchgeführt worden waren, getrotzt, schwand derselbe vollständig eine Woche nach Einführung der Vakzinebehandlung. Dr. Schmauch kritisiert den Terminus Vakzine als eine unrichtige Bezeichnung, da es sich um Präparate aus abgetöteten Mikroorganismen handelt. Dr. Herzog stimmt diesem Einwande bei, doch möge dieser Terminus vorläufig beibehalten werden, da er sich in der Literatur eingebürgert hat. Die beständige Kontrolle der Wirkung der Vakzinebehandlung durch die Bestimmung des Opsoninindex ist unumgänglich notwendig, da sonst die Methode leicht in Misskredit kommen könnte. Erforderlich ist ein langsames Vorgehen mit der Dosierung. Die Vakzinebehand-

lung scheint am besten bei unkomplizierter Tuberkulose, bei Streptokokken- und Staphylokokkeninfektion, hingegen bei Pneumokokkeninfektion gar nicht zu wirken.

Dr. Doe p f n e r empfiehlt der Gesellschaft den korporativen Beitritt zur Fenger Memorial Association mit

einem Beitrag von 50 Dollars, zahlbar bis zum 1. Dezember 1907.

Der diesbezügliche Antrag wird von Dr. H o l i n g e r gestellt und von der Versammlung einstimmig angenommen.

Dr. A. S t r a u c h,
Schriftführer.

Kleine Mitteilungen.

— Neu erscheinen im Verlage von S. K a r g e r in Berlin „*Beiträge zur Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes*“, herausgegeben von Professor Dr. A. P a s s o w und Professor Dr. K. L. S c h a e f e r. Diese „Beiträge“ haben nicht die Grundtendenz, eine neue Zeitschrift für Otologie, Rhinologie und Laryngologie zu schaffen von jener Form, wie sie gegenwärtig schon in grösserer Zahl den Bedürfnissen der Spezialisten entsprechend vorhanden sind. Es ist vielmehr beabsichtigt, nicht nur Arbeiten aus den spezialistischen Kreisen zu bieten, sondern möglichst viele aus dem Gebiete der Physiologie und Physik, der normalen, pathologischen und entwicklungsgeschichtlichen Anatomie, der Neurologie und inneren Medizin, der Ophthalmologie, kurz aller jener Wissenschaften, mit deren Fortschritten der Ohren-, Nasen- und Halsarzt unbedingt auf dem Laufenden bleiben muss, sofern er fruchtbringend wissenschaftlich arbeiten will. Es soll auch den Vertretern jener erwähnten Wissenschaften durch die „Beiträge“ Gelegenheit gegeben werden, sich dem Studium der in Frage kommenden Organe im Interesse der wechselseitigen Berührungspunkte mit mehr Erfolg widmen zu können als bisher.

Neben den Originalarbeiten soll in Form von Sammelreferaten eine übersichtliche Zusammenfassung einzelner wichtiger Gebiete gegeben werden. Die Sammelreferate sollen besonders alle Fragen von aktuellem Interesse oder erhöhter Bedeutung umfassen, und zwar aus der Fachliteratur sowohl wie aus den verschiedensten Gebieten der Gesamtmedizin, soweit sie mit der Oto-Rhino-Laryngologie in Beziehung stehen.

Um den Lesern die Ergebnisse, welche in Gesellschaften oder Kongressen vorgetragen

werden, vorzuführen, werden die Herausgeber von Zeit zu Zeit auch über diese berichten, soweit die Original-Verhandlungen nicht zur Publikation anvertraut werden. Bücher und Monographien werden zur Besprechung kommen, Tagesnotizen und Personalien den Schluss bilden.

Die „Beiträge“ erscheinen in zwanglosen Heften von etwa 5 Bogen, 6 Hefte bilden einen Band. Der Preis des Bandes beträgt M. 20, — im Inlande, M. 22, — für das gesamte Ausland; einzelne Hefte werden nur, soweit der hierzu bestimmte Vorrat reicht, und zu ihrem Umfang entsprechend erhöhten Preisen abgegeben.

Die ersten Hefte werden u. a. enthalten: Ueber den Verschluss der Knochenwunden nach Antrumoperation. Von A. P a s s o w. Tabellen der Schallgeschwindigkeit und Tonwellenlängen in der Luft bei verschiedenen Temperaturen. Von K. L. S c h a e f e r. Zur Pathologie der Labyrinthentzündungen. Von Oberarzt Dr. L a n g e. (Hierzu 8 Tafeln.) Der Nasenrachenraum bei Transsudat, akuter und chronischer Mittelohreiterung auf Grund von hundert postrhinoskopisch untersuchten Fällen. Von Dr. med. M a x M a n n in Dresden. Zur Lehre von der Schallokalisation von Ass.-Arzt M ü n n i c h. Ueber die physiologische obere Tongrenze. Von Priv.-Doz. Dr. H e g e n e r. Ueber Stellung und Bewegung des Kehlkopfes bei normalen und pathologischen Sprachvorgängen. Von Priv.-Doz. Dr. H. G u t z m a n n. Die obere Hörgrenze und ihre exakte Bestimmung. Von Prof. F. A. S c h u l z e in Marburg. Uebersicht über die Fortschritte auf dem Gebiet der vergleichenden Anatomie des Mittelohrs. Von Dr. H e r m. B e y e r in Berlin.

— *Komitee für die Begründung einer Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberku-*

lose. Unter dem Vorsitz des Staatsministers Dr. von St u d t hat sich ein Komitee gebildet, das einen Aufruf für die Begründung einer „Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose“ erlässt. Die Stiftung, die aus Anlass des 25jährigen Gedenktages der Robert Koch'schen Entdeckung des Tuberkelbazillus errichtet und somit der Erinnerung an die grundlegende Beobachtung für die Erforschung der gesamten menschlichen Infektionskrankheiten gewidmet wird, stellt sich abgesehen von der Ehrung des genialen Forschers die Aufgabe, wissenschaftliche Arbeiten und damit auch praktische Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose aus ihren Mitteln zu unterstützen. Bei der grossen Zahl von Opfern, die die Tuberkulose noch immer fordert (in Deutschland allein im Jahre 1905 rund 122,000), muss ein solches Werk als höchst wertvoll anerkannt werden, und eine reichliche Beisteuer zur Stiftung von jedem Mann aus dem Volke ist auf das lebhafteste zu wünschen. Dem Komitee gehören u. a. Graf von P o s a d o w s k y - W e h n e r, Ministerialdirektor A l t h o f f, der Präsident des Kaiserl. Gesundheitsamts, der Generalstabarzt der Armee, der Vize-Oberzeremonienmeister des Kaisers Kammerherr v. d. K n e s e b e c k, I. Leibarzt des Kaisers Generaloberarzt Dr. I l b e r g, der bayrische Gesandte in Berlin, die Minister des Innern aus Sachsen, Württemberg, Baden, Hessen, ferner Oberpräsidenten, Oberbürgermeister, hervorragende Aerzte, Industrielle etc. aus allen Teilen des Reichs an. Beiträge werden an das Bankhaus S. B l e i c h r ö d e r, Berlin, Behrenstrasse 63, erbeten. Nähere Auskunft erteilt der Schriftführer des Komitees, Professor Dr. J. S c h w a l b e, Herausgeber der Deutschen Medizinischen Wochenschrift, Berlin, W. 35.

— *Internationaler Tuberkulosekongress.* Das Exekutivkomitee des Staates New York für den Internationalen Tuberkulosekongress hielt am 11. d. M. eine Sitzung in der Academy of Medicine ab. Auf der Tagesordnung stand Ergänzung des Komitees sowie Beratung über die beste Art und Weise, für den Kongress im Staate New York Propaganda zu machen.

Zur Zeit setzt sich das Komitee zusammen, wie folgt:

Dr. Alfred Meyer, New York City, Vorsitzender.

Dr. H. D. Pease, Albany, Schriftführer.

Dr. Thomas Darlington, New York City.

Homer Folks, New York City.

Robert W. Hebbard, New York City.

Dr. Veranus A. Moore, Ithaca.

Dr. J. H. Pryor, Buffalo.

— *Eine literarische Leistung von Dr. Magnus Hirschfeld.* In der letzten Nummer der *Gazette médicale de Paris* findet sich eine kurze Besprechung eines Buches, „Le troisième sexe: les Homosexuels de Berlin“ von Dr. Magnus Hirschfeld in Berlin. Am Schlusse dieser Besprechung heisst es: „Der Verfasser weist durch Tatsachen und Einzelheiten nach, dass das Laster der Päderastie keineswegs auf die höheren Kreise Deutschlands beschränkt ist, sondern im Gegenteil alle Gesellschaftsklassen durchseucht hat, dass daher das blonde und tugendhafte Germanien eher alles andere als besser als das alte Babylon ist.“ Nun die Herren in dem „Seine-Babylon“ Paris können sich beruhigen; es gibt bei ihnen mindestens ebensoviele „Tütüs“, wenn nicht mehr, wie auf der anderen Seite des Rheins. Was den Herrn Dr. Hirschfeld anbetrifft, so wird wohl jedermann, der die beiden Harden-Prozesse verfolgt hat, noch in Erinnerung sein, wie dieser Sachverständige sich dabei auf unsterbliche Weise blamiert hat. Wenn er bei der ersten Verhandlung von einem unbewussten homosexuellen Empfinden sprach, von einer von der Norm abweichenden Männer-Freundschaft, die aber den Charakter reiner Freundschaft nicht verliert, von einer Homosexualität, die sich aber nicht homosexuell betätigt, und schliesslich sogar von einem anormalen Normal-Empfinden, so brachte der zweite Prozess gänzlich veränderte Anschauungen bei ihm zu Tage. Welche zweifelhafte Rolle Dr. Hirschfeld inzwischen bei dem Prozesse gegen Adolf Brand gespielt hat, ist bekannt. Welche Beweggründe ihn bewegen haben mögen, in Paris ein Buch über die sexuellen Laster in Berlin zu publizieren, lässt sich ja vermuten, dieselben reichen dem Verfasser sicherlich nicht zur Ehre. Herr Dr. Hirschfeld hat wohl auch noch nie etwas von dem sonst wohlbekannten Sprüchwort von dem Vogel, der sein eigenes Nest beschmutzt, gehört.

New Yorker
Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der

**Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York,
Chicago, Cleveland und San Francisco.**

Redigiert von DR. A. RIPPERGER.

Bd. XIX.

NEW YORK, FEBRUAR, 1908.

No. II.

Originalarbeiten.

Inhalations-Therapie.*

Von Dr. F. C. RUPPERT.

Der Inhalations-Therapie konnten bis vor kurzer Zeit die ärztlichen Kreise keine allzugrosse Sympathie abgewinnen. Mehr von den Kranken als von den Aerzten bevorzugt, wurde sie meistens in klimatischen Kurorten geübt. Das Misstrauen der Aerztekreise fand eine gewisse Berechtigung darin, dass die Mehrzahl der Inhalatorien unter Aufsicht von Personen standen, die keine ärztliche Ausbildung hatten, und infolgedessen weder klinische Beobachtungen noch genaue Indikationen gestellt werden konnten. Ist doch die Inhalationskur nur unter Aufsicht des Arztes zu gebrauchen, da jeder Patient nicht bloss das passende Mittel, sondern auch beim Gebrauch des Inhalators die richtige Temperatur des Spray's vom Arzte vorgeschrieben haben muss. Und da einerseits dieser nicht allwissend ist, anderseits nicht jeder Kranke gleichmässig reagiert, so

hat eine ständige Kontrolle stattzufinden — genau so, wie wenn der Patient mit Medicinen behandelt wird. Fernerhin waren die bis zur letzten Zeit gebrauchten Inhalationsapparate zu unvollkommen, um eine vernunftmässige Behandlung fordern zu können. Die Temperatur des Sprays konnte nur ungenau reguliert werden, sodass die Hitze den empfindlichen Schleimhäuten direkt schadete, schwerflüchtige heilkräftige Medikamente konnten nicht in gasförmigen Zustand gebracht werden; reichliche und feine Zerstäubung war ungenügend, um in die tiefern Teile der Luftröhre einzudringen. Vor allem aber war die Menge der eingeatmeten Heilmittel viel zu gering, um eine nennenswerte Wirkung ausüben zu können.

Erst seit einigen Jahren ist nun das Interesse an der Inhalations-Behandlung erkrankter Atmungsorgane wieder allgemein erwacht und in Europa sogar ein aussergewöhnlich reges geworden, ohne in diesem Lande bis jetzt eine nennenswerte Beachtung gefun-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York am 6. Januar 1908.

den zu haben. Wenngleich auch das Verschreiben des „Rezeptes zum Einnehmen“ für den Arzt recht bequem ist, das Misstrauen des Kranken der Medizin gegenüber ist gewissermassen berechtigt, die Wirkung des Medikaments in manchen Fällen oft recht zweifelhaft und die Abneigung gegen das Einnehmen selbst ein so bekanntes, dass wir gut daran tun, das Rezeptieren einzuschränken in denjenigen Fällen, wo derselbe Zweck angenehmer, schneller und gründlicher erreicht wird durch eine zweckmässig gehandhabte Inhalationsbehandlung, welche, da sie eine lokale Behandlung ist, unstrittig erheblich wirksamer wirkt und ausserdem mit weit geringeren unangenehmen oder gefährlichen Nebenwirkungen für den Gesamtorganismus verbunden ist, als es bei der bis zur Zeit noch üblichen Allgemeinbehandlung der Fall ist.

Unter Inhalations-Therapie versteht man die Anwendung von Arzneimitteln in Form von zerstäubten Lösungen, trockenen, staubförmigen Körpern, den Pulvern, Gasen oder Dämpfen zu Heilzwecken. Heilend wirkende Stoffe sollen auf dem Wege der Atmung in die Respirationsorgane durch Inhalationen eingebracht werden. Schon Hippokrates hat Räucherungen zu Heilzwecken verwendet, speziell bei Lungenerkrankungen. Im 9. und dann erst 17. Jahrhundert sind Rhazes und Bennett für Räucherungen und Inhalationen eingetreten. Als der eigentliche Erfinder der Inhalations-Methode, abgesehen von wenigen ähnlichen Versuchen, dürfte Hirzel 1829 gelten, der Meerwasser durch einen Springbrunnen zerstäuben und diese Luft von Lungenkranken, namentlich Schwindsüchtigen, einatmen liess. Erst neuere Fortschritte auf dem Gebiete der Chemie haben der Inhalations-Therapie neue Bahnen geöffnet und bildeten die Anregung zu einem bisher ganz ungewohnten Aufschwung dieser Behand-

lungsweise. 1858 durch Sales-Girons erfuhr diese Methode eine weitere Vervollkommnung dadurch, dass er einen Zerstäubungsapparat konstruierte, um Arzneiflüssigkeit zerstäuben zu können. Seitdem nun wurden eine Anzahl von Apparaten konstruiert, empfohlen und auch angewandt. Doch wurden mit der Zeit, nachdem speziell die Verwendung zerstäubter Arzneiflüssigkeit für Inhalationszwecke allgemeine Aufnahme gefunden, Zweifel an der Zweckmässigkeit dieser Methode laut. Fourier und Pietra-Santra bestritten energisch auf Grund experimenteller Untersuchungen und theoretischer Erwägungen die Möglichkeit des Eindringens des inhalierten Flüssigkeitsstaubes in die mittleren und tieferen Luftwege. Immer wiederum wiederholten sich mit Berechtigung infolge der mangelhaft konstruierten Apparate diese Einwendungen, bis gerade in den letzten Jahren es Bulling, Wasmuth und Heryng gelungen ist, sehr viel intensiver arbeitende Zerstäubungsapparate anzufertigen, die alle Zweifel behoben. Die Pariser Akademie der Medizin entschied sich nach eingehenden Untersuchungsmethoden dahin, dass mit diesen neuesten Apparaten eingeatmete zerstäubte Flüssigkeit ohne besondere Schwierigkeit wirklich bis in die tiefsten Abschnitte des Atmungsapparates einzudringen vermag. Die zahlreichen Diskussionen über diesen Vorgang möchte ich hier übergehen und als Resultat dieser Streitfrage den Entscheid der Pariser Akademie hinstellen, welcher jetzt auch allgemein angenommen ist.

Es war eine natürliche Folge dieser epochemachenden Erfindung in den neuesten Zerstäubungsapparaten als den vollkommensten Typen, dass in den europäischen Ländern zahlreiche Inhalatorien nach dem neuen System eingerichtet wurden und jetzt riesig frequentiert werden. Die Heilerfolge, die man daselbst erzielt hat, sind so

glänzend, dass selbst die Arbeiterkrankenkassen sich eigene Inhalatoren bauen, um ihren Arbeitern auch die Wohltat dieser Behandlungsweise zu niedrigen Preisen angedeihen lassen zu können. So darf es uns auch nicht wundern, wenn wir vor einigen Wochen in den Zeitungen lasen, dass der Kaiser von Oesterreich bei der sich zugezogenen Erkältung von einem Stabe der angesehensten Aerzte Inhalationsbehandlung in Form von Zerstäubung erhielt.

Ich werde wohl in Kürze auf die verschiedenen Formen der Inhalationen eingehen müssen, um der allgemein verbreiteten, doch irrigen Ansicht, dass Inhalationsapparate und Zerstäubungsapparate geradezu gleichbedeutend seien und dass Inhalationen nur durch Zerstäubungsapparate gemacht werden können, entgegenzutreten, trotzdem sich die Anwendung in der Form von zerstäubter, warmer Flüssigkeit am besten eingebürgert hat und in den neuesten Apparaten, als Einzel- und Gesellschaftsinhalationen, sich einer besonderen Beliebtheit beim Arzte wie Kranken erfreut.

I. *Pulver*: Die Inhalation von trockenen, pulverförmigen Arzneimitteln ist technisch leicht ausführbar. Die Anwendung der wenigen Apparate, die dazu konstruiert wurden, stösst bei den meisten Kranken auf grossen Widerstand, wenn speziell durch tiefe Inspiration das Mittel bis in die Bronchien hineingelangen soll. Der sofort auftretende, quälende Husten nach der ersten Einatmung solchen Staubes erregt einen unbezwingbaren Widerwillen gegen eine zweite Inspiration. Der in den Lungen von Kohlenarbeitern gefundene Kohlenstaub ist übrigens der beste Beweis für das Eindringen feiner Partikelchen bis in die Lungenalveolen, was durch Untersuchung über Staubinhalationskrankheiten ja längst unwiderleglich festgestellt ist. Einen völligen Ersatz für diese Inhalation haben wir in den durch den

Arzt mittels eines Pulverbläasers vorzunehmenden Einblasungen. Ich möchte bemerken, dass Insufflation nicht in das Gebiet der Inhalations-Therapie gehört; denn bei dieser bewirkt der Einatmungsstrom das Hineinbefördern der fein verteilten Arznei.

II. *Dämpfe*: Gewisse Arzneimittel, wie ätherische Oele, dringen in verdämpftem Zustand, also in einem durchaus luftähnlichen Aggregatzustand gebracht, in die Lungen ein. Die Jedermann bekannte Allgemeinwirkung bei der Einatmung von Chloroform, Aether, Amylnitrit u. s. w. lehren, dass Arzneydämpfe in Wirklichkeit ohne jede Schwierigkeit mit der Inhalationsluft bis in die tiefsten Abschnitte des Athmungsapparates einzudringen vermögen. Am bekanntesten ist der mit heissem Wasser gefüllte Topf, dem ein Medikament beigefügt wird, und die sich nun kräftig entwickelnden Dämpfe werden durch einen über den Topf gestülpten Trichter gesammelt und eingeatmet. So einfach diese Art ist, die ausströmende Hitze wirkt schädlich auf die empfindlichen Schleimhäute; abgesehen von dem Widerwillen des Kranken, sich den Mund zu verbrennen, wird er nur in gewisser Entfernung einatmen, wodurch natürlich die Heilkraft durch Zufluss der atmosphärischen Luft ganz bedeutend herabgesetzt wird. Um solche Inhalationen ergiebiger und konstanter zu bewerkstelligen, haben Scheibe, S ä n g e r und H e r y n g Thermoakkumulatoren, geeignete Apparate konstruiert, welche den Vorzug besitzen, ätherische Oele mit Wasserdampf gemischt zur Einatmung zu bringen, sodass durch die feine Verteilung, die mässig warme Temperatur und die durch den Wasserdampf gemilderte Konzentration das Mittel keinen Reiz auf die Schleimhäute ausübt und infolgedessen ein tiefes Eindringen bis in die feinsten Luftwege ermöglicht.

III. *Gase*: Die Inhalation von Gasen zu therapeutischen Zwecken findet in den

Respirationsorganen keine Schwierigkeiten, solange sie nicht irrespirabel sind d. h. die Schleimhäute, vor allem den Larynx und die Bronchien derart reizen, dass jede Atmung durch reflektorischen Schluss des Kehlkopfs unterbrochen wird. Doch haben die Inhalationen der eigentlichen Gase, wie Stickstoff, Kohlensäure, Schwefelwasserstoff, Blausäure, Sauerstoff, Ozon wenig Verbreitung bei der Behandlung von Erkrankungen der Luftwege gefunden, und die daran geknüpften Erwartungen haben sich in der Praxis nicht als begründet erwiesen. Die hier ziemlich bekannten Sauerstoffinhalationen haben für die Inhalations-Therapie, soweit sie Lokaltherapie ist, kein Interesse.

IV. *Zerstäubte Flüssigkeiten.* In einer mit zerstäubten Wasserteilchen angefüllten Atmosphäre atmen wir ruhig, auch wenn ein irrespirables Gas in kleinen Quantitäten derselben beigemischt ist. Da diese Behandlungsmethode, wie schon erwähnt, allgemeine Verbreitung gefunden, werde ich darauf etwas näher eingehen. Wenn eine Flüssigkeit in den Zustand des Zerstäubtseins versetzt, in eine Anzahl kleinster Tröpfchen aufgelöst wird, erhält sie die Fähigkeit, eine gewisse Zeit in der Luft sich schwebend zu erhalten und kann infolgedessen gemischt mit der atmosphärischen Luft in die Luftwege eindringen. Der noch heute nicht unbeliebte Aufenthalt des Kranken am Meeresstrande bildet die ursprünglichste Art der Darstellung der Inhalation zerstäubter Flüssigkeit. Späterhin wurden Apparate zur künstlichen Darstellung feuchten Staubes konstruiert; doch konnten bei der ebenerwähnten Methode Temperatur, Druck und Konzentrationsgehalt der Flüssigkeit keine Beachtung finden. Nach den bisher empfohlenen Inhalationszwecken dienenden Zerstäubungsapparaten lassen sich nach ihren Erfindern 3 Systeme unterscheiden.

1) Nach *Sale-Girons* 1858, dessen Apparat mit Hilfe einer Druckluft-

pumpe einen feinen Wasserstrahl gegen eine feste Wand schleuderte. An dieser wurde der Strahl zerstäubt. Kaum noch in Gebrauch.

2) Bei den nach *Matthieu* konstruierten Apparaten erfolgt die Zerstäubung in der Weise, dass die verdichtete Luft zugleich mit der Flüssigkeit aus einer feinen Röhre heraustritt. Die hier bekannten Atomizer für die Nase und die Besprengungsapparate mit wohlriechender Flüssigkeit für Kleider und Gesicht sind nach diesem Prinzip gemacht.

3) Das *Bergson*-Prinzip findet in den bekannteren modifizierten *Siegles*'schen Apparat Anwendung, nämlich dass sich zwei spitz zulaufende Glasröhren unter einem rechten Winkel treffen, wobei die durch Wasserdampf ersetzte, komprimierte Luft aus der einen Röhre die Inhalationsflüssigkeit aus der anderen Röhre emporsaugt und in kleinste Tröpfchen zerreißt.

Bekanntlich gibt es nun eine grosse Anzahl von verschiedenen aussehenden und benannten, für therapeutische Zwecke brauchbaren Apparaten für Zerstäubung der Inhalationsflüssigkeit. Aber es handelt sich soweit das Prinzip der Zerstäubung in Frage kommt, ausschliesslich um Modifikationen und Verbesserungen der genannten 3 Systeme: *Sale-Girons*, *Matthieu* und *Bergson*. Die Triebkraft bildet entweder komprimierte Luft, welche auch erwärmt werden kann, oder strömender Wasserdampf. Darnach unterscheiden wir wieder drei Gruppen: Apparate für kühle, warme und heisse Inhalationen. Einzel- und Gesellschaftsinhalationen. Die neuesten und modernsten Apparate von *Wasmuth*, *Bulling* und *Heryng* als grosse Zerstäuber sind die vollkommensten Typen von Apparaten für Gesellschaftsinhalationen. Sie vermögen die Zerstäubung von ausserordentlicher Feinheit zu bewirken; die Tröpfchen, welche erzeugt werden, sind so klein und kleiner wie die Lungenalveolen, kleiner wie die roten Blutkörperchen. Die Flüssigkeitsbläschen haben einen Durchmes-

ser von 0.0006—0.0012 mm; der dadurch gebildete Nebel dringt bis in die feinsten Bronchien und Bronchiolen ein. Durch ein rechnerisch und experimentell genau festgestelltes bestimmtes Verhältnis zwischen den aus den Röhren hervordringenden Flüssigkeitsmengen wird eine vollständige Verdunstung der Tröpfchen verhindert. Auch kleine, sehr vollkommene Apparate, speziell für Nasen- und Halserkrankungen wurden von Bulling und Wasmuth konstruiert. Ich möchte auf die Beschreibung dieser neuesten Einzel-Apparate hier nicht eingehen; der Zweck und das Resultat sind stets die gleichen geblieben, wenn gleich zu erwähnen ist, dass die Bulling'schen Apparate, „Guttafer“ und „Thermo-Variatoren,“ wie er sie genannt, in Europa die populärsten geworden sind.

Die nötigen anatomischen und physiologischen Bemerkungen zur Inhalations-Therapie, die Technik bei der Inhalation, die Pharmacopaea inhalatoria, die sich ausgebildet hat, werde ich übergehen. Praktisch wichtiger und von grösserem Interesse ist die Indikationsstellung bei der Inhalationsbehandlung. Eine schematische Namensaufstellung aller akuten und chronischen Erkrankungen der Nase, des Pharynx, Larynx, der Lunge, wie sie sich mehr oder minder für erfolgreiche Behandlung eignen, dürfte die ganze Behandlungsweise mehr in Misskredit bringen, als sie unter den Aerzten beliebt machen. Eine genaue Spezifizierung der Erkrankungen ist nötig. Allgemein möchte ich sagen, dass die Inhalations-Therapie bei Nasen und Halserkrankungen da aufhört, wo sie das Gebiet der Chirurgie betritt. Dasselbst aber ist sie ein nicht zu unterschätzendes, unterstützendes Moment zur Ausheilung der gesetzten Wunde, wie die Sekretion zu verflüssigen, die Tätigkeit der Drüsen anzuregen und dadurch eine schnelle Heilung zu erzielen. Es gehören also Fälle wie adenoide Vegetationen, Rhinitis chronica hypertrophicans mit Polypenbildung nicht in dieses Gebiet, vielleicht nur dann, wenn es sich um opera-

tionsscheue Kranke handelt, die momentane Linderung suchen. Wie sich die heute gebräuchlichen Medikamente gegen die Symptome richten, so ist auch die Inhalations-Therapie in ganz besonderer Weise eine symptomatische Therapie, die aber zugleich äusserst wohltuend wirkt. Und da wir bei den verschiedenen Erkrankungen nicht immer ein spezifisches Heilmittel haben, so handelt es sich doch darum, auf welche Weise wir bei der Bekämpfung einer Krankheit eine schnellere und nachhaltigere und auch für den Patienten angenehmere Wirkung erzielen und so schliesslich die Möglichkeit geben, durch Beseitigung des auf die Schleimhaut höchst schädlichen Reiz ausübenden Sekretes dieselbe durch die Heilkraft der Natur wieder in einen normalen Zustand zu bringen. Und diese Wirkung wird schneller und gründlicher durch die Inhalations-Methode erreicht. Darauf beruht ja gerade der Vorteil dieser Behandlungsweise, wie das in der letzten Zeit nachgewiesen worden ist, dass die eingeführten Medikamente durch die Mucosa der oberen Luftwege schnell resorbiert und unzersetzt in die Blutbahn gelangen, während sie per os gereicht im Magen unter dem Einfluss verschiedener Fermente und der Magensäure Zersetzungsprozessen unterworfen sind. Die ausserordentliche Resorptionsfähigkeit der Lunge erleichtert die Aufsaugung der warmen, fein suspendierten, medikamentierten Teile, welche andauernd die Oberfläche der Luftwege berieseln, teils kräftig an die Mucosa anprallen und hiedurch den zähen Schleim verflüssigen, die Expektoration anregen und erleichtern; Reizzustände werden gemildert, Hyperämien ausgeglichen und die entzündliche Spannung der Mucosa vermindert. Daraus ergibt sich, dass diese Behandlungsweise ganz besonders indiziert ist bei Erkrankungen der Atmungsorgane, wo es sich darum handelt, die zähe Sekretion zu lösen, den trockenen Katarrh zu lockern, die sekretorische Tätigkeit der Drüsen anzuregen, den trockenen, quälenden Husten zu

lösen, bei tiefen Rachen- und Kehlkopfprozessen die Beschwerden erträglicher zu machen. So sind ausgezeichnete Erfolge erzielt worden bei allen akuten Katarrhen der Atmungswege, wie beim akuten Schnupfen und dem akuten Erkältungskatarrh des Kehlkopfes und namentlich der Bronchien. Die Wirkung ist eine ebenso prompte wie nachhaltige, wie es das Einnehmerezept nicht aufweisen kann. Auf das Allgemeinbefinden und sogar auf vorhandenes leichtes Fieber übt sie einen heilsamen Einfluss aus. Der Niesreiz und Kopfschmerz schwindet, ebenso der quälende Husten bei akuter Tracheo-Bronchitis, das Gefühl des Wundseins unter dem Brustbein in kürzester Zeit.

Von den chronischen Erkrankungen eignet sich vor allem die Pharyngitis und Laryngitis sicca, die Rhinitis atrophicans. Der Schleim, der bei diesen Erkrankungen nur spärlich und langsam abgesondert wird und daher zu Krusten leicht eintrocknet, verflüssigt sich bald; das Gefühl der Trockenheit in Nase und Hals, Kratzen und Kitzeln im Kehlkopf und die Neigung zu räuspern und husten schwindet wesentlich schneller, und eine nachhaltigere Abnahme dieser Krankheitserscheinungen als bei der üblichen Behandlungsmethode tritt ein. Bei Bronchitis foetida, wo das Sekret der Schleimhaut in faulige Zersetzung übergeht, übt sie eine geradezu spezifische Wirkung aus, dann aber auch, wenn es sich handelt, bei starker Sekretion die Absonderung zu beschränken, je nachdem man dazu geeignete Arzneimittel hinzufügt. So sind am meisten befriedigend die vorzüglichen Heilwirkungen beim chronischen Bronchialkatarrh mit reichlich, gutflüssigem Sekret. Und die Wirkung in dem sehr schnellen Nachlassen bez. Verschwinden des Hustens ist keine bloss vorübergehende, wie wir es bei Anwendung narkotischer Mittel stets haben, sondern in der Regel eine dauernde. Das auf der Schleimhaut liegende Sekret, die Hauptursache des Hustens, wird

durch die Einatmung gelöst und die abnorme Reizempfindlichkeit der Respirationsschleimhaut herabgesetzt.

Was die Inhalations-Therapie bei der Lungenschwindsucht anlangt, hatte Saenger bei dem im Gefolge der Lungenschwindsucht stets vorhandenen, meist sehr intensiven Bronchialkatarrh ebenso gute, zum Teil noch bessere Erfolge, insofern durch das Schwinden des Bronchialkatarrhs in einer Anzahl von keineswegs leichten Fällen der tuberkulöse Erkrankungsprozess einen unerwartet günstigen Verlauf nahm. Heryng schreibt folgendes: „Trotz aller Anerkennung für den Nutzen und die Erfolge der hygienisch-diätetischen Methode und der Erfolge der Behandlung in Sanatorien und klimatischen Kurorten, dürfen wir auf die lokale Therapie der Lungenerkrankung nicht verzichten. Solange wir keine Spezifika gegen die Tuberkulose besitzen und die Aussichten solche zu finden, wenig versprechend sind, ist es unsere Pflicht, in den Anfangsstadien der Lungentuberkulose nach Behandlungsmethoden zu suchen, welche dem kranken Organ das ihm am meisten zukommende, das heisst mit der Luft eingeführte antiseptisch und nicht reizend wirkende Medikament in genügender Menge und in längerer Zeitdauer zuführen. Meine bisherigen, auf diesem Felde seit 2 Jahren gesammelten, klinischen Beobachtungen haben mich von der günstigen Wirkung dieser Methode so weit überzeugt, dass ich mir erlaube, dieselbe zur weiteren Erprobung zu empfehlen.

Zum Schlusse, meine Herren, möchte ich Sie bitten, sich selbst zu überzeugen von der heilbringenden Wirkung der modernen Inhalations-Therapie in den erwähnten bestimmten Fällen und durch Ihr bleibendes Interesse daran zum Aufbau selbst beizutragen durch eigene, unabhängige, eingehende Prüfungen, Beobachtungen und Untersuchungen, um die erstaunliche Meinungsänderung verstehen zu lernen, die gerade in den letzten zwei Jahren in der Behandlung ka-

tarrhalischer Zustände der Atmungsorgane die Aerzte sowohl wie das Publikum ergriffen hat. Das bis dato einzige Inhalatorium, das in diesen Lande mit

den neuesten Apparaten eingerichtet existiert, befindet sich in 137 West 122. Strasse, und ich stelle es Ihnen gerne zur Verfügung.

Zwei Fälle von extragenitalen Schankern.*

Von Dr. EDWARD PISKO, New York

Fall I. Martin W. W. kam am 26. Dezember v. J. mit folgender Krankengeschichte: Vor mehr als drei Monaten merkte ich, dass etwas aus meinem Rektum herauswuchs, die Umgebung desselben, der After und die umliegenden Teile waren sehr schmerzhaft, insbesondere beim Stuhlgang. Vor etwa zwei Monaten bemerkte ich, dass meine Lippen aufsprangen, sehr hart wurden und die Zunge sehr schmerzte, besonders nach Mahlzeiten. Vor zwei Wochen bekam ich Halsschmerzen und ein Geschwür auf der Zunge.

Patient, der aus Oesterreich stammt, im 17. Lebensjahre ist, gesund aussehend und von gesunden Eltern, wurde mit einem Rektalspekulum untersucht, es fand sich in der Höhe von $1\frac{1}{2}$ Zoll ein Geschwür mit harten Rändern, ganz charakteristisch für die Initialsklerose, die Analgegend war dicht besetzt mit feuchten Papeln, stecknadelkopf- bis erbsengross bis zur Höhe des Tuber ossis ischiü. An der Zunge fanden sich zahlreiche Schleimhautpapeln, insbesondere die oben von dem Patienten erwähnte — einen halben Zoll lang und ein viertel Zoll breit, ebenso am weichen Gaumen und an der hinteren Pharynxwand, ausgesprochene Gingivitis und sämtliche Lymphdrüsen stark vergrössert.

Auf Befragen leugnete Patient über eine Woche, etwas von einer Infektion zu wissen, gab jedoch am Ende der

zweiten Woche unserer Bekanntschaft zu, dass er seit Juni v. J. Sodomie treibe (passive Päderastie) und auch wiederholt per os.

Fall II. Am 28. Dezember v. J., also nur zwei Tage später, stellte sich ein anderer Patient ein, Henry H., 16 Jahre alt, hier geboren, von kachektischem Aussehen, klagte genau dasselbe, Schmerzen und Wundgefühl beim Stuhlgang und über Geschwüre in der Aftergegend.

Patient wurde ebenfalls per rectum untersucht, zwei Zoll hoch fand sich die Initialsklerose. Alopecia auf dem Kopfe, in den Achseln und in der Schamgegend. Die Tonsillen waren kraterförmig ausgehöhlt, mit einem speckigen Belag bedeckt, sämtliche Lymphdrüsen stark vergrössert, insbesondere die Epitrochleardrüsen am rechten Arm zur Grösse einer Haselnuss. An der Glans penis waren zwei grosse Papeln, von denen Patient behauptete, dass sie sich erst seit 3 Tagen zeigten. Die Analgegend ist mit grösseren und kleineren Papeln besät. Patient leugnet beharrlich jede Mitwissenschaft an einer Infektion und trotz wiederholter Vorstellungen bleibt er bei der Behauptung, dass er letzten Herbst — er war mit einem Zirkus auf der Reise — den Abort nach einem Manne benützte, von dem man wusste, dass er eine „Geschlechtskrankheit“ habe. Der Junge ist intelligent, macht einen guten Eindruck und, wenn man ihm Glauben schenken darf, ist dies wirklich einer der seltenen Fälle von Syphilis insontium.

*) Vorgestellt in der Dezember-Sitzung der Manhattan Dermatological Society.

Beide Fälle werden mit HgCl_2 behandelt, vertragen die Einspritzungen sehr gut und zeigen nach sechswöchentlicher Behandlung keine Symptome mehr; die Läsionen an der Zunge (Fall I) sind geheilt, die Tonsillen (in Fall II) haben normales Aussehen. Beide Patienten befinden sich sehr

wohl und zeigen nur noch einige ganz kleine feuchte Papeln um den After, die eben langsamer heilen, weil die Faeces die Gegend feucht halten und ich keinerlei Lokalbehandlung eingeleitet habe.

Sydenham Building, 616 Madison Avenue.

Bromural in seiner Anwendung zur Bekämpfung der Seekrankheit.

Von Dr. EUGEN PERRENON,

Schiffsarzt beim Norddeutschen Lloyd, Oberassistentarzt d. R. der Kaiserlich Deutschen Marine &c.

Mit dem Monobromisovalerianylharnstoff, unter dem Namen „Bromural“ von Knoll & Co. in den Handel gebracht, hat der Arzneischatz ein Nervenberuhigungs- und Schlafmittel gewonnen, das in der Praxis vielfach erprobt ist.

Krieger und v. d. Velden, v. Leyden, Erb, Gottlieb u. a. berichten über Bromural als ein Sedativum und Einschläferungsmittel, das prompt wirkt, als relativ harmlos bezeichnet werden kann und frei von Nebenwirkungen zu sein scheint. Der durch Bromural hervorgerufene Schlaf zeigt keine Abweichung gegen den natürlichen Schlaf, auch fühlen sich die Patienten nach dem Erwachen frisch und erquickt, ohne Benommenheit und Depression. Durch diese Vorteile unterscheidet sich Bromural deutlich von den bisher bekannten Mitteln mit narkotischer Wirkung, und es wird seine Anwendung in allen Fällen von leichter, nervöser Schlaflosigkeit empfohlen, besonders bevor die stark-wirkenden Hypnotika zur Anwendung gelangen. Die Wirkung des Bromurals klingt nämlich schon innerhalb 5 Stunden ab, das Präparat dient daher nur dazu, den natürlichen Schlaf einzuleiten, und so erklärt sich das Fehlen der

unangenehmen Nebenwirkungen am nächsten Morgen beim Erwachen. Bromural muss als ein weniger kräftiges Mittel bezeichnet werden, da es, wie gesagt, nur in Fällen leichter, nervöser Schlafbehinderung und als Sedativum wirksam ist, dagegen in schweren Fällen von Schlaflosigkeit versagt.

Es lag nun nahe, dieses Mittel schon wegen seiner Zusammensetzung mit der Valeriansäuregruppe auch auf Seereisen unter den damit verbundenen bekannten schwierigen Verhältnissen anzuwenden. Ich habe dies auch während verschiedener Seereisen mit zum Teil sehr stürmischem Wetter getan und in einer Reihe von Fällen die besten Erfolge gesehen. Dabei trat nun nicht nur die ausgezeichnete Schlafwirkung zu Tage, sondern ich hatte auch Gelegenheit, besonders bei nervösen, überarbeiteten Personen eine solch günstige Wirkung bezüglich des Auftretens der Seekrankheit zu konstatieren, dass ich in meiner Tätigkeit als Schiffsarzt mich sehr bald entschloss, Bromural speziell in dieser Hinsicht zu gebrauchen.

Meine Erfahrungen haben ergeben, dass die günstigsten Erfolge zu verzeichnen waren, wenn Bromural prophylaktisch sogleich nach Beginn der

Reise angewendet wurde. Ich begann also bei offenkundig zur Seekrankheit neigenden Reisenden damit, dass ich sogleich vor der ersten grösseren Mahlzeit Dosen von 0,3 g—0,6 g je nach der Konstitution gab. Dieselbe Dosis wurde am ersten Abend vor dem Schlafgehen wiederholt, und diese Behandlung am zweiten und nötigenfalls auch am dritten Tage fortgesetzt.

Es offenbarte sich dabei nach den Angaben der betreffenden Personen, welche grosse Annehmlichkeit es für sie war, sogleich in der ersten Nacht ruhig und ausgiebig zu schlafen. Alsdann stellte sich auch am Morgen darauf der gewünschte Appetit ein. Wurde dieses Verfahren in der angegebenen Weise von Anfang an durchgeführt, so blieb in vielen Fällen jeglicher Brechreiz aus.

Bei Kopfschmerzen war die Wirkung mitunter eine frappante, es trat

gewöhnlich auch nach Dosen von 0,6g—0,9 g ein wohltuender ruhiger Schlaf ein und nachher lebhafter Appetit.

Begann die Anwendung erst einige Tage nach Abfahrt, also nachdem sich die Symptome der Seekrankheit schon geltend gemacht hatten, so mussten naturgemäss grössere Dosen während längerer Zeiträume gegeben werden, es gelang jedoch auch hier, in Verbindung mit geeigneter Diät etc. die Beschwerden wenigstens bedeutend zu mildern, beziehungsweise abzukürzen.

Den sichersten Erfolg verspricht aber, wie erwähnt, eine möglichst frühzeitige Anwendung.

Wenn ich meine Erfahrungen zusammenfassen darf, so glaube ich, dass im Bromural ein Mittel vorliegt, dass eine Empfehlung zur Anwendung unter den entsprechenden Verhältnissen sehr wohl verdient.

Auszüge aus der neuesten Journalliteratur.

A. Lübbert: Eine neue Methode der Behandlung mit Hyperämie.

Das Heilprinzip, welches in der Erregung von Hyperämie liegt, ist von alters her in der Form von Priessnitzverbänden, Schlamm- und Moorbädern, Breiumschlägen, Duschen, Vesikantien u. a. m. in ausgiebigster Weise zur Anwendung gebracht worden. Lübbert in Hamburg kam zufällig in den Besitz des amerikanischen Präparates „Antiphlogistine“ und war in der Lage, dasselbe an mehr wie hundert Fällen, wie er sagt, erfolgreich anzuwenden. L. berichtet eingehend über seine Erfahrungen in dieser Hinsicht.

Das Antiphlogistine hat das Aussehen und die Konsistenz eines dünnen Glaserkittes. Seine Grundsubstanz bildet ein natürlich vorkommendes Aluminium-Magnesiumsilikat, welches auf das feinste pulverisiert und bei sehr hoher Temperatur getrocknet wird. Sobald durch diesen Erhitzungs-

prozess Wasserfreiheit erzielt ist, werden etwa 50 Proz. Glycerin eingearbeitet und neben etwas Bor- und Salizylsäure sowie einer Spur reinen Jodes eine gewisse Menge Ol. Menthae piperitae, Ol. Gaultheriae und Ol. Eucalypti hinzugesetzt. Durch innige Mischung aller Ingredientien erhält man eine angenehm aromatisch riechende, durchaus homogene Paste, welche, ohne zu fließen, sich sehr leicht ausstreichen lässt und an der Unterlage auf das vollkommenste angeschmiert haften bleibt.

Die Anwendung soll derart geschehen, dass man das Präparat durch Einstellen des Behälters in heisses Wasser anwärmt und die durchgerührte Masse, so heiss es nur immer vertragen wird, mit einem Spatel auf die zu behandelnde Stelle aufbringt. Alle Körperteile, ohne Ausnahme irgend einer Oertlichkeit, können bedeckt werden. Auch bezüglich der Ausdehnung der zu behandelnden

Oberfläche braucht man sich keinerlei Beschränkung aufzulegen, denn der tatsächlich erfolgende absolute Luftabschluss ist ja von ganz anderer Bedeutung und anderen Folgen als der, den man durch Firnisüberzüge und andere, die Hauttätigkeit unterdrückende bzw. schädigende Bedeckungen erreicht. Ebenso wenig spielt die Beschaffenheit der betreffenden Partie eine Rolle. Auf entzündliche Infiltrationen aller Grade oder auf Wundflächen, wie sie sich beim *Ulcus cruris* finden, kann man das Präparat ebenso aufbringen wie auf die intakte Haut. Nur die Temperatur der Masse wird man entsprechend modifizieren. Die Dicke der aufzutragenden Schicht lernt man sehr bald variieren, je nach der Zeit, die man wirken will, und dem Ort der Applikation. Sobald die Paste ausgestrichen ist, bedeckt man sie mit einer dünnen Lage hydrophiler Watte, die man mit einer Binde fixiert. Diese Binde kann man übrigens unter Umständen sparen, da sich die Paste der Körperoberfläche eng anschmiegt und andererseits auch die bedeckende Wateschicht festhält. Schliesslich legt man in anderen Fällen über die Watte eine einfache Lage Mull und befestigt das Ganze durch einige Streifen Leukoplast. So kann man z. B. eine ganze Thoraxhälfte bedecken, ohne die gesunde Seite durch Bindentouren zu genieren.

Will man die Paste aus irgend einem Grunde vorzeitig entfernen, so braucht man nur Wasser unter den Verband zu bringen, um eine sofortige prompte Lösung der haftenden Paste zu erzielen. Welche Wirkung ein Antiphlogistine-Verband haben muss, liegt klar zutage, wenn man die chemische Zusammensetzung und die Anwendungsart kennen gelernt hat. Die Vermutung, dass die Masse aseptisch, keimfrei sein wird, bestätigt eine diesbezügliche bakteriologische Untersuchung sofort. Als Haupteigenschaft aber ist die starke Hygroskopizität und das Fettlösungsvermögen charakteristisch. Die Kraft, Wasser anzuziehen, macht sich schon bemerkbar, wenn man das Präparat offen an der Luft stehen lässt. Es nimmt dann die Luft-

feuchtigkeit auf und verliert als Ausdruck für die stattgehabte Wasserkorporation seine Geschmeidigkeit, während es mehr oder weniger bröcklich wird.

Es ist interessant, zuerst einmal die Wirkung auf einer intakten Hautstelle zu beobachten. Sobald die warme, die Luft auf das vollkommenste abschliessende Masse aufgestrichen ist, empfindet man eine prickelnde Wärme. Einige Patienten sagten, sie hätten das Gefühl, als ob das Glied, Arm oder Bein, an der vom Verband bedeckten Stelle anschwellen, ohne dass sich jedoch irgend ein Gefühl von Spannung bemerkbar mache, im Gegenteil sei eine Erleichterung zu spüren, wie sie sich als Folge gesteigerten Stoffwechsels darstelle. Dieses Gefühl bleibt dauernd bestehen, solange der Verband hält. Nach ein bis zwei Tagen, manchmal früher oder später, lockert sich die Paste von ihrer Unterlage, fängt an, sich von den Rändern her aufzurollen, und lässt sich dann ohne weiteres mit der Watte als zusammenhängende Schicht abheben. Haare am *Mons Veneris*, der Achselhöhle oder auch am Kopf ziehen sich hierbei glatt, ohne auch das leiseste Zerren aus dem Verband, weil die Paste durch Wasseraufnahme ihre Klebrigkeit verloren hat und bröcklig geworden ist. Der Verband hat seiner Dicke entsprechend seine Schuldigkeit getan und löst sich infolgedessen von selbst. Hält man jetzt den Verband in der Hand, so fällt zunächst auf, dass er sehr viel schwerer geworden ist, und als Ausdruck für die reichliche Wasseraufnahme konstatiert man, dass sogar die Watte dicht geworden ist und sich klamm, manchmal direkt nass anfühlt. Man kann hier geradezu gewichtsanalytisch feststellen, wieviel Wasser etwa die Haut an der bedeckten Stelle abgegeben hat. Wie intensiv die Wirkung des Verbandes sein kann, das sah L. bei einem an *Morbus Brightii* leidenden Patienten, dessen beide Unterschenkel und Füsse ein ganz hochgradiges Oedem zeigten, man kann sagen zu unförmigen Massen geschwollen waren. L. liess den Patienten zu Bett legen und machte

um die rechte untere Extremität einen Antiphlogistine-Verband, während die linke freigelassen und nur gleich hoch gelagert wurde. Nach 24 Stunden war die behandelte Seite vollkommen normal, die Knöchel zeigten ihre scharfen Konturen, am Fussrücken markierten sich die Sehnen, und nirgends liess der Fingerdruck auch nur eine Spur von Oedem erkennen. Die linke unbehandelte Extremität dagegen hatte sich in keiner Weise verändert, sie zeigte dieselbe ungeheure Schwellung wie 24 Stunden zuvor.

Die von L. behandelten Fälle lassen sich in zwei Gruppen teilen. Bei der ersten wurden die Fälle registriert, in denen die Haut intakt war und es sich darum handelte, die tiefer gelegenen Teile zu beeinflussen. Hier verwandte L. das Antiphlogistine mit Erfolg bei Ischias, Rheumatismus articularum acutus, Distorsio manus, Tendovaginitis crepitans, Otitis media mit Schmerzhaftigkeit des Processus mastoideus, bei Parulis, Tonsilitis und Anginen, Orchitis traumatica, Periostitis acuta, Parametritis.

Bei der zweiten Gruppe war die Haut entweder der direkt erkrankte Teil, oder der Prozess hatte dieselbe doch in Mitleidenschaft gezogen. Bei diesen Patienten handelte es sich um: Eczema capitis et faciei, Erysipelas nasi, Furunkulose, Panaritien, Phlegmonen, Verbrennungen, Unterschenkelgeschwüre, Periproctitis, Mastitis.

Wie schon bei Gruppe I bei den Fällen von Otitis bzw. Parulis der Verband durch seine leichte Applikation und Adaption imponierte, so wurde es jetzt auch bei den Fällen von Gesichtserysipel und Periproctitis bemerkt, dass sich der Verband ausgezeichnet anlegen lässt, ohne den Kopf bzw. das Becken in umfangreiche Bidentouren zu wickeln.

Der therapeutische Effekt aber sprach sich bei allen entzündlichen Prozessen, Furunkeln und Phlegmonen vor allem darin aus, dass der Prozess, wenn es überhaupt zur Eiterbildung kam, sich sehr schnell demarkierte. Bei einem Nackenkarbunkel, bei dem am ersten Tage der ganze Nacken bis an die Ohren und bis zwi-

schen die Schulterblätter intensiv gerötet und geschwollen war, ging unter dem Einfluss des ersten Antiphlogistineverbandes Rötung und infiltrierte Schwellung in 24 Stunden vollkommen zurück bis auf eine fünfmarkstückgrosse Stelle, den Sitz des Karkunkels in der Gegend des 4. bis 7. Halswirbels. Am folgenden Tage hatten sich drei grosse Pfröpfe abgestorbenen Zellgewebes demarkiert. Als dann der dritte Verband abgenommen wurde, zeigte sich bereits eine gut granulierende Wundfläche. Der Eiter aber sowie die ganzen zerfallenen Gewebsmassen sassen im Verband. Bei der Behandlung der Unterschenkelgeschwüre schliesslich war das schnelle Verschwinden des Oedems, welches oft über die ganze untere Extremität ausgebreitet war, zu verzeichnen, ebenso wie die schnelle Reinigung der Geschwürflächen.

Die soeben aufgeführten und eine grosse Reihe weiterer Fälle, über welche dem Verf. deutsche Aerzte Mittheilung zugehen liessen, bestätigen die guten Erfahrungen, die man im Ausland, in Amerika und England vor allem, mit dem Antiphlogistine gemacht hat, sodass sich L. entschlossen konnte, das Präparat auch weiteren Kreisen heimischer Kollegen zu empfehlen. Nachdem er selbst mehr als hundert Fälle erfolgreich behandelt hat, glaubt er diese Empfehlung mit bestem Gewissen hinausschicken zu können. (Therap. Monatshefte, November 1907.)

L. Blum: Ueber den Wert der Ophthalmoreaktion für die Diagnose der Tuberkulose.

Seitdem Calmette im Anschluss an die Beobachtung Wolff-Eisner's, dass Einträufelung einer 10proz. Tuberkulinlösung in den Konjunktivalsack tuberkulöser Tiere eine heftige lokale Reaktion hervorruft, die Verwendung einer 1proz. Lösung von Alt-tuberkulin zur Diagnose der menschlichen Tuberkulose empfohlen hat, haben sich zahlreiche Arbeiten, deren Anzahl sich täglich mehrt, mit dieser „Ophthalmoreaktion“ beschäftigt. Ueber die auf der Strassburger

medizinischen Klinik in dieser Hinsicht vorgenommenen Untersuchungen berichtet Blum. Benutzt wurde zu Beginn die nach Calmette's Vorschrift bereitete 1proz. wässrige Lösung des mit Alkohol gefällten Alt-tuberkulins; später wurde eine 2proz. Verdünnung des käuflichen Alt-tuberkulins (Höchst) verwandt. Von dieser Verdünnung wurde ein Tropfen in den unteren Konjunktivalsack gebracht, wobei zu vermeiden ist, dass der Tropfen wieder herausgeschleudert wird. Die erste an den Augen nach der Einträufelung auftretende Erscheinung ist eine Pupillenerweiterung, die schon nach $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ Stunden deutlich wird; dieselbe kann so stark werden, dass die Pupille maximal dilatiert ist und auf Lichteinfall nicht mehr reagiert. Das zeitliche Auftreten der Reaktion ist recht verschieden: die frühesten Erscheinungen können sich nach 3—4 Stunden geltend machen, doch gelangen „Spätreaktionen“ erst nach 15—20 Stunden zum Vorschein, manchmal erst nach 24 Stunden. Man hat drei verschiedene Grade der Stärke der Reaktion zu unterscheiden: der leichteste, bei dem die Karunkel geschwollen und gerötet, die Conjunctiva bulbi nur wenig gerötet ist; eine zweite Form mit starker Rötung der Karunkel und Tränenfluss und eine dritte mit starker Rötung, eitriger Sekretion, bei der sich die Erscheinungen bis zu Lid-ödem, Ekchymosen, starker Lichtscheu steigern können. Neben diesen positiven Fällen, in denen die Entscheidung leicht ist, begegnet man auch solchen, in denen man über das Resultat im Zweifel bleibt.

Die Probe wurde auf der Strassburger Klinik an 250 Patienten angewandt. Bei 219 der Tuberkulose nicht Verdächtigen war das Resultat 31 mal positiv, 188 mal negativ; das Resultat konnte in 7 Fällen durch die Autopsie bestätigt werden. Bei 5 der Tuberkulose sehr verdächtigen Fällen fiel die Probe 3 mal positiv, 2 mal negativ aus. Bei 26 Fällen von sicherer Tuberkulose war die Reaktion 21 mal positiv, 5 mal negativ; Kontrolle durch Autopsie in 4 Fällen. Ferner geht aus den Beobachtungen hervor, dass Fehlen einer

Reaktion nicht gegen das Vorhandensein einer Tuberkulose spricht, des weiteren, dass zwischen Schwere der Erkrankung und Stärke der Reaktion kein Parallelismus besteht. Weiterhin muss man sich bei der Anstellung der Probe darüber klar sein, dass die Reaktion zwar die Anwesenheit einer tuberkulösen Erkrankung anzeigt, dass damit aber noch nicht bewiesen ist, dass gerade eine bestimmte, derzeit das Interesse auf sich ziehende Krankheit tuberkulöser Natur sei. (Münchener med. Wochenschr., No. 2, 1908.)

G. Schröder und K. Kaufmann:
Ueber den Wert der Ophthalmoreaktion bei Tuberkulösen als diagnostisches Hilfsmittel.

Die Verfasser kommen auf Grund ihres Materials zu folgenden Schlussfolgerungen: Haben wir Kranke vor uns, bei denen die Erscheinungen und der lokale Befund über den Lungen eine aktive, beginnende Tuberkulose vermuten lassen, so ist die Instillation eines Tropfens einer $\frac{1}{2}$ —1proz. Lösung von Koch's Alt-tuberkulin (der Glyceringehalt oder Verunreinigungen sind nicht zu fürchten; man kocht die Solution) in den Konjunktivalsack eines Auges geboten, welche man in 3—4 tägigen Zwischenräumen bei negativem Ausfall eventuell unter Mitbenützung des anderen Auges zweimal wiederholt. Tritt keine Reaktion, kein Ueberempfindlichkeitsphänomen ein, kann man mit ziemlicher Sicherheit eine aktive Tuberkulose ausschliessen. Die Probe ist also in solchen Fällen ein diagnostisches Hilfsmittel von Wert. (Ibidem.)

A. Wolff-Eisner: **Ueber Ophthalmoreaktion (richtiger Konjunktivalreaktion).**

Wolff-Eisner, der Entdecker der Reaktion, bittet an Stelle des Ausdrucks „Ophthalmoreaktion“ den Namen „Konjunktivalreaktion“ zu benutzen, da die erstere Bezeichnung unrichtig und irreführend sei. W. schliesst sich der Anschauung von Mainini, dass die kutane Reaktion latente Herde anzeigt, die bei der Konjunktivalreaktion erst bei Wiederholung erkennbar werden, an. An zu

starken Reaktionen ist die Anwendung des Höchster Tuberkulintestes schuld; bei diesem warnt W. dringend, mit stärkeren Lösungen als höchstens 1 Proz. zu arbeiten. Die starken Lösungen sind geeignet, die Konjunktivalreaktion unverdient in Misskredit zu bringen. Das neue Höchster Präparat fällt die wirksame Substanz durch Alkohol aus und berechnet dann den Titer der Lösung nach dem Gewicht der gefällten Substanz, nicht nach dem ursprünglichen Tuberkulinvolumen. Die Lösung ist mindestens 10 mal zu stark. Man verwende daher eine 1proz. Lösung von Alttuberkulin Koch in physiologischer steriler Kochsalzlösung, man wird dabei gut fahren und unangenehme Erfahrungen und Geld sparen. (Ibidem.)

G. Treupel: Kurze Bemerkung zur „Ophthalmoreaktion bei Tuberkulose.“

Das kürzlich von den Höchster Farbwerken hergestellte 1proz. Tuberkulosedagnostikum, das nach den Angaben Calmette's aus der Tuberkulintrockensubstanz gewonnen wird, hat bei den von T. vorgenommenen Versuchen so intensive, mit Chemosis einhergehende Reaktionen an dem Auge, die gelegentlich mit Allgemeinerscheinungen verbunden waren, hervorgerufen, dass T. dringend zur Vorsicht bei der Anwendung dieses Diagnostikums raten möchte. Es ist dieses 1proz. Tuberkulose-Diagnostikum erheblich toxischer, als die aus dem Alttuberkulin gewonnene Verdünnung und kann daher mit dieser nicht verglichen werden. Auch das auf Veranlassung von T. aus der Trockensubstanz in Höchst hergestellte ½proz. Tuberkulose-Diagnostikum gibt noch sehr intensive Reaktionen, die auch lange anhalten. T. möchte daher raten, vorläufig bei der Anstellung der Ophthalmoreaktion die aus dem Alttuberkulin selbst hergestellte 1proz. Verdünnung zu benutzen. (Ibidem.)

H. Kolaczek und E. Müller: Ueber ein einfaches Hilfsmittel zur Unterscheidung tuberkulöser und andersartiger Eiterungen.

Müller hatte bereits früher ge-

meinsam mit G. J o c h m a n n ein einfaches Verfahren beschrieben zum Nachweis proteolytischer Fermentwirkungen. Die Technik ist folgende: Bei der Untersuchung von Eiterproben bringt man mit Hilfe einer Platinöse, eines Glasstabes oder einer Pipette kleine Tröpfchen des zu prüfenden Materials auf die glatte Oberfläche einer sog. Löfflerplatte, d. h. einer Petrischale, die eine ziemlich dicke Schicht erstarrten Blutserums, z. B. von Rind oder Hammel enthält. Wird dann die so beschickte Löfflerplatte für längere Zeit — am besten 24 Stunden — in einen auf 50—55° eingestellten Brutschrank gebracht, so zeigt sich auf dem Nährboden an Stelle jeden einzelnen Eitertröpfchens eine nach und nach sich vergrößernde dellen- oder muldenförmige Einsenkung dann, wenn der Eiter ein wirksames Ferment enthält, das erstarrtes Blutserum verdaut. Fehlt ein solcher Fermentgehalt, so bleibt jede Dellen- oder Muldenbildung aus; die Eitertröpfchen trocknen dann einfach auf der unveränderten Oberfläche der Löfflerplatte ein.

Kolaczek und Müller haben nun das Verhalten tuberkulösen Eiters verschiedener Herkunft zum Gegenstand neuer Untersuchungen in dieser Hinsicht gemacht und zwar an der Hand eines grossen Materials. Aus diesen Versuchen nun lassen sich die folgenden diagnostischen Schlüsse ziehen:

1. Bei der Prüfung von Eiterproben auf proteolytische Fermente mit Hilfe des Müller-Jochmann'schen Verfahrens schliesst eine fehlende Verdauung des erstarrten Blutserums das Vorhandensein eines akut-entzündlichen und durch die gewöhnlichen Eitererreger hervorgerufenen Prozesses aus; sie spricht vielmehr mit Sicherheit für eine tuberkulöse Erkrankung, die selbst im Falle einer auffällig schwachen Fermentwirkung wahrscheinlich ist.

2. Eine ausgiebige, rasche Verdauung des ersteren Blutserums spricht andererseits für den akut-entzündlichen Charakter der Eiterung; ein tuberkulöser Prozess ist aber auch bei stark positivem Ausfall der Fermentreaktion

keineswegs völlig ausgeschlossen, wenn derselbe vorher, vor allem mit Jodoformglyzerin, behandelt ist oder mit einer Mischinfektion einhergeht, wie bei Fistelbildungen und tuberkulösen Erkrankungen der Halslymphdrüsen.

Es stellt also bei genauer Beobachtung dieser Regeln und richtiger Technik die Prüfung des Eiters mit Hilfe der Löfflerplatte bei 50—55° eine ausserordentlich einfache und hinreichend sichere Methode dar zur raschen Unterscheidung zwischen tuberkulösen und andersartigen Eiterungen. (Deutsche med. Wochenschr., No. 7, 1907.)

E. Müller: Das Millon'sche Reagens — ein weiteres Hilfsmittel zur raschen Unterscheidung von tuberkulösen und andersartigen Eiterungen.

Da die oben beschriebene Fermentreaktion einen Brutschrank sowie Blutserum — bzw. Aszitesplatten erfordert, so bleibt die Anstellung derselben im wesentlichen auf Kliniken und Krankenhäuser beschränkt. Der Praktiker braucht jedoch eine Methode, die bei möglichster Zuverlässigkeit und Raschheit des Ergebnisses mit ganz einfachen und auch billigen Hilfsmitteln technisch leicht ausführbar ist. Für diesen Zweck ist nach M. das Millon'sche Reagens geeignet. Die technischen Einzelheiten sind die folgenden:

Ganz kleine, mässig tiefe Porzellangefässe werden fast bis zum Rande mit Millon'scher Quecksilberlösung gefüllt. Am zweckmässigsten sind Porzellanplatten mit einer Reihe von eingepressten Vertiefungen, wie sie zum Färben von Serienschnitten benutzt werden. Wenn man nun je eine Eiterprobe von einer rein-tuberkulösen und von einer durch die üblichen Eitererreger hervorgerufenen Erkrankung in Reagenzgläsern gesammelt hat und davon 1—2 Tropfen zentral in die verschiedenen mit Millon'scher Quecksilberlösung gefüllten Vertiefungen fliesen lässt, so beobachtet man sofort einen auffallenden Unterschied. Die dem Kokkeneiter entstammenden Tropfen bilden in der Flüssigkeit eine

zerfliessliche Scheibe, diejenigen tuberkulöser Herkunft aber ein festes Häutchen. Versucht man die erstere mit einer Platinöse emporzuheben oder unterzutauchen, so zerfällt sie leicht in einzelne Trümmer. Andererseits hat das Häutchen eine ausserordentlich feste Konsistenz, sodass es mühelos im ganzen aus der Flüssigkeit herauszunehmen ist. Ausserdem nimmt der fest gerinnende Eitertropfen von rein tuberkulösen Prozessen beim Untertauchen in dem Millon'schen Reagens eine erbsen- bzw. bohnenförmige Gestalt an. Einige Minuten später (längstens nach $\frac{1}{2}$ Stunde) zeigt sich ein weiterer sinnfälliger Unterschied: im schroffen Gegensatz zum tuberkulösen, wo die Flüssigkeit ungefärbt bleibt, färbt sich beim Kokkeneiter das Millon'sche Reagens lebhaft rot — ein Farbenton, der nach einiger Zeit in Gelb übergeht. Die in der Flüssigkeit schwimmenden Tropfen röten sich dagegen bei beiden Eiterarten.

Durch Kontrolluntersuchungen mit der Fermentreaktion lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse dieses „chemisch-physikalischen Verfahrens“ mit denjenigen der biologischen Prüfung auf den Gehalt an proteolytischen Fermenten durchaus übereinstimmen. Für die diagnostische Bewertung der Resultate gelten daher dieselben Regeln wie bei der Fermentreaktion. (Zentralblatt für innere Medizin, No. 12, 1907.)

W. Goebel: Erfahrungen mit der v. Pirquet'schen kutanen Tuberkulinreaktion.

Pirquet impfte Koch's Alttuberkulin nach Art der Vakzination in die Haut tuberkulöser Kinder und konnte nach 24 bis 48 Stunden eine als spezifisch anzusehende und damit diagnostisch verwertbare Reaktion feststellen, die bei nicht tuberkulösen, in der gleichen Weise behandelten Kindern ausblieb. v. Pirquet bezeichnet die Aenderung der Reaktionsfähigkeit, die der Organismus dadurch erfährt, dass er eine Infektion durchmacht, als Allergie. Als ihre Träger sind antikörperartige Reaktionsprodukte anzusehen, die durch Einwir-

kung des Infektionserregers ihre Spezifität erlangt haben. Beim Zusammentreffen des Infektionserregers oder eines Extraktes von Infektionserregern mit spezifischen Antikörpern im Organismus entstehen giftige Substanzen, als deren Wirkung eine lokale entzündliche Reaktion zu betrachten ist. v. Pirquet schränkt die Verwendbarkeit der Methode auf Kinder im Säuglingsalter und in den ersten Lebensjahren ein. Bei Kindern weist nach v. Pirquet der positive Ausfall der Reaktion mit Sicherheit auf tuberkulöse Veränderungen hin, während bei Erwachsenen ein Ausbleiben der Reaktion auf Tuberkulosefreiheit schliessen lässt. Bei tuberkulösen Kindern hatte v. Pirquet nur bei Meningitis tuberculosa und bei Miliartuberkulose im Endstadium die Reaktion vermisst, die sich im Uebrigen bei Knochentuberkulose und Skrofulose am deutlichsten zeigte. Er glaubt, des weitern den Satz aufstellen zu können, dass die Reaktion um so schärfer auftritt, je jünger der Organismus sei.

G. hat nun die Methode nachgeprüft und wahllos 220 Personen geimpft, 170 Erwachsene und 50 Kinder. Von den 220 Geimpften, die sich aus klinisch Tuberkulösen, Tuberkuloseverdächtigen und Tuberkulosefreien zusammensetzen, zeigten 127 eine unzweifelhaft positive Reaktion, 93 eine solche, die G. als negativ bezeichnen muss. Von 17 an Knochen- und Drüsentuberkulose leidenden Kindern reagierten alle mit einer Ausnahme positiv; unter 54 Erwachsenen, die vorwiegend an Gelenk-, Knochen- und Drüsentuberkulose litten, zeigten 53 einen durchaus positiven Ausfall der Probe. Der Wert der v. Pirquet'schen Methode wird dadurch beeinträchtigt, dass auch klinisch tuberkulosefreie Erwachsene die positive Reaktion fast ausnahmslos geben sollen. Nach den Untersuchungen von G. trifft dies jedoch keineswegs für alle Fälle zu. Denn von 85 Kranken, die meist dem arbeitsfähigen Alter angehörten und klinisch absolut tuberkulosefrei waren, zeigten 55 die Pirquet'sche Reaktion nicht.

Nach G. besitzen wir in der Pirquet'schen Impfung und in der Oph-

thalmoreaktion für eine frühzeitige Tuberkulosedagnostik wertvolle Hilfsmittel, deren Wert im Einzelfalle die persönliche Erfahrung und die kritische Beurteilung der übrigen Symptome bestimmen wird. Im Kindesalter (zwischen 1—12 Jahren) hält G. den positiven Ausfall der Reaktion für nahezu beweisend; auch bei Erwachsenen gestattet der positive Ausfall einen vorsichtigen Schluss. Bei dem negativen Ausfall der eventuell wiederholten Impfung kann beim Erwachsenen mit aller Wahrscheinlichkeit auf Tuberkulosefreiheit geschlossen werden. (Münchener med. Wochenschr., No. 4, 1908.)

F. Schlesinger: Die allergische Reaktion als Hilfsmittel zur Diagnose der Tuberkulose im Kindesalter.

Sch. berichtet über die Erfahrungen mit der v. Pirquet'schen Reaktion an der Kinderklinik im Kaiser Franz Josef-Kinderspital zu Prag. Das Material, an dem die kutanen Tuberkulinimpfungen vorgenommen wurden, umfasst 222 Kinder bis zu 14 Jahren. Sch. vergleicht die Allergieprobe mit der probatorischen Tuberkulininjektion. Der Vergleich fällt in jeder Beziehung zu Gunsten der Allergieprobe aus. Sie ist einfacher vorzunehmen, erfordert nicht die komplizierte Herstellung der hohen Verdünnungen, erspart die häufigen Temperaturmessungen und hat als Indikator nur eine kutane, leicht zu beobachtende Erscheinung statt der nicht immer gleichgiltigen Temperaturerhöhung. Als grösster Vorteil wäre zu betonen, dass das Verfahren Sch. niemals irgendwelche Schädigungen gezeigt hat, während dies den Tuberkulininjektionen doch öfters vorgeworfen wurde. Den einen grossen Nachteil teilt das Verfahren mit den probatorischen Injektionen: Es gestattet keine topische Diagnose, es sagt uns nichts über den Sitz, den Grad und die Art der Erkrankung; es sagt uns nur, dass irgendwo im Organismus eine tuberkulöse Infektion stattgefunden hat. Und darum leistet es zuviel, da es, wie es scheint, auch alle latenten inaktiven Herde angibt und Personen als krank erscheinen

lässt, die gesund oder wenigstens nicht tuberkulös sind. (Prager med. Wochenschr., No. 4, 1908.)

Schmidt: Untersuchungen über die Ophthalmoreaktion der Tuberkulose.

Auch Sch. macht darauf aufmerksam, dass das Iproz. Höchster Trockentuberkulin zu starke Reaktionen gibt. Auf eine diesbezügliche Anfrage bei den Höchster Farbwerken kam die Antwort, dass für die Anstellung der Ophthalmoreaktion eine 0,1proz. Lösung des Höchster Präparates anzuwenden sei. (Münchener med. Wochenschr., No. 2, 1908.)

R. Freund: Ueber Placenta praevia.

Eine Dreiteilung des Uterus ist anatomisch gerechtfertigt und zum Verständnis physiologischer und pathologischer Vorgänge bei der Geburt, speziell der Placenta praevia notwendig. Die Ueberdachung des inneren Muttermundes durch Zottengewebe ist der Genese nach einwandfrei noch nicht klargestellt. Von den drei Möglichkeiten — Verschmelzung der Schleimhaut am Os internum als Basis zur Einidation; Umwucherung des Cervikalkanals durch die Zotten mit oder ohne Zuhilfenahme eines Teiles von Reflexaplazenta; schliesslich letztere allein — haben die beiden letztgenannten Theorien das meiste für sich. Die Blutung bei Placenta praevia rührt zu einem grossen Teil aus Zerreissungen der den vorliegenden Plazentalappen überziehenden Decidua infolge Eröffnens der intervillösen Räume her. Die Bezeichnungen „unteres Uterinsegment“, „Placenta praevia marginalis“, „partialis“ und „totalis“ brauchen nicht durch neue im Sinne Aschoff's ersetzt zu werden. Die sicher beobachtete „Placenta praevia cervicalis“ nimmt eine Ausnahmestellung ein.

Als Therapie bei Placenta praevia sind folgende Massnahmen zu empfehlen:

Bei mässigen Schwangerschaftsblut-

ungen: Bettruhe und strenge, möglichst klinische Beobachtung. Scheidentamponade ist tunlichst zu vermeiden und nur als Notbehelf zu betrachten für den Transport einer Blutenden in eine Anstalt.

In seltenen Fällen abundanter Blutung bei geschlossener Cervix: Feste Tamponade der ganzen Scheide mit steriler, feuchter Gaze nach den Vorschriften von Fritsch auf wenige Stunden.

Da bei stärkerer Blutung aber so gut wie immer die Cervix passierbar ist: Keine Tamponade, sondern Blasen Sprengung und Abwarten bei leicht erreichbarer Fruchtblase; bei nicht erreichbarer Fruchtblase, lebensfähigem Kinde und gutem Zustande der Mutter: Metreuryse mit dem Ballon von Champetier de Ribes. Nach völliger Erweiterung des Muttermundes entweder Abwarten der spontanen Geburt oder Wendung je nach Kindeslage, Wehentätigkeit und etwaiger erneuter Blutung.

Bei Erfolglosigkeit der Metreuryse, die im allgemeinen nicht länger als vier Stunden belassen werden soll, ferner bei unreifen Kindern, sowie schliesslich in allen Fällen, in denen es sich um bedrohliche Zustände der Mütter handelt: Wendung nach B. Hicks und danach Abwarten. Bei Blutung trotz herabgeschlagenen Beines: Extension durch mässigen, permanenten Zug, der bei Einsetzen der Wehen und Durchschneiden des Steisses sofort aufzuhören hat. Ex-traktion nur bei völlig erweitertem Muttermunde. Erscheint der Muttermund für die Kopfentwicklung doch noch zu eng: Vorsicht und Anwendung des Handgriffes, der dem Kinde Luft zuführt und gleichzeitig den Muttermundsaum langsam dehnt und ihn über das Gesicht streifen soll.

Die Hysterotomia kommt nur für die Klinik, in erster Linie als prophylaktische Operation in Frage. (Deutsche med. Wochenschr., No. 4, 1908.)

Referate und Kritiken.

Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung. Von Prof. Dr. Arthur Hartmann. Achte verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 74 Abbildungen. Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld. Berlin, 1908. 321 S. Preis 7.50 M.

Von dem Hartmann'schen Handbuch der Krankheiten des Ohres liegt nunmehr die 8. Auflage vor. Dieselbe trägt den Fortschritten auf diesem Gebiete in jeder Weise Rechnung und wurde dementsprechend wiederum eine große Anzahl von Umarbeitungen und Ergänzungen vorgenommen unter Beibehaltung der knappen Form der Darstellung. Von neuen Behandlungsmethoden wird die Behandlung der Mittelohreiterung mit Perborat, zur Einübung der laryngo-rhinoskopischen Untersuchungen und operativen Eingriffe ein zweckmässiges Phantom empfohlen. Eine aseptische Spritze, eine Zange zur Entfernung adenoider Wucherungen dürfte sich zur allgemeinen Verwendung eignen. Im Kapitel der Erkrankungen des nervösen Apparates wurde die Bedeutung des Schwindels und des Nystagmus nach Bárány eingehend erörtert. Es unterliegt keinem Zweifel, dass auch die vorliegende Neuauflage die gleiche günstige Aufnahme finden wird, wie sie den früheren Auflagen beschieden war.

Die Geburtsleitung bei engem Becken.

Von Oskar Bürger. Mit einem Vorwort von Friedr. Schauta. Mit 6 Tabellen und 7 Kurventafeln im Text. Verlag von Josef Safar. Wien 1908. 195 S. Preis 5 M.

Das vorliegende Buch bildet eine in jeder Beziehung wertvolle Arbeit, da in derselben das niedergelegt wurde, was eine eingehende Sichtung und Prüfung des Materials der Schauta'schen Klinik hinsichtlich der besten Therapie bei engem Becken seit dem Jahre 1891 ergeben hat. Wie Schauta in dem Vorwort angibt, war es für

ihn von dem grössten Interesse, zu sehen, inwieweit die nun schon 16 Jahre zurückreichenden therapeutischen Massnahmen seiner Klinik bei engem Becken mit den neuesten modernsten Grundsätzen übereinstimmen. Und da ergab sich die interessante Tatsache, dass im ganzen und grossen auf der Schauta'schen Klinik bereits seit jeher jene Grundsätze zur Durchführung gekommen sind, welche heute als diejenigen der Zukunft hingestellt werden.

Aus dem Schauta'schen Material lassen sich nun bezüglich der Geburtsleitung bei engem Becken die folgenden Schlüsse ziehen: Die prophylaktischen Massnahmen, Wendung und künstliche Frühgeburt, konnten in Bezug auf die Erfolge der Kinder durchaus nicht befriedigen. Bei einer mütterlichen Mortalität von 1.5% und einer Morbidität von 10.8% fallen dem prophylaktischen Verfahren 27.8% aller Kinder zum Opfer. Auch die hohe Zange enttäuscht in ihren Resultaten für die Kinder. Selbst mit der Berücksichtigung der Einschränkung, dass es bei ihrer Ausführung stets nur als ein Versuch aufgefasst werden soll, das kindliche Leben zu retten, ein Versuch, der fast in jedem zweiten Falle misslingt, muss man die Gefahren, welche daraus für die Mutter erwachsen und die sich in einer Mortalität von 1.39%, in einer Morbidität von 8.1% widerspiegeln, als zu hoch bezeichnen, als dass man diesem Verfahren besonders sympathisch gegenüberstehen könnte.

Was die Prognose des relativen Kaiserschnittes anbelangt, so lässt sich folgendes sagen: die Gesamtmortalität des Kaiserschnittes wegen relativer Beckenenge mit 3.4% ist allerdings noch immer grösser als die der andern Entbindungsverfahren und B. glaubt nicht, dass sich diese Zahl um ein Bedeutendes wird herabsetzen lassen. Auch die Morbidität von 17.2% ist relativ nicht gering. Hingegen ist die Kindersterblichkeit, welche mit 1.7% sogar hinter der Spontangeburt zu-

rückbleibt, eine so geringe, dass sie mit keinem anderen Entbindungsverfahren erreicht werden kann. B. bezeichnet daher den Kaiserschnitt als das für das Kind idealste Entbindungsverfahren.

Eine Einschränkung erfährt der Kaiserschnitt dadurch, dass man in der subkutanen Hebosteotomie ein Verfahren kennen gelernt hat, welches, mit geringeren Gefahren für die Mutter verbunden, sich in Bezug auf die Kindermortalität nicht um vieles schlechter stellt als der Kaiserschnitt selbst. Auf der Schauta'schen Klinik war bei 30 derartigen Operationen kein Todesfall zu verzeichnen. Ungünstiger für die Hebosteotomie liegen heute noch die Morbiditätsverhältnisse. B. erklärt die Hebosteotomie für eine Massnahme, welche in bestimmten Fällen geeignet und berechtigt erscheint, auch für die prophylaktischen Operationen einzutreten. Die Hebosteotomie erfährt schliesslich auch dadurch eine Erweiterung, dass sie in den meisten jenen Fällen, in welchen die Ausführung eines Kaiserschnittes wegen allzu grosser Gefahr für das mütterliche Leben oder infolge Ablehnung von seiten der Frau nicht möglich erscheint und in welchen der Geburtshelfer im Momente, wo die dringendste Indikation zur Entbindung eintritt, sich zur Vernichtung des kindlichen Lebens zu Gunsten der Mutter entschliessen musste, unserm Handeln einen vollen Erfolg verspricht und durch die Rettung der grössten Mehrzahl dieser sonst sicher verlorenen kindlichen Leben zur Aufbesserung der Resultate in dieser Beziehung ausserordentlich vieles zu leisten erscheint.

Perforationen des lebenden Kindes wurden 76 vorgenommen: darunter sind bestimmt 45 Fälle, in welchen die Kraniotomie des lebenden Kindes durch die Einschaltung der Hebosteotomie hätte vermieden werden können.

Die Prinzipien, die sich aus Vorstehendem für die Geburtsleitung bei engem Becken für die Zukunft ableiten, wären demnach die folgenden: Als oberster Grundsatz muss an dem exspektativen Charakter der Geburtslei-

tung festgehalten werden; ferner muss man in dem Bestreben, womöglich einen spontanen Verlauf der Geburt auch bei höheren Graden von Beckenverengerung zu erzielen, noch weiter gehen als bisher. Es müssen daher diejenigen Eingriffe, welche mit einem Abwarten nicht rechnen können, die künstliche Frühgeburt und die prophylaktische Wendung, in noch höherem Masse für die Zukunft ausgeschaltet werden als bisher. Auf die Anwendung des hohen Forceps soll auch in der Folgezeit nicht vollständig verzichtet werden, nur muss man sich bei der Vornahme dieser Operation stets bewusst sein, dass die Aussichten zur Erhaltung des kindlichen Lebens dabei keine besonders günstigen sind, und deshalb kann man auch die Indikation zum hohen Forceps von seiten des Kindes allein nicht mehr gelten lassen. Das Indikationsgebiet der relativen Sectio caesarea wird in der Folgezeit ebenfalls dadurch eine Einschränkung erfahren, dass in den Fällen von 7 bis 8 cm C. v. die subkutane Hebosteotomie in Frage kommen wird. Eine völlige Ausschaltung der Kraniotomie am lebenden Kinde wird man auch in der Folgezeit nicht zur Durchführung bringen können, wenn auch B. hofft, dem von Pinaud aufgestellten idealen Grundsatz, kein lebendes Kind im Mutterleibe zu töten, wenigstens recht nahe zu kommen.

Verhandlungen der Deutschen Laryngologischen Gesellschaft auf der II. Versammlung zu Dresden, vom 15.

—18. September 1907. Herausgegeben im Auftrage des Vorstandes vom Schriftführer Dr. med. Georg Avelis-Frankfurt a. M. Mit einem Titelbild und 2 Abbildungen im Text. Verlag von Curt Kabitzsch. Würzburg 1908.

Der vorliegende Bericht legt beredtes Zeugnis von der überaus fruchtbringenden Arbeit der 2. Versammlung der Deutschen Laryngologischen Gesellschaft ab. Wenn es aus begreiflichen Gründen auch nicht zugänglich ist, hier auf die sämtlichen in dem Berichte veröffentlichten Vorträge näher einzugehen, so mögen doch einige

Punkte Erwähnung finden, die zugleich auch für den praktischen Arzt von Interesse sein dürften. Hier kommt zunächst in Betracht der Vortrag von Saenger in Magdeburg: Zur Asthmatherapie. Saenger hat bereits im Jahre 1904 eine Asthmatherapie empfohlen, durch welche angestrebt wird, dass einerseits eine Förderung der Ausatmung und andererseits eine Herabsetzung des subjektiven Luftbedürfnisses zu erzielen versucht wird. Die Eigenart der Methode Saenger's besteht darin, dass die Kranken bei verengter Stimmritze oder bei verengter Mundspalte ausatmen, indem sie veranlasst werden, zu zählen, zu singen, zu pfeifen oder zu blasen. Der Zweck dieser Massnahme besteht nun darin, dass eine Kompression der sehr dünnwandigen kleinsten Bronchien infolge stärkerer Volumverminderung des Brustkorbes bei der Ausatmung vermieden wird. Es ist eben besser, dass nur wenig Luft ausgeatmet, als dass bei starker Anstrengung gar keine Luft herausbefördert wird. Saenger hält es für sicher, dass man auf diesem Wege die Neigung zu Asthmaanfällen auch in besonders schweren und veralteten Fällen herabsetzen und schliesslich zum Verschwinden zu bringen vermag.

Nach Hajek-Wien ist die radikale Operation der Stirnhöhle ein wahrer Segen für die schweren Fälle und kann nicht entbehrt werden; er ist jedoch gegen ihre frühzeitige Anwendung bei unkomplizierten Stirnhöhlenaffektionen, weil er das Schreckgespenst der zerebralen Komplikation für übertrieben hält. Die radikale Operation ist kein harmloser Eingriff. Es sind mehrere unkomplizierte Fälle nach der Operation gestorben.

Albrecht-Berlin spricht über die Bedeutung der Röntgenographie für die Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen. Er sieht in der Skiagraphie eine wichtige Methode für diese Erkrankungen. Besonders für die vorderen Siebbeinzellen möchte er das Röntgenogramm als absolut zuverlässig erklären. Bei der Stirnhöhle zeichnet das Skiagramm den Katarrh nicht. Das Empyem gibt sich stets als Ver-

schleierung bez. Verdunklung kund, doch kann eine solche Verdunklung auch durch andere Momente hervorgerufen werden, wodurch dann eine Erkrankung der Stirnhöhle vorgetäuscht wird. A. glaubt daher aus dem Röntgenbild allein eine sichere Diagnose nicht stellen zu können, er sieht jedoch in der Skiagraphie für die Diagnose des Stirnhöhlenempyems mit einem wichtigen diagnostischen Faktor, wenn auch andere Symptome für ein Empyem sprechen. Die Veränderungen der Kieferhöhle zeichnen sich in der Regel deutlich auf der Platte, doch hält A. das Röntgenogramm für die Diagnose der Kieferhöhlenempyeme praktisch für weniger bedeutungsvoll, da wir für diese Diagnose schon sonst zuverlässige Methoden besitzen. Wichtiger ist das Skiagramm für die Diagnose der Kieferhöhlentumoren, speziell deren Operabilität. Für die Diagnose der Erkrankung der hinteren Siebbeinzellen und des Keilbeins ist das Röntgenogramm nur ausnahmsweise verwertbar. Die Hauptschuld an einer Verschleierung einer Höhle trägt in der Mehrzahl der Fälle der Eiter, bei langdauernden Empyemen mit reichlicher Granulationsbildung und Infiltration der Schleimhaut wird die Verdunklung in erster Linie durch die Veränderungen der Mucosa bedingt.

Schere-Bromberg berichtete über einen Fall, in welchem zweifellos ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Magenleiden und Naseneiterung bestand, in welchem nämlich freie Salzsäure im Magensaft vollständig fehlte, aber nach einiger Zeit wiederkehrte, nachdem regelmässige Ausspülungen der erkrankten Kieferhöhle vorgenommen worden waren. Es wurde versäumt, die Reaktion des Kieferhöhleneiters zu prüfen, sodass Sch. nur mit der Möglichkeit rechnen kann, dass derselbe alkalisch reagierte und dann durch das verschluckte Sekret die Salzsäure des Magens neutralisiert wurde.

P. Heymann-Berlin berichtet über seine Erfahrungen mit Schilddrüsenpräparaten beim Heufieber. Er hat im ganzen 56 Fälle gesehen: von 5 derselben konnte H. keinen Bericht be-

kommen. Von den verbleibenden 51 Fällen haben 9 Patienten negativen Erfolg angegeben, bei einem Patienten gelang es, die Verschlimmerung durch den Gebrauch von Graminol zu beheben. Es verbleiben 42 Patienten, welche über eine mehr oder weniger erhebliche Besserung berichtet haben; 14 derselben haben gar keine Anfälle gehabt, die übrigen 28 Fälle ergaben mehr oder minder erhebliche Besserung. Verwendet wurden Jodothyridin, Thyreoidin, Thyreoid und ähnliche andere Präparate; ein wesentlicher Unterschied konnte nicht konstatiert werden. Antithyreoidin (Möbius) hat H. bei zwei Fälle verwendet; in einem Falle mit völligem Erfolg, in dem zweiten konnte nur eine geringe Besserung erzielt werden. Hoffmann-München stellt das Heufieber in Parallele zu dem Morbus Basedowii und empfiehlt auf Grund günstiger therapeutischer Erfahrungen: 14 Tage vor Beginn der Grasblüte dreimal täglich 25 Tropfen Extr. fluid. Hydrast. canad. (eventuell aa mit Extr. fluid. Secal. cornut.). Treten trotzdem Heufieberserscheinungen ein, so wäre die Dosis zu verdoppeln und die Stauungsbinde um den Hals zu legen. Während der Blütezeit ist der prophylaktische Gebrauch eines Suprarenin-Kokain-Schnupfpulvers angezeigt.

Verhandlungen des Vereins Süddeutscher Laryngologen. 1907. Herausgegeben vom Schriftführer Dr. med. Felix Blumenfeld-Wiesbaden. Verlag von Curt Kabitzsch. Würzburg 1907.

Aus der Reihe der trefflichen Vorträge seien als von besonderem Interesse die folgenden hervorgehoben: Avellis, Ueber Kehlkopfluftsäcke beim Menschen (Laryngocele). — Vohsen, Wert der Durchleuchtung bei Erkrankungen der Stirnhöhle. Nach V. ist die Durchleuchtung nach seiner Methode bei latenten Erkrankungen der Stirnhöhlen eines der wichtigsten diagnostischen Hilfsmittel. Sie kann von der Meyer'schen Modifikation unterstützt, von der Röntgen-durchstrahlung in sagittaler Richtung

ersetzt werden. Letztere zeigt aber bis jetzt keine Ueberlegenheit gegenüber der Methode von V.; wohl fixiert sie im Radiogramm dauernd den Eindruck, dagegen entfallen bei ihr die wichtigen Symptome der Septumdurchleuchtung. Die Durchleuchtung ist ein unentbehrlicher Bestandteil jeder rhinoskopischen Untersuchung, da sie allein uns Aufschluss geben kann über das Bestehen und die Ausdehnung einer Stirnhöhle und wichtige Schlüsse gestattet über den Zustand der Kiefer- und Stirnhöhlen. — Denker, Weitere Erfahrungen über die Radikaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems. — v. Eicken teilt einen Fall mit, der zeigt, dass 1. Fremdkörper der Trachea und der Bronchien sehr schnell zu schwerem interstitiellem Emphysem der Lunge, des Mediastinums und der Brusthaut führen können; 2. selbst anscheinend völlig obturierende Fremdkörper in einer emphysematös geblähten Lunge keine charakteristischen physikalischen Erscheinungen hervorzurufen brauchen; 3. wir unter keinen Umständen annehmen dürfen, dass ein Fremdkörper im Bronchialbaum nicht vorhanden ist, wenn wir nicht den rechten und den linken Bronchus und alle grösseren Verzweigungen inspiiziert haben. — Kander berichtet über einen Fall, wo ausgehend von einem Empyem der linken Keilbeinhöhle eine Infektion der Meningen, eine eitrige Meningitis entstanden ist. Sie wurde direkt nachgewiesen durch das positive Ergebnis der Lumbalpunktion. Es fand sich als Ausdruck der Meningitis im Krankheitsbild ausgesprochene Nackenstarre, rasender Kopfschmerz, Muskelhyperästhesie, Bewusstseinsstörungen, Lähmungszustände bald des rechten, bald des linken Facialis, Erbrechen, Pupillendifferenz, ophthalmoskopisch Neuritis optica und schliesslich Fieber mit unregelmässigem Verlauf. Mit der Beseitigung des Empyems der Keilbeinhöhle verschwanden sämtliche Erscheinungen. Die Infektion von der Keilbeinhöhle aus ist vermutlich auf hämatogenem Wege erfolgt. — Dünge s, Zur Theorie des Asthmas.

Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. Ein Handbuch für Aerzte und Studierende. Herausgegeben von Prof. Dr. Julius Schwalbe. Zweiter Halbband. Mit 169 Abbildungen. Verlag von Georg Thieme. Leipzig 1907.

Von dem Schwalbe'schen Handbuch der therapeutischen Technik, über dessen Erscheinen wir bereits früher berichtet haben, liegt der 2. Halbband vor, der sich ebenbürtig an den ersten anschliesst. Während der erste Halbband, das letzte Kapitel ausgenommen, der allgemeinen therapeutischen Technik gewidmet war, beschäftigt sich der vorliegende Teil mit der speziellen Technik der Behandlung der einzelnen Organe. Hier findet der Arzt alles, was für ihn in der täglichen Praxis in Betracht kommt, in lückenloser Weise aufgeführt und erläutert; auch der scheinbar einfachste Handgriff ist beschrieben und illustriert. Ueberall wird die Einübung der Technik, die Vermeidung ihrer Fehler oder Gefahren genau geschildert; wo es angezeigt ist, sind die Indikationen oder Kontraindikationen zu dem Eingriff auseinandergesetzt, es wird die Prognose der Methode angegeben, es werden die verschiedenen Wege gezeigt, auf welchen ein und dasselbe Resultat erzielt werden kann. Wenn wir zum Schlusse ein zusammenfassendes Urteil über das stattliche Werk abgeben wollen, so können wir nur wiederholen, was wir bei der Besprechung des ersten Halbbandes gesagt haben, nämlich dass es sich hier um ein ganz ausgezeichnetes Buch handelt, das nicht warm genug empfohlen werden kann.

Die Röntgentechnik. Ein Hilfsbuch für Aerzte von Dr. med. F. Davidsohn in Berlin. Mit 13 Abbildungen im Text und 12 Tafeln. Verlag von S. Karger. Berlin 1908. 78 S. Preis M. 6.

Das Werkchen enthält so ungefähr alles, was für den Arzt, der sich über das Wesen der Röntgenstrahlen und die Technik des Röntgenverfahrens informieren will, wissenswert ist. Es wäre ja überaus wünschenswert, dass

jeder Arzt, auch wenn er sich nicht selbst mit den Röntgenstrahlen beschäftigt, wenigstens einigermaßen einen Begriff von dem Röntgenverfahren besässe, was leider bis jetzt noch nicht der Fall ist. Vielleicht trägt das vorliegende Werkchen dazu bei, in dieser Hinsicht die so wünschenswerte Besserung zu schaffen. Die beigegebenen Tafeln sind im ganzen gut, doch hätte an Stelle von Tafel VI (Fusswurzelknochen, Seitenansicht) leicht eine bessere gesetzt werden können. Wenn der Verf. in der Einleitung angibt, dass mit Rücksicht auf das Reproduktionsverfahren die Darstellungen von Schädel und Wirbelsäule reine Skelettaufnahmen sind, so hat er bei dieser Aufzählung die das Hüftgelenk zur Darstellung bringende Tafel übersehen, da dieselbe ganz offenbar ihre Herstellung ebenfalls nur einer Skelettaufnahme verdankt.

Einführung in die organische Chemie.

Von Prof. Dr. O. Diels. Mit 34 in den Text gedruckten Abbildungen. Verlag von J. J. Weber in Leipzig 1907. 315 S.

Die Wichtigkeit der Chemie und insbesondere der organischen Chemie für den Mediziner braucht wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden. Für den Mediziner, der sich in grossen Zügen über die organische Chemie orientieren will, ist das Diels'sche Werk das geeignete Buch, besonders auch deshalb, weil der Verf. den Hauptwert auf eine dem Verständnis möglichst entgegenkommende Darstellung gelegt, dabei aber durchwegs eine streng wissenschaftliche Gruppierung innegehalten und eine gleichmässige Behandlung des ganzen Stoffes angestrebt hat. Dem Charakter des Buches als „Einführung“ gemäss hat D. auf eine allzu detaillierte Beschreibung einzelner Verbindungen verzichtet, dafür aber die charakteristischen Eigenschaften der verschiedenen homologen Reihen und Gruppen, ihre wechselseitigen Uebergänge und Beziehungen ausführlich behandelt. Die Anlage des Buches lässt es daher ganz besonders für Aerzte und Studierende der Medizin empfehlenswert erscheinen.

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York

Sitzung vom 6. Januar 1908.

Vize-Präsident Dr. G. Mannheimer eröffnet in Abwesenheit des Präsidenten die Sitzung um 8:45.

Sekretär Dr. J. Heckmann verliest das Protokoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Vize-Präsident Dr. G. Mannheimer: Unsere Gesellschaft hat wiederum einen Verlust zu beklagen. Herr Dr. Schapring ist uns in demselben Monat wie die Herren John Schmitt und Oberndorfer, deren in der letzten Sitzung gedacht wurde, durch den Tod entrissen worden. Sie alle kannten ihn. Er war ein eifriges Mitglied unserer Gesellschaft, der er 22 Jahre angehörte. Er war ein tüchtiger Ophthalmologe und ein geschätzter, lieber Kollege. Zu Ehren seines Andenkens ersuche ich Sie, sich von Ihren Sitzen zu erheben.

Die Versammlung erhebt sich.

Der korrespondierende Sekretär verliest ein Dankschreiben von Frau und Fräulein Schmitt, Gemahlin und Tochter unseres verstorbenen Präsidenten Dr. John A. Schmitt für das Beileid und die Blumenspende seitens der Gesellschaft.

Wissenschaftlicher Teil.

a) Dr. A. Stein: **Ueber die operativen Bestrebungen in der modernen Geburtshilfe.**

Diskussion. Dr. G. Seeligmann: Ich erlaube mir, Herrn Dr. Stein zu beglückwünschen wegen der konzisen, klaren und erschöpfenden Art, mit der das Thema vorgetragen worden ist, das sicher alle Anwesenden interessiert hat. Es ist vor einer Gesellschaft, zusammengesetzt aus Spezialisten aller Art, und vor allen Dingen vor allgemeinen Aerzten nicht angebracht, zu sehr ins Detail einzugehen, und Dr. Stein hat in anzuerkennender Weise die gefährliche Klippe umschiff, durch

zu viele Einzelheiten ermüdend zu wirken.

Ich möchte mir nur eine Bemerkung zu dem Vortrag gestatten, und zwar betreffs der Pubiotomie. Es war da ein leiser Vorwurf zu hören über die Rückständigkeit der amerikanischen Geburtshilfe in Bezug auf diese neue Operation. Vor kurzem ist von Herrn Fry in Washington eine Zusammenstellung gemacht worden über diejenigen Pubiotomien, die in Amerika soweit vollzogen wurden, und ich bin da auch zitiert worden als einer von denen, die sich der Frage gegenüber eher konservativ verhalten haben. Ich gebe zu, dass meine Berechtigung, überhaupt eine Meinung in dieser Frage auszusprechen, insofern vielleicht nicht ganz klar ist, als meine Erfahrung nur eine geringe ist. Ich habe allerdings nur zwei Fälle selbst gesehen, will aber betonen, dass der eine ein solcher war, dass er mir sehr ernste Bedenken über die angebliche Leichtigkeit, nicht etwa der operativen Technik, denn die ist leicht, sondern des Verlaufs eingeflösst hat. Dieser Fall sowie das, was mir andere hiesige erfahrene Operateure, z. B. Cragin, gesagt haben, zusammen mit dem sorgfältigen Studium der Literatur haben allerdings in mir eine gewisse Opposition hervorgeufen gegen die, wie ich glaube, übermässig enthusiastische Haltung, die eine Anzahl, besonders deutscher Operateure in dieser Frage angenommen haben. Ich denke da vor allem an die Bummsche Klinik.

Und wenn drüben sogar proklamiert wird, dass die Pubiotomie Allgemeingut der praktischen Aerzte zu werden berufen sei, so stimme ich überein mit dem Herrn Vortragenden, welcher dazu schon bemerkt hat, dass er der Ansicht sei, dass diese Operation heute für den praktischen Arzt doch wohl nicht geeignet sei. Vielleicht wird das später anders; aber einstweilen haben wir, die wir Pubiotomien gesehen haben, den Ein-

druck, dass diese Operation besser der Klinik überwiesen bleibt.

Ich erspare es mir und Ihnen, in Details einzugehen, aber ich will, obwohl ich mich selbst dabei widerlege, nicht verheimlichen, dass einer meiner Assistenten vor kurzem in einem Tenement Haus ohne genügende Assistenz eine doppelseitige Pubiotomie vollzogen hat. Die Frau hatte ein glatt rhachitisches Becken, Conj. vera 7 cm, sodass bei der vorhergegangenen Geburt in Deutschland eine Symphyseotomie gemacht worden war. Es war ein sehr dicker Callus, der Symphyse entsprechend, entstanden. Der Herr legte die Achsenzugzange an, machte dann, als er den Kopf nicht in's Becken bringen konnte, erst auf der einen Seite und dann auf der anderen die Pubiotomie; die Zange hatte er liegen lassen und neue erfolglose Traktionsversuche gemacht nach der Pubiotomie auf der ersten Seite. Der Erfolg war ein lebendes Kind und eine lebende Mutter. Das Kind wog allerdings nur etwas über 6 Pfund. Das war ein glücklicher Fall, aber demselben Herrn könnten sich bei erneuten Versuchen in dieser Richtung doch ernste Schwierigkeiten darbieten, besonders wenn das Missverhältnis zwischen Kopf und Becken grösser ist, als in diesem Fall.

Dr. Alfred A. Herzfeld: Ich möchte den Kollegen fragen, was er zu tun gedenkt, wenn er von der Hebamme nach einem Tenementhaus gerufen wird und es handelt sich um eine vorzeitige Ablösung der Plazenta bei vollständig geschlossenem Muttermund, ob er dann dennoch die Dürrsen'sche Operation machen will oder aber ob er dann doch das Bossi'sche Instrument gebrauchen will. Das Instrument ist ein gutes; das beweist die Arbeit von Jolly, der an der Ols'hausen'schen Klinik in Berlin, wo alle Fazilitäten für einen vaginalen Kaiserschnitt vorhanden waren, mit Bossi nur zwei Kinder verlor und sämtliche Mütter rettete.

Die Schuld an dem Tode der Kinder, sagt Jolly, war die, dass er das Instrument nicht genügend aufgedreht hatte. Die Läsionen, die verursacht wurden, waren Cervixrisse, die vollständig bei der Vernähung verheilt

sind. Ich bin fest überzeugt, dass das Bossi'sche Instrument nicht so von der Hand zu weisen ist und dass es ein sehr wertvolles Instrument ist in den richtigen Händen, wenn es sich bei vollständig oder teilweise geschlossenem Muttermund um Beschleunigung der Geburt handelt.

Dr. Ludwig Ewald: Ich habe den ersten Teil des Vortrags nicht gehört, sondern kam leider erst, als Dr. Stein das Instrument Bossi's behandelte; hier muss ich mich der Ansicht von Dr. Herzfeld anschliessen, dass das Instrument Bossi's doch nicht so von der Hand zu weisen ist. Ich habe es sechsmal mit glänzendem Erfolg gebraucht, und es sind Fälle darunter, die ohne Bossi die grössten Schwierigkeiten bereitet hätten. Ich bin kein Freund der grossen Inzisionen wegen der Gefahr der Infektion und wegen der Blutungen. Ich hatte zweimal Gelegenheit zu sehen, dass bei tiefen Inzisionen schleunigst die Zange angelegt werden musste, um die Patientin vor Verblutung zu retten. Grössere Einrisse bei Bossi habe ich in meinen sechs Fällen nicht gesehen. Wie Dr. Herzfeld richtig bemerkt hat, gehört eine geschulte, feinfühlende Hand dazu. Merkt man, dass die Sache durchgeht, dann weg mit Bossi.

Was den vaginalen Kaiserschnitt angeht, so bin ich aus eigenen Erfahrungen imstande, hier einige Bemerkungen zu machen. Ich habe elf Fälle von vaginalem Kaiserschnitt entbunden und gehe nicht zu weit, wenn ich sage, dass der vaginale Kaiserschnitt eine der grössten Errungenschaften der modernen Geburtshilfe ist. Leicht ist die Ausführung bestimmt nicht; es ist eine sehr blutige Operation. Ich habe andere in der Ausführung erfahrene Kollegen gefragt, und man gestand mir zu, dass sie die gefährlichsten Blutungen gesehen haben. Ich würde auch nicht raten, die Operation in einem Privathaus auszuführen. Ich habe alle Fälle in der Klinik gemacht und bin auf Schwierigkeiten gestossen, die mich sehr dankbar fühlen machten, dass ich die Klinik gewählt hatte.

Die Operation hat besonders den Vorzug, dass man bei ganz unvorbe-

reiteter Gebärmutter ohne jede Erweiterung dieselbe schnell entleeren kann, was bei Fällen von Eklampsie von grösster Wichtigkeit ist. Es ist sicher eine Operation, die bleiben wird, mit der Einschränkung, dass sie gegenwärtig noch nicht im Privathaus zu empfehlen ist und nicht von Händen ausgeführt wird, die in vaginaler Operation nicht absolut erfahren sind. Wenn ich zwischen zwei Operationen für den praktischen Arzt zu wählen hätte, würde ich viel eher Bossi wählen, soweit er angewandt werden kann. Es ist eine schonendere Operation und verlangt nicht längere Vorbereitung.

Es würde zu weit führen, von weiteren Operationen, besonders vom Kaiserschnitt zu reden. Ich möchte nur auf eine Angabe von Frank hinweisen, der den Kaiserschnitt empfiehlt mit folgender Modifikation. Frank macht einen Querschnitt über der Symphyse, eröffnet nicht das Peritoneum, sodass ein Eindringen von Flüssigkeit nach der Bauchhöhle unmöglich ist, und eröffnet ebenfalls quer den Uterus unterhalb des eigentlichen Hohl Muskels. Dadurch ist es möglich, Fälle von leichter, vielleicht auch schwererer Infektion zu operieren, die bis jetzt dem Kaiserschnitt nicht zugänglich waren. Frank hat eine Menge von Fällen mit sicherer Infektion operiert, und zwar ohne einen Todesfall.

Wenn wir diese Fortschritte der Geburtshilfe betrachten, so möchte ich doch noch eine Frage erörtern: Sind wir überhaupt zu einem solchen Vorgehen in der Geburtshilfe berechtigt? Die Berechtigung wird sich durch die Zahl der toten Kinder und Mütter bestimmen lassen. Es ist keine Frage, dass wir durch Bossi, Pubiotomie, vaginalen Kaiserschnitt eine grössere Anzahl von Kindern retten können. Wenn wir aber berücksichtigen, dass viele dieser geretteten Kinder frühzeitig geboren sind und 30 Prozent dieser Kinder im ersten Lebensjahr zu Grunde gehen, so ist am Ende das Resultat auch nicht so glänzend.

Die zweite Frage: Sind wir berechtigt durch das Resultat mit Hinsicht auf das Leben und die Gesundheit der

Mütter? Hofmeier hat 27 Fälle angeführt, die durch Pubiotomie, Kaiserschnitt u. s. w. operiert wurden, und von 27 hat er 3 verloren, also ein sehr betrübendes Resultat; von der grösseren Morbidität will ich gar nicht reden. Ich glaube auf Grund solcher Zahlen einstweilen warnen zu müssen; in der gesamten Medizin und so auch in der Geburtshilfe soll man nur das tun, was Nutzen bringt, nicht Schaden stiftet.

Dr. C. A. von Ramdohr: Es tut mir ungeheuer leid, den interessanten Vortrag nicht von Anfang an gehört zu haben, aber was ich davon gehört habe und was ich von den Herren in der Diskussion gelernt habe, ist absolut meine Meinung, dass nämlich zu allererst eine Differenz gezogen werden muss zwischen Arbeiten in der Klinik und Arbeiten im Tenementhaus oder irgend einem anderen Privathaus, mit Assistenz oder ohne Assistenz, mit Instrumenten oder ohne Instrumente u. s. w. Den Statistiken traue ich sehr wenig. Wenn eine neue Operation oder Methode in einer Klinik entdeckt und geübt wird, so werden der Professor und seine Assistenten bessere Resultate erzielen als anderswo. Viele Unfälle, die in der Klinik passieren, werden manchmal nicht gebucht, z. B. Arm- und Schlüsselbeinbrüche, von welchem Faktum ich mich selbst in einem berühmten Gebärhause überzeugt habe. Ich möchte darauf zurückkommen, dass die konservative Geburtshilfe sich noch nicht überlebt hat. Die heutige chirurgische Geburtshilfe, von Experten geübt, hat natürlich auch ihr Feld, aber das fortwährende Loben und Empfehlen, z. B. des berühmten und so leicht auszuführenden vaginalen Kaiserschnittes mit seinen guten Erfolgen verleitet den allgemeinen Praktiker, die Sache doch auch einmal zu probieren, manchmal ohne genügende Technik und ohne genügende Assistenz, deshalb ist es noch eine grosse Frage, ob durch solche Mittel der Frau und dem Kind genützt wird oder nicht.

Ad vocem vaginaler Kaiserschnitt, so operierte Dührsen, dieser Experte, der Erfinder dieser Operation, in mei-

ner Klinik während seiner Anwesenheit in New York wegen Eklampsie. Es nahm dieser Autorität beinahe zwei Stunden, und wäre die Patientin in anderen Händen wahrscheinlich nicht mit dem Leben davon gekommen. Ich möchte nicht behaupten, dass der vaginale Kaiserschnitt so leicht wäre, wie er oft hingestellt wurde, und ich möchte vor dem Glauben an die Leichtigkeit der Operation unter allen Umständen warnen.

Die grosse Kunst des modernen Geburtshelfers ist die, die richtige Indikation zu stellen. Es kann z. B. bei gewissen Fällen einer von 3—5 Eingriffen gewählt werden und kommt es hier nun auf grosse Erfahrung und ganz gründliche Untersuchung und Beobachtung aller Nebenumstände Primipara oder Multipara, Herzstätigkeit, irgendwelche Begleitungs-Krankheiten etc., etc. an. So können wir zu dem vom Geburtshelfer erwarteten Erfolge gelangen, ein lebendes und lebensfähiges Kind von einer lebenden und später gesunden Mutter zu Tage zu fördern. Die Operationen an und für sich zur richtigen Zeit gemacht sind dann auch in den Händen des allgemeinen Praktikers leicht. Es ist jetzt ohne allen Zweifel die Zeit der chirurgischen Geburtshilfe im Zenith. Es wird mehr operiert und operieren gelehrt als früher, und die Versuchung liegt immer vor, eine Geburt aus Bequemlichkeits- oder anderen Gründen zu früh zu beenden. Ich möchte zum Schluss nochmal davor warnen, zu viel zu operieren; man muss strikte Indikation stellen und Klinik und Privathaus und Experten und allgemeine Praktiker auseinandernhalten.

Dr. A. Stein (Schlusswort): Ich möchte nur ein paar Worte zu den interessanten Ausführungen der Vorredner bemerken und Herrn Dr. Seeligmann erwidern, dass im ganzen bis jetzt in Amerika etwa 22 Fälle von Pubiotomie ausgeführt worden sind, von denen allein 8 auf das Konto von Whitridge Williams kommen. Es war mir interessant, gerade in der eben erschienenen zweiten Auflage seiner „Obstetrics“ zu sehen, wie auch er auf dem Standpunkt steht, dass man

die Operation unbedingt in der Klinik ausführen müsse. Von der doppelseitigen Durchsägung des os pubis möchte ich noch sagen, dass dahingehende Versuche im letzten Jahr von Stoeckel gemacht worden sind; ein definitives Resultat ist aber bis jetzt noch nicht erzielt.

Was die Frage von Dr. Herzfeld betrifft, was bei vorzeitiger Ablösung der Plazenta mit starker Blutung geschehen soll, so glaube ich, dass man da viel schneller durch rasche Operation zum Ziele kommt als mit langsamer Dilatation. Vor allen Dingen glaube ich, dass so die Blutung geringer sein wird.

Herrn Dr. Ewald möchte ich erwidern, dass ich nicht mit ihm übereinstimme, wenn er sagt, dass man das Entstehen der Risse während der Dilatation merken kann. Es sind Fälle beschrieben, in denen erst nach beendeter Dilatation festgestellt wurde, wie hoch und tief die Risse gegangen sind, die selbst erfahrensten Operateuren während der Dilatation völlig entgangen waren.

Ich stimme aber mit Dr. Ewald vollkommen darin überein, dass, wenn es irgend zugänglich ist, Fälle von vaginalem Kaiserschnitt in der Klinik mit geschulter Assistenz ausgeführt werden sollen. Aber es gibt doch Fälle, wo dies unmöglich ist. Besonders Aerzte, die in Vororten oder auf dem Lande praktizieren, kommen häufig in solche Lagen. Dr. Rühl, ein praktischer Arzt, hat, glaube ich, 12 Fälle von vaginalem Kaiserschnitt ohne Assistenz ausgeführt und alle mit günstigem Erfolg.

Den letzten Bemerkungen von Dr. v. Ramdohr stimme ich vollständig zu. Gerade in den letzten Tagen ist ein Buch herausgekommen von Fehling, „Die operative Geburtshilfe in Praxis und Klinik.“ Auch er sucht zu scheiden zwischen Praxis und Klinik und weist die schwierigen Fälle durchaus der Klinik zu. Unsere erste Pflicht sei, Mutter sowohl wie Kind zu schonen, deshalb muss man, wenn es nicht anders geht, die schwierigen Fälle der Klinik überweisen.

a) Dr. F. C. Ruppert: **Ueber Inhalations-Therapie.**

(Der Vortrag ist in dr. Nummer als Originalarbeit publiziert.)

Diskussion. Dr. Otto Glogau: Dr. Ruppert hat die Bemerkung gemacht, dass in Europa der Inhalations-Therapie eine grössere Aufmerksamkeit geschenkt wird als in Amerika. Ich kann dies aus eigener Erfahrung bestätigen. Wie weit diese Aufmerksamkeit geht, ist daraus ersichtlich, dass selbst in Militär-Spitälern Inhalations-Apparate eingeführt sind, und ein grosser Teil der Erfahrung, die ich auf diesem Gebiete gesammelt habe, stammt aus dem K. u. K. Garnisonsspitale No. 2 in Wien, wo ich auf der Kehlkopf-Abteilung des Stabsarztes und Dozenten Dr. Johann Fein den Wert der Inhalations-Therapie zu ermessen reichlich Gelegenheit hatte.

Dr. Ruppert hob es als einen Vorteil dieser Methode hervor, dass sie auch jene Patienten, die gegen das Einnehmen von Medikamenten sind, für sich gewinnen werde. Indess, auch hier werden ja Medikamente in den Körper aufgenommen, und das Publikum weiss das sehr wohl. Medikament bleibt Medikament, ob es von der Lunge oder vom Magen-Darmkanal aus resorbiert wird. Auf diese Weise glaube ich nicht, dass es möglich sein wird, für die Inhalations-Therapie Propaganda zu machen.

Ich will noch auf eine Tatsache hinweisen, die Kollege Ruppert nicht erwähnt hat, die aber grundlegend ist für die Art und Weise, wie überhaupt die Inhalations-Therapie wirken kann. Vor zwei Jahren erschien ein französisches Buch, das sehr wenig Aufsehen gemacht hat, — weil die Nachprüfung der dort gegebenen Tatsachen unterblieb: „L'injection trachéale simplifiée,“ par le Dr. Henri Mendel. Das Grundmotiv dieses Buches ist sehr einfach und deshalb wichtig für den praktischen Arzt. Es besteht darin, dass bloss die Zunge herausgezogen werden muss, um die Arytänoidknorpel und mit ihnen die hintere Kehlkopfwand ganz fest an die Pharynxwand anzudrängen. So ist es möglich, dass Einspritzungen irgendwelcher Art an

die Pharynxwand gebracht von selbst in den Kehlkopf und von da bis in die tiefsten Bronchien hineingelangen, was bei der Inhalations-Therapie nie der Fall ist. Auf diese Weise — dies sei nebenbei bemerkt — kann der praktische Arzt ohne Kehlkopfspiegel Injektionen auf die Stimmbänder und noch auf die tieferen Luftwege zu stande bringen.

Die Inhalations-Therapie besteht nach Dr. Ruppert darin, hauptsächlich ätherische Oele in die tieferen Luftwege zu bringen. Ich stehe auf dem alten, experimentell nachgewiesenen Standpunkt, dass diese Medikamente durch Inhalations-Therapie allein nicht in die tieferen Luftwege, sondern nur bis zur Bifurkation gelangen. Denn die meisten Apparate sind so eingerichtet, dass der Strom in gerader Richtung an die Pharynxwand kommt. Die einzige Möglichkeit, die existiert, dass er die tieferen Luftwege erreicht, ist die oben erwähnte: bei herausgezogener Zunge, durch Anpressen der Arytänoidknorpel an die Pharynxwand, den medikamentösen Dampf zum Hinabträufeln in die tieferen Luftwege zu zwingen. Es ist also nicht das Verdienst der Inhalation, dass die Dämpfe der ätherischen Oele und anderer medikamentösen Bestandteile in die tieferen Luftwege gelangen, sondern mehr der „Injection trachéale simplifiée.“

Ich stimme mit Kollege Ruppert darin überein, die Indikationsstellung auf Erkrankungen zu beschränken, die nicht in das Gebiet der Chirurgie gehören. Von mancher Seite wurde behauptet, man könne Polypen, adenoide Wucherungen, Hypertrophien der Muscheln, sogar Eiterungen der Sinus durch die Inhalations-Therapie beseitigen, das ist geradezu lächerlich.

Die durch die Inhalations-Therapie bei trockenen und sekretorischen Katarren erzielten Erfolge sind äusserst günstige. Ich habe gerade in dem erwähnten Garnisons-Spitale sehr gute Resultate auf diesem Gebiete gesehen, namentlich bei akuter und chronischer Laryngitis, wo nach kurzer Mentholölinhalation — stets bei weit herausgestreckter Zunge — der inflammatori-

sche Zustand sich zusehends besserte. Bei Rhinitis atrophicans möchte ich von der Inhalations-Therapie abraten, da dieser Prozess fast ausschliesslich durch die mechanischen Verhältnisse als Krankheit aufzufassen ist. Es ist ein Plus an Raum, um dass es sich handelt, und ich glaube, dass die jetzige Therapie der Paraffininjektion hier weit eher am Platze ist. Wenigstens sprechen die Resultate der Paraffininjektionen, die ich auf der Abteilung des Dozenten Dr. Hajek in Wien zu sehen Gelegenheit hatte, sehr für diese Methode.

Im übrigen ist meiner Ansicht nach bei der Inhalations-Therapie hauptsächlich das warme Wasser das Wirkende, ähnlich wie beim medikamentösen Bade und Thee. Das inhalierte Wasser löst den Schleim und regelt die Zirkulation, die Medikamente, in erster Reihe das Menthol, heilen durch Suggestion!

Zum Schluss möchte ich die Kollegen auffordern, sich das Inhalatorium des Kollegen Ruppert anzusehen, das in New York wohl einzig dasteht. Auch in Europa hat kein Privatarzt ein solches aufzuweisen, da die bedeutenderen Inhalatorien dort in Händen von Sanatorien und nicht von Privatärzten sind.

Dr. W. F r e u d e n t h a l: Wir müssen, wie auch der Vortragende getan hat, bei Inhalations-Therapie nicht von Spray-Apparaten sprechen; dabei inhaliert man ja nicht, sondern wir meinen einfach durch Dampf getriebene Apparate. Da müssen wir unterscheiden die Therapie bei Erkrankungen der oberen Luftwege von der der mittleren und unteren Luftwege. Bei den ersteren stimme ich mit dem Vorredner überein, dass es einfach die Feuchtigkeit ist, die das Wirksame ist, und darum eben möchte ich sie im Gegensatz zu dem Kollegen besonders angewendet wissen bei trockener und atrophischer Rhinitis. Da brauchen wir Feuchtigkeit, viel Feuchtigkeit, was ja ganz im Einklang mit meinen vielleicht manchen Herren bekannten Ideen von der Entstehung der trockenen und atrophischen Rhinitis steht. Aus diesem Grunde bin ich jetzt und

war es auch schon, als M o u r e aus Bordeaux zum ersten Mal in Madrid seine Resultate angab, gegen die Injektionen von Paraffin. Ich habe einige Versuche mit denselben gemacht, und meine Resultate waren ganz unbefriedigende. Bei der atrophischen Rhinitis sind wir in Bezug auf die Therapie eben heute noch so hilflos wie vor Jahren.

Bei der Therapie der Larynx- und Pharynxerkrankungen könnte man vielleicht einigen Erfolge sehen, aber wir müssen dabei auch nicht nach den Erfolgen bei kräftigen jungen Leuten urteilen, die wir beim Militär treffen. Diese Fälle, die meist durch refrigatorische Einflüsse entstanden sind, akute Laryngitis und Bronchitis heilen auch ohne Inhalations-Therapie von selbst; bei chronischen Fällen dürfte man wohl durch geeignete Inhalationen etwas wenig erreichen.

Was die Therapie bei den tieferen Lungenabschnitten betrifft, so wissen besonders die älteren von Ihnen, wie eifrig wir alle diese Therapie betrieben haben, kurz nachdem K o c h seinen Tuberkelbazillus entdeckt hatte. Jeder Arzt versuchte durch Inhalationen dem Bazillus aufs Fell zu rücken. Wir haben das sehr bald aufgegeben und wissen ausserdem heute, dass eine kolossale Menge Flüssigkeit notwendig ist, um die grosse Fläche der Schleimhaut, die sich darbietet, einigermaßen zu erreichen. Durch Inhalationen, wie sie heute geübt werden, werden wir das nie erreichen. Ich möchte darum aber nicht eine Lanze gegen die Therapie brechen. Ich habe einen B u l l i n g'schen Apparat seit sechs Jahren bei mir im Haus. Ich benütze ihn und er erleichtert hie und da die Patienten. Wenn wir aber einer Krankheit wie der Lungen-Tuberkulose auf den Leib rücken wollen, dann müssen wir die Medikamente ganz anders an die Stelle bringen, als wir es jetzt tun. Ich bin augenblicklich mit Experimenten in dieser Frage beschäftigt, die aber noch nicht spruchreif sind.

Dr. H e i n r i c h W o l f: Ich hatte in meiner Wasserheilanstalt eine sehr nervöse Dame, die eine akute trockene Tracheitis bekam. Der ohnehin

schlechte Schlaf wurde dadurch noch verschlechtert, und die Dame kam herunter. Da mir nichts anderes zur Verfügung stand, versuchte ich eine Inhalation einer Alyninlösung 10:200. Die Inhalation wurde solange fortgesetzt, bis das Gefühl der Stumpfheit entstanden war. Die im Munde sich ansammelnde Flüssigkeit wurde ausgespuckt. Diese Inhalation wurde am Abend gemacht. Die Kranke schlief die ganze Nacht und nach einer nochmaligen Inhalation war die Tracheitis verschwunden. Seither habe ich dieses Verfahren noch zweimal mit gleichem Erfolg angewendet. Die Wirksamkeit beruht offenbar auch auf der bekannten günstigen Wirkung der Anästhetika bei örtlichen Entzündungen (Schley).

Bei Bronchitiden mit starkem Exsudat halte ich das Verfahren nicht für angezeigt. Dagegen ist es von grossem Vorteil bei akuten, schmerzhaften Laryngitiden.

Vize-Präsident Dr. G. M a n n h e i m e r: Ich stehe noch unter dem Eindruck dessen, was ich als Student erlernt habe, dass alle Inhalationsmittel nicht in die kranken Teile eindringen. Dies bezieht sich besonders auf die Infiltrate bei Lungentuberkulose und anderen chronischen Lungenerkrankungen. S c h r e i b e r in Königsberg hat das in einer ausgezeichneten Arbeit nachgewiesen. Ich weiss nicht, wie der Standpunkt heute ist. Das schliesst nicht aus, dass Inhalationsmittel trotzdem von Nutzen sind, selbst bei Affektionen des Lungengewebes.

Dr. F. R u p p e r t (Schlusswort): Ich habe nichts hinzufügen und danke den Herren für die freundliche Diskussion. Meine eigenen Erfahrungen beschränken sich bis Dato nur auf Erkrankungen der Nase und des Halses und wenige Fällen von akuter Tracheo-Bronchitis.

Geschäftliches.

Vize-Präsident Dr. G. M a n n h e i m e r: Die Abstimmung hat ergeben, dass sämtliche Kandidaten einstimmig erwählt sind. Ich glaube, die Gesellschaft kann sich glücklich schätzen, unter ihre Ehren-Mitglieder einen so ausgezeichneten Forscher und Gelehr-

ten zu zählen wie Prof. R ö n t g e n, der obzwar nicht Mediziner, doch durch seine monumentale Entdeckung soviel zur Förderung unserer Wissenschaft beigetragen hat in Diagnose und Therapie.

Herr Dr. P o l l i t z e r zeigt in einem Schreiben an Dr. F i s c h e r seine Resignation an.

Auf Antrag aus der Mitte der Versammlung wird die Resignation angenommen.

Zu aktivem Mitglied der Gesellschaft ist vorgeschlagen: Dr. H e n r y F. W o l f f durch Dr. H e r m a n n B o e k e r.

Dr. G e o. W. J a c o b y berichtet namens des in der vorigen Sitzung ernannten Komitees, wie folgt:

Bericht des zur Beratung einer Mitteilung des Herrn Arthur McDonald ernannten Komitees:

Der genannte Herr Arthur M c D o n a l d, der augenscheinlich nicht Arzt ist, über dessen sonstige wissenschaftliche oder soziale Stellung uns aber nichts bekannt ist, ersucht die Deutsche Medizinische Gesellschaft, zu beschliessen, dass dieselbe sowohl die Einrichtung von besonderen Laboratorien seitens der Staats-, Bundes- oder Stadtregierung, als auch private Stiftungen für wünschenswert hält zu dem Zwecke des wissenschaftlichen Studiums der kriminellen, armen und minderbegabten Klassen, in der Absicht, soziale Uebelstände durch die Untersuchung ihrer Ursachen zu verringern.

Ferner: dass eine Abschrift eines solchen Beschlusses an unsere Vertreter im Gesetzgebenden Körper unseres Staates wie im folgenden Kongress geschickt werden solle.

Ihr Komitee ist nach näherer Kenntnisnahme der vorgelegten Papiere und nach längerer Beratung derselben, der Ansicht, einerseits, dass das weite Gebiet, welches dieser Plan umfasst, bisher keineswegs ungebaut geblieben, sondern dass auf demselben durch eine recht grosse Anzahl von ernsten und begabten Forschern, teils in privaten teils in schon bestehenden öffentlichen

Anstalten, mit gutem Erfolg gearbeitet worden ist und zum Teil mit grossem Enthusiasmus noch gearbeitet wird, dass man daher auch in der Zukunft diesen Arbeitskräften vertrauensvoll das Feld überlassen könne, in der sicheren Erwartung befriedigender Resultate; andererseits glaubt Ihr Komitee, dass die Zentralisation solcher Forschungen auf so weiten und verschiedenen Gebieten in einem Laboratorium sehr zahlreichen und bedeutenden Schwierigkeiten begegnen werde und daher weder vom theoretischen,

noch namentlich vom praktischen Standpunkte aus empfehlenswert erscheine.

Unter diesen Umständen empfiehlt Ihr Komitee der Gesellschaft von der Fassung eines derartigen Beschlusses abzusehen, beziehentlich die Angelegenheit auf den Tisch zu legen.

New York, den 2. January 1908.

Auf Antrag von Dr. Leonh. Weber beschliesst die Versammlung den Bericht anzunehmen.

Dr. Jakob Heckmann,
Prot. Sekretär.

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt Chicago.

Sitzung vom 20. Juni 1907.*

Vorsitzender: Dr. Herzog.

Programm.

1) Dr. Lieberthal: Ueber die neueren Neisser'schen Syphilisforschungen. (Referat.)

2) Dr. G. Schmauch: Anatomie und physiologische Betrachtungen über die Einsiedlung des Eies ausserhalb der Gebärmutter, an der Hand eines Falles von Schwangerschaft im Eierstock, einer sogenannten intraligamentären Schwangerschaft und eines Falles von Einbettung des Eies in Tube, Corpus luteum und uterinem Peritoneum.

Der Vorsitzende stellt Herr Dr. Gerard aus Würzburg als Gast vor und begrüsst ihn im Namen der Gesellschaft.

Dr. Carl Beck demonstriert das Präparat einer grossen Ovarialcyste einer 16jährigen Patientin, die heute operiert worden ist. Seit 6 Monaten datierte eine rasche Zunahme des Abdomens, das schliesslich durch seine Grösse und Form an eine 8 bis 9 monatliche Schwangerschaft erinnerte. Der obere Teil des Tumors war hart, der untere zeigte Fluktuation, die ganze Geschwulst zeigte mitgeteilte

Pulsation. Der Uterus war klein, retroflektiert. Die Cyste war mit kolloidem Inhalt erfüllt und im oberen Anteil wabenartig. Mikroskopisch lässt sich fast durchwegs nur Bindegewebe mit sehr wenig Epithel nachweisen. Heutzutage sind so mächtige Cysten eine Seltenheit, weil dieselben bereits früher operiert werden.

Die Diskussion zum Vortrag des Herrn Dr. Lieberthal eröffnet.

Dr. Herzog: Die Syphilisforschung hat zu Tage gefördert, dass in der Mehrzahl der Fälle im primären und sekundären Stadium, selten aber im tertiären die Spirochaeten gefunden werden. Dr. H. selbst hatte in 33 Fällen von Lues, weichem Schanker und einigen Hauterkrankungen auf Spirochaeta pallida untersucht und in keinem der nicht luetischen Fälle Spirochaeten gefunden, wohl aber in 18 unter 23 Fällen von Syphilis und zwar in mehreren Primäraffekten, Papeln am Anus und an den Brustwarzen etc. In den fünf negativen Luesfällen konnte er aus Zeitmangel die Untersuchungen nicht lange genug fortsetzen. Dr. Herzog demonstriert einige seiner mikroskopischen Präparate von Spirochaeta pallida. Die Beschreibungen, welche Hofmann und Schaudinn von der Spiroch. pall. geben, nämlich die Erwähnung von 16 bis 20 Windungen, die Rosafärbung etc.,

*) Bei der Redaktion eingegangen am 27. Januar d. J.

treffen nicht in allen Fällen zu; vielmehr können die Spirochaeten mitunter ein von der Beschreibung verschiedenes morphologisches Verhalten zeigen. Dr. H. hält es für wahrscheinlich, dass die Spiroschaeten nicht zu den Protozoen, sondern zu den Spirillenbakterien gehören. Im Sputum eines Patienten, der an einer Lungenaffektion litt, fand Dr. H. Spirochaeten, welche denen bei Lues ähnlich sahen. Die von Dr. Lieberthal vorgebrachte Komplimentablenkung in der Serodiagnostik der Lues findet nicht immer statt; überdies ist diese Methode sehr schwierig. Darum bleibt vorläufig die klinische Beobachtung das wichtigste Mittel der Diagnostik.

Dr. Carl Beck macht Mitteilungen über das Resultat der Krebsforschungen Kellings, der eine Serodiagnostik des Krebses ausgearbeitet hat. K. hat in zahlreichen latenten Fällen auf Grund der Serumreaktion die Diagnose auf Krebs gestellt; eine Anzahl dieser Fälle wurde mit Erfolg operiert. Interessant ist, dass mit Rezidivieren der Krebskrankheit die gleiche Reaktion von neuem erscheint.

Hierauf hält Dr. Schmauch seinen Vortrag.

In der Diskussion führt Dr. Herzog folgendes aus:

Er hat mehr als 50 Fälle von Tubarschwangerschaft histologisch untersucht und über die Untersuchungen von 40 Fällen vor mehreren Jahren eine Arbeit im Journal of Obstetrics and Gynecology veröffentlicht. Der jüngste von ihm untersuchte Fall von Tubarschwangerschaft war 2—3 Wochen alt. Eierstocksschwangerschaft hat er nie gesehen. In vorgeschrittenen Fällen ist es sehr schwer zu entscheiden, ob primäre Eierstocksschwangerschaft vorliegt oder nicht. Es kann ja nach Tubenabort eine sekundäre Ansiedelung des Eies am Eierstock oder am allgemeinen Peritoneum stattfinden. Dr. H. spricht über Trophoblastwucherungen in der Tube und bezweifelt, dass die von Dr. Schmauch vorgelegten Photomikrographien wirklich Trophoblastwucherungen im Sinne eines noch nicht differenzierten Trophoblastes zeigen.

Im Anschlusse an dieses Thema demonstriert Dr. Herzog eine Anzahl Photomikrographien und macht Mitteilung über ein menschliches Ei in situ, das in Grösse und Entwicklung beinahe identisch mit dem bekannten Peters'schen Ei ist. Das Ei erhielt Dr. Herzog bei der Sektion der Leiche einer in Manila, P. I., durch einen Unfall ganz plötzlich gestorbenen, ganz gesunden Eingeborenen. Es fand sich ein frisches, aber schon zuheilendes Corpus luteum am einen Eierstock und in der Nähe des Tubeneinganges derselben Seite, in einem leicht vergrösserten Uterus ein kleiner hämorrhagischer Fleck. Derselbe wurde ausgeschnitten, in Zenker'scher Lösung fixiert und das Gewebe später in Serienschichten zerlegt. Die Untersuchung demonstrierte ein Eichen etwa von derselben Grösse wie das Peters'sche. Eine mächtige Trophoblastwucherung mit mütterlichen Blutlakunen, gleichfalls ganz wie beim Peters'schen Ei. Dagegen fehlte der Gewebepilz, der das Peters'sche Ei überdeckte. Das von Herzog gefundene Ei scheint sich flach-schräg in die Mucosa eingefressen zu haben, es lässt sich der Einfressungskanal noch nachweisen. Es ist das Ei vom Cavum uteri durch eine ganz dünne, teilweise unvollständige Capsularis getrennt. Die von Peters beschriebenen Veränderungen an mütterlichen Blutkörperchen und eine eventuelle Teilnahme mütterlicher Blutkörperchen an der Bildung des fötalen Syncytium finden sich im Herzog'schen, ganz normalen Präparate nicht. Der im Ei vorhandene Embryo ist vorzüglich erhalten. Der Embryonalschild stellt ein bootförmiges Gebilde dar, Amnionhöhle sehr klein, Dottersack grösser, wie das eigentliche Embryonalschild. Blutgefässe finden sich weder im Embryo noch im Trophoblasten, dagegen finden sich da, wo Allantois und Dottersack aus dem Embryonalschild entspringen, Ringe und Bänder von Mesodermzellen, welche zweifellos die erste Anlage der Dottersackblutgefässe darstellen. Die Keimscheibe befindet sich in sogenannter Blattumkehr, das Präparat beweist also, dass dieser bei den

Nagern allgemein bekannte Vorgang auch bei den Primaten stattfindet. Die Gesamtlänge des Keimschildes ist 154 Mikra; einschliesslich des Dottersackes 300—400 Mikra. Der menschliche Embryo ist mithin bei weitem das jüngste und kleinste bisher beschriebene. Der Embryo im Peters'schen Ei, sagt Herzog, sei derart schlecht erhalten, dass er für die menschliche Embryologie nicht zu verwerten war, da selbst eine so grosse Autorität wie Graf Spee nichts Rechtes damit hat anfangen können. Zum Schlusse betont Herzog, dass die Trophoblastwucherungen den Pathologen ausserordentlich an die Wucherung eines malignen Tumors erinnern, wie andererseits die Reaktion des mütterlichen Gewebes vielfach an die Veränderungen bei hämorrhagischer Entzündung erinnert.

(Seit dieser ersten, von Dr. Herzog vor der Deutschen Medizinischen Gesellschaft gemachten Mitteilung hat er über dieses Ei einen Vortrag mit Demonstrationen vor der Sektion für Embryologie des 7. Internationalen Kongresses für Zoologie, Boston, Mass., 19.—25. August 1907 gehalten.)

Dr. Geo. Schmauch führt aus: Wenn das befruchtete Ei sich in dem mütterlichen Boden festgesetzt hat, so findet man um die ersten Zottenanhänge herum grosse Zellmassen, bestehend aus Zellen, die sich noch nicht in Langhanszellen und Syncytium differenziert haben. All diese Zellen bezeichne ich als Trophoblast (Trophoderm, Hubrecht) und befinde mich da im Einklang mit andern Autoren. Auf der Photographie (frühe Tubenschwangerschaft) sehen Sie, wie diese Zellen in das mütterliche Gewebe, hier Tubenwand, einbrechen. Die vorherrschende Zellform ist die Spindelzelle, doch sehen Sie auch plasmodiale Zellen. Das Bild allein genügt, um das Fremdartige dieser Zellen zu demonstrieren. Sie heben sich deutlich von dem umgehenden Gewebe ab, das alle Stadien der Degeneration, Kernschwund, Auflockerung der Muskel- und Bindgewebefasern, sowie seröse Durchtränkung aufweist. In diesem degenerierten Gewebe erkennen Sie

weiterhin grössere undeutlich gefärbte Zellen, deren Natur noch umstritten ist. Ich fasse dieselben mit Minot als hyperplastische degenerierte Trophoblastzellen auf. Das Auffallendste an dem Bilde ist also der Gegensatz zwischen dem zellkräftigen, üppig wuchernden fötalen Gewebe und dem nekrotischen mütterlichen Gewebe, das unter dem Einfluss des vordringenden Trophoblasts abstirbt. Es gibt wohl in der ganzen Pathologie kein schöneres Beispiel für eine maligne Gewebewucherung, wie es diese Tubenschwangerschaft aufweist. Die bösartigste Geschwulst zeigt in ihrer Umgebung keinen so ausgesprochenen malignen Charakter, wie diese frühe Schwangerschaft. Es war eigentlich meine Absicht, dieses Phänomen auch an der Hand der beiden anderen Fälle zu demonstrieren.

Ich habe schon in früheren Arbeiten das befruchtete Ei mit einem Parasiten verglichen. Die Schwangerschaft ist eine Art Parasitismus, der mit der Ausstossung des Kindes normaliter sein Ende findet, die Geburt also eine Art befreiender Art. Dass dies nicht immer der Fall ist, dass fötale Zellen, Reste des Schwangerschaftsproduktes, unter Umständen weiterfortwuchern können, dass aus dem harmlosen Parasitismus eine maligne Wucherung werden kann, ist Ihnen ja aus der Chorionepitheliomlehre bekannt. Hofbauer hat jüngst die Schwangerschaft eine Symbiose genannt.

Dass das Ei sich nicht auf einem Epithellager festsetzen kann, ist uns seit längerer Zeit bekannt. Ein Stroma, sei es dass der uterinen Schleimhaut oder das der Tube oder Ovarium oder Peritoneum, ist hierzu absolut notwendig. Das Epithel muss erst geschwunden sein, bevor eine „Einbettung“ eintreten kann. Ob das Ei jedesmal in eine Vertiefung der uterinen Schleimhaut einsinkt, oder ob es sich in jedem Falle durch eigene Kraft einbohrt, einfrisst, ist eigentlich mehr nebensächlich. Aeltere Stadien beweisen direkt den zerstörenden Einfluss des befruchteten Ei's auf mütterliches Gewebe.

Damit sind wir nun an der Grenze

dessen angelangt, was uns die Histologie erschliessen kann. Eine weitere Aufklärung war nur von chemischen Untersuchungen zu erwarten und diese durchgeführt zu haben, ist ein grosses Verdienst H o f f b a u e r's.

Ein regelmässiger Befund in der Umgebung junger Eier sind Blutergüsse. Die alte Lehre ging dahin, dass Zotten in die mütterlichen Blutlakunen hineinhängen und sich auf diese Weise alles, was zur Ernährung des Fötus notwendig war, heraussuchen konnten. Um das wie, kümmerte sich kein Mensch. Dass Eisen nicht diffundieren kann, dass Eisen nicht frei im Blutplasma vorhanden war, über solche Tatsachen setzte man sich einfach hinweg. Die histologischen Details an jungen Menschen- und Tiereiern scheinen viel interessanter. Wir wissen jetzt, dass dieser ganze Ernährungsprozess des Fötus ein viel komplizierterer ist; dass die Plazenta in der Tat ein Assimilationsorgan für den Fötus ist (H o f f b a u e r). Das bei dem Bluterguss freierwerdende Hämoglobin ist anscheinend ein sehr wichtiger Fak-

tor. Denken Sie nur an die katalytische Wirkung des Hämoglobins, wie sie uns hier vor einigen Monaten an einfachem Zucker demonstriert wurde. Das wachsende Ei übt mittels seines Zottenepithels eine gleiche hämolytische Wirkung aus wie ein Karzinom. In Einklang hiermit steht die nachgewiesene Abnahme der roten Blutkörperchen in der Schwangerschaft. Eiweiss und Fett spaltende Fermente sind absolut nötig für die Entwicklung des Kindes, und diese Fermente finden sich in dem Epithelbesatz der Zotten. Ferment und Katalyse sind ja, wie die moderne Chemie annimmt, engverwandte Prozesse, vielleicht sogar identisch.

Die Resultate der chemischen Untersuchungen bekräftigen also den histologisch schon länger erwiesenen destruktiven Charakter des befruchteten Eis, mehr, sie machen uns denselben viel verständlicher.

Schluss des Vereinsjahres.

D r. A. S t r a u c h,
Schriftführer.

Korrespondenz.

„SYMPOSIUM.“

Redaktion der „New Yorker Medizinischen Monatsschrift.“

Herr Redakteur:

In der Dezemberrnummer Ihrer geschätzten Zeitschrift wird von einem Symposium über Morbus Basedowii, das in der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York am 4. November 1907 stattgehabt, berichtet. Auf dem Programm der Gesellschaft heisst es „N a c h der Versammlung gesellige Zusammenkunft im Bankettsaale der Academy.“ Da dabei Bier getrunken wird, so ist dies ein Symposium n a c h der Versammlung.

An dem Abend, als ich meinen Vortrag über neue Methoden in der medizinischen Behandlung der Magenkrankheiten hielt, begab sich zwar

recht demonstrativ eine grosse Anzahl der Anwesenden schon während der Versammlung zum Symposium in den Bankettsaal, allein das war ein Symposium, das in keinem direkten Zusammenhang mit dem Vortrag stand.

Am 4. November nun fand das Symposium, wie gesetzlich angeordnet, erst nach der Versammlung statt; während des Vortrags, in demselben Zimmer, in welchem der Vortrag gehalten wurde, gab es nichts zu trinken.

Symposium ist ein Bankett, ein Fest, bei dem getrunken wird.

Ein Symposium ohne Trinken ist lucus a non lucendo. Ich weiss sehr wohl, dass im Englischen, in dem man auch unter Dilatio räumliche Erweiterung und unter Sykophant einen

Schmeichler versteht, in neuester Zeit unter Symposium eine Zusammenreihung von Vorträgen oder Meinungsaustausch über einen Gegenstand verstanden wird, allein das ist widersinnig. Webster gibt übrigens noch die richtige Definition: Symposium—

A drinking together, a merry feast. Wenn wir in unserer Deutschen Gesellschaft die amerikanische Auslegung von Symposium einführen, so kann das doch keinen andern Zweck haben, als die Darwin'sche Theorie zu illustrieren. A. Rose.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Ueber die Wirkung des Digalens.* Csurgó hat das Digalen bei verschiedenen Klappenfehlern, bei Lungenentzündung, Arteriosklerose, akuten Perikarditiden versucht.

Die Digaltherapie bestand in der Regel darin, dass nach 1—2tägiger Beobachtung unter Bettruhe täglich dreimal 15 Tropfen intern gegeben wurden, ohne Adjuvantien; nur bei Lungenkatarrhen mit reichlicher Sekretion wurde separat Ipekakuanha verabreicht; in einem Falle wurde das Digalen in die Vene injiziert.

Alle Patienten haben das Digalen gern genommen, es wurden keine Klagen gegen seinen Geschmack geäußert. In einem Fall hörten die Magenbeschwerden des Strophantus nehmenden Kranken nach Digalenverabreichung auf. Ein Patient hat die Wirkung des Digalens auf die Tachykardie als grossartig bezeichnet; er fand, dass nach Einnehmen schon in $\frac{1}{4}$ Stunde sowohl die Beklemmung wie das Herzklopfen aufhört und sich guter Schlaf einstellt. Bei einem Arteriosklerotiker verschwand das Schwindelgefühl und trat guter Appetit ein am vierten Tage.

Diesen subjektiven Symptomen entsprach auch immer der objektive Befund, indem schon nach 6—8 Stunden der Puls gewöhnlich kräftiger, am nächsten Tage weniger frequent, rhythmisch, endlich an den folgenden Tagen ziemlich normal wurde; man konnte sogar bei einigen Kranken ein Sinken auf 50—55 per Minute konstatieren.

Die Herztätigkeit ist ebenfalls kräftiger, die Systolen seltener und ausgiebiger. Als Folge steigt die tägliche Urinmenge von 2—3—400 auf 6—7—800, erreicht bald die normale Menge, ja sogar mehr, bis zu 3000—4000.

Bei kroupöser Lungenentzündung hatte Cs. statt Digitaliskur Digalen gegeben. Bisher wurde in 10 Fällen das Digalen (dreimal täglich 15 Tropfen) mit Ipekakuanha gereicht. Bei allen Kranken war der Puls gross, voll,

rhythmisch, Frequenz dem Fieber entsprechend. Bei einem Kranken, der auch Kreosotal gegen seine protrahierte Pneumonie bekam, mussten beide Mittel wegen Magenbeschwerden und Appetitslosigkeit weggelassen werden. Sämtliche Fälle verliefen mit Heilung.

Das Digalen hat sowohl bei verschiedenen Herzleiden wie auch bei Pneumonie den Erwartungen entsprochen. (Med. Klinik.)

— *Ueber einige neuere Schlafmittel.* An der Klinik von Leydens (Berlin) wurden Veronal, Proponal und Bromural geprüft. Bei allen drei Mitteln wurde ein promptes Eintreten der Schlafwirkung konstatiert. Der so erzeugte Schlaf liess keine Abweichung von dem natürlichen erkennen.

Von grösster Wichtigkeit ist es, das Veronal stets in gelöstem Zustande zu verabreichen, da es andernfalls wegen seiner Schwerlöslichkeit leicht kumulativ wirkt. In der Dosierung gehe man nicht über 1,0 g hinaus, weil sonst häufig Nebenwirkungen (Uebelkeit, kalte Extremitäten, unregelmässiger Puls) auftreten.

Proponal ist sowohl in seinem chemischen Aufbau wie auch in seiner therapeutischen Wirksamkeit dem Veronal sehr ähnlich; es wird in kleineren Dosen verwendet.

Recht aussichtlich scheint das Bromural zu sein. Zu 0,6 g (2 Tabletten zu 3,3 g) vor dem Schlafengehen genommen, leitet es schon nach 25—30 Minuten einen erquickenden Schlaf ein. Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Das Mittel wird ausgezeichnet vertragen.

Andererseits darf nicht unerwähnt bleiben, dass bei manchen Patienten die Schlaflosigkeit auf einer geringen Herzschwäche beruht. In diesem Falle pflegen die Hypnotica nur eine geringe Wirkung auszuüben, man erzielte dann meistens mit Digitalis oder Strophantus gute Resultate. (Folia therapeutica, Oktober 1907.)

— *Ueber Novaspirin.* Seifert's (Würzburg) eigene Beobachtungen mit Novaspirin, die er seit vier Monaten an verschiedenen Krankheitsformen angestellt hat, weichen nur wenig von denen Witthauer's und Liebmann's ab. Vor allem muss er feststellen, dass Novaspirin ein ganz ausgezeichnetes Mittel gegen die Influenza darstellt, indem es nicht nur antipyretisch, sondern auch eminent schmerzstillend wirkt, speziell gegen die so ausserordentlich lästigen Muskel- und Kopfschmerzen, unter denen die frisch erkrankten Fälle so sehr zu leiden haben. Aber auch die in einzelnen Fällen von Influenza noch lange Zeit nach Ablauf der akuten Erscheinungen andauernden Kauptschmerzen werden durch Novaspirin sehr günstig beeinflusst. Die schweisstreibende Wirkung ist eine sehr viel geringere als beim Aspirin. Die antineuralgische Wirkung des Novaspirins bewährte sich in drei Fällen von Ischias, bei welchen kein anderes Antineuralgikum etwas geleistet hätte, in ganz vorzüglicher Weise.

Irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen, wie Exantheme, kamen nicht zur Beobachtung. Ein weiteres Feld für die Anwendung des Novaspirins scheinen die juckenden Dermatosen zu sein, doch ist die Zahl der

Beobachtungen Seifert's noch zu gering, um ein endgültiges Urteil über die juckreizmildernde Wirkung des Novaspirins zu geben. Seifert sah in drei Fällen von *Urticaria acuta*, in einem Falle von *Urticaria chronica* und in vier Fällen von *Lichen ruber planus*, in einem Falle von *Pruritus senilis* eine auffällige juckreizmildernde Wirkung, und in einem Falle von *Erythema exudativum multiforme* gingen die Erscheinungen an den Fingern, Händen und im Gesicht auffallend rasch zurück, sodass Novaspirin zu weiteren Versuchen in der Dermatotherapie aufmuntern könnte. (Wiener klinische Rundschau, No. 23, 1907.)

— *Behandlung der Pneumonie mit Kreosotal.* Gonzalez del Valle hat eine grössere Anzahl Fälle von Lobulärpneumonie mit Kreosotal behandelt und schildert davon drei in eingehender Weise, da ihm deren Verlauf wegen der Schwere der ursprünglichen Erkrankung und des raschen Eintritts der Besserung nach Kreosotalgebrauch von besonderer Beweiskraft zu sein scheint. Er gab durchschnittlich 8—10 g pro die und beobachtete regelmässig Uebergang zur Heilung in den ersten acht Tagen des Krankseins.

Kleine Mitteilungen.

— Der I. Kongress der deutschen Röntgen-gesellschaft wird unter dem Vorsitz von H. Gocht-Halle a. S. am 26. April d. J. im Langenbeckehaus in Berlin stattfinden. Allgemeines Thema: Der Wert der Röntgenuntersuchungen für die Frühdiagnose der Lungentuberkulose. (Referenten: Rieder-München und Krause-Jena.) Mit dem Kongress wird eine Röhrenausstellung vorwiegend historischen Charakters verbunden sein. Anmeldungen für Vorträge, Demonstrationen u. s. w. sind an den Schriftführer der Gesellschaft, Herrn Dr. Immelmann, Lützowstrasse 72, Berlin W. 35, zu richten.

— Der I. Internationale Laryngo-Rhinologenkongress, mit welchem eine Türk-Gedenkfeier und eine laryngo-rhinologische Ausstellung verbunden sein wird, wird vom 21.—25. April 1908 in Wien stattfinden. Referate haben übernommen: Sir Felix Semon-London, B. Frankel-Berlin, Burger-Am-

sterdam, Onodi-Budapest, Jurasz-Heidelberg und Gleitsmann-New York, der letztere über die Behandlung der Tuberkulose der oberen Luftwege. Ausserdem sind bereits eine grosse Anzahl von Sondervorträgen angemeldet.

— Die Herausgabe der von Prof. Lassar begründeten *Dermatologischen Zeitschrift* haben mit Unterstützung hervorragender Fachgenossen im In- und Auslande nach dessen Tode die Herren A. Blaschko-Berlin, K. Herxheimer-Frankfurt, E. Hoffmann-Berlin, V. Klingmüller-Kiel, M. Wolters-Rostock übernommen. Die Zeitschrift soll auf eine breitere wissenschaftliche Basis gestellt, der Referatenteil erweitert, Korrespondenzen aus dem Ausland, Sammelreferate über aktuelle Fragen neu hinzugenommen werden. Die Redaktion leitet Prof. Dr. E. Hoffmann, Berlin, N. W. Schiffbauerdamm 29, an den alle Zuschriften u. s. w. zu richten sind.

New Yorker
Medizinische Monatsschrift

Offizielles Organ der
**Deutschen Medizinischen Gesellschaften der Städte New York,
Chicago, Cleveland und San Francisco.**

Redigiert von DR. A. RIPPERGER.

Bd. XIX.

NEW YORK, März, 1908.

No. 12.

Originalarbeiten.

Das psychiatrische Sachverständigen-Gutachten im Strafprozess — Unzulänglichkeiten und Abhilfe.

VON DR. GEORGE W. JACOBY.

Hier zu Lande hat jeder wichtige Kriminalprozess, in welchem es sich für die Verteidigung um angebliche Geisteskrankheit des Angeklagten handelt, eine Diskussion zur Folge, die sich lediglich um psychiatrische Sachverständige und deren Aussage vor Gericht dreht. Hieran beteiligen sich beide Professionen, die des Rechts und die der Medizin. Der Advokat betrachtet die medizinische Aussage als eine unbefriedigende und schreibt diese Unzulänglichkeit der Inexaktheit des medizinischen Wissens zu, oder was noch mehr zu bedauern ist, sucht die Erklärung in Umständen, die eine weit beschämendere Kritik in sich führen; der Mediziner gibt die unbefriedigende Stellung der Experten und der Expertise zu, sucht die Erklärung aber in Defekten der Gesetze oder in der Art ihrer Anwendung, und verurteilt damit die ganze Handhabung des Prozessmaterials. So viel steht fest, dass unsere Richter und unsere Geschworenen dieser Expertenaussage nicht mit jenem Wohlwollen gegenüber stehen, wie es in an-

deren Ländern der Fall ist; uns Psychiatern und Neurologen liegt es daher nahe, da wir es sind, von welchen in diesen Fällen Aufklärung und Erläuterung verlangt werden, zu untersuchen, ob die Schuld ganz und gar oder nur zum Teil von uns selbst getragen werden muss, und zu überlegen, ob dem Zustand, der für uns Alle unerträglich geworden ist, nicht abgeholfen werden kann.

Es ist ein Sprichwort, dass jedes Volk die Regierung hat, die es verdient; bei freien Völkern, wie das unsrige eins ist, kann man mit noch grösserem Rechte sagen: ein jedes Volk hat die Regierung, die es will. Dieses gilt nicht nur von der Regierung im grossen und ganzen, sondern er gilt auch von jedem einzelnen Glied unseres Gemeinwesens, von jeder Einrichtung unseres Rechtslebens, von jedem einzelnen Gesetz, gleichviel, ob dieses von fundamentalem Charakter und einschneidender Tragweite ist, oder unscheinlich in seiner Wirkung und unbedeutend in seinen Folgen.

Wenn wir die Gesetze, die wir haben,

wollen, so müssen wir auch die notwendigen Folgen dieser Gesetze wollen. Denn die Gesetze sind eben da, um unser äusseres Leben zu regeln. Missfallen uns die Erscheinungen, die unter der Herrschaft unserer Gesetze zu Tage treten, so folgt daraus, dass die Gesetze nicht mehr ganz im Einklange mit unserem Willen sich befinden.

Man entschliesst sich oft nicht leicht, Gesetze, mit denen wir gross geworden sind, zu ändern. Die Auffassungen über das, was recht und gut ist, entwickeln sich im Laufe der Zeiten mit den Fortschritten in Daseinsbedingungen, sie verschleichen sich mit den wechselnden Gesellschafts- und Kulturverhältnissen, während die Gesetze selbst nicht oder nicht entsprechend sich geändert haben. So kann es dann geschehen, dass allmählig und unmerklich ein Unterschied zwischen dem Rechtsbegriff und dem Rechte selbst sich herausbildet, eine Gegenüberstellung, die dann in einem gegebenen Augenblick, bei einer besonderen Gelegenheit plötzlich als schneidender Missklang empfunden wird. Dann mag uns ein Gesetz, welches ehemals seine Aufgabe annähernd vollkommen erfüllte, nicht aber mit den Zeiten noch mit uns Schritt gehalten hat, als ein höchst fragwürdiges Gebilde erscheinen.

Andererseits sind nicht immer die unbefriedigenden Erscheinungen, die unter der Herrschaft eines Gesetzes zu Tage treten, wesentlich oder gar ausschliesslich auf Unzulänglichkeiten dieses Gesetzes zurückzuführen. Oftmals liegt die Ursache zur Unzufriedenheit in den Menschen, die das Gesetz anwenden, in uns selbst. Wenn die Menschen selbst billig und gerecht sind, wenn sie die Gesetze mit massvoller Weisheit handhaben, anstatt sich einen Götzen aus dem Buchstaben anzufertigen, dann kann auch schliesslich unter veraltetem Gesetz sich das Dasein erspriesslich gestalten und gedeihen.

Wenn aber, wie es unlängst in einem sensationellen Mordprozess der Fall war, die Anwendung unseres Gesetzes Aus-

wüchse zeitigt, die sich schmerzzerzeugend auf unser aller Bewusstsein drängen, dann wird es zur Pflicht, uns die Gewissensfrage vorzulegen: fallen diese Auswüchse unserem Rechtssystem zur Last, oder tragen wir selbst daran Schuld durch die Art und Weise, wie wir die Gesetze, die wir besitzen, handhaben.

Ist unser geltendes Recht, als solches, die wesentliche Ursache jener Erscheinungen, oder wäre es möglich gewesen, auf eben diesem Boden mit den gleichen uns zu Gebote stehenden Mitteln ein harmonischeres Gebilde zu schaffen, die Ausrufe gegen die medizinische Expertise und damit gegen unsere Gerichtshöfe, gegen die Gesetze, die sie regieren und die Methoden ihrer Anwendung zu vermeiden? Ob oder nicht dieses in dem hier angedeuteten gegebenen Falle hätte geschehen können, halte ich mich nicht für kompetent zu entscheiden, aber so viel steht fest, dass unsere Methoden der gerichtlichen Prozessführung in derartigen Fällen ernsthafter Prüfung bedürfen, um zu ermitteln, ob dieses Rechtssystem in der Tat heute noch dem entspricht, was wir als Bürger zu wollen berechtigt und verpflichtet sind. Ich persönlich bin der Meinung, und hierin stehe ich durchaus nicht vereinzelt, dass wir heute nicht mehr von diesen Gesetzen dasjenige bekommen, was wir haben sollten und was wir wollen!

Der jetzige Vortrag soll daher als ein Scherflein dienen, um in groben Umrissen darzulegen, worin, nach meiner Auffassung, die Fehler zu suchen sind, und in der Hoffnung, dass so viele Stimmen sich der meinen anschliessen werden, dass schliesslich eine zufriedenstellende Aenderung durch den Druck öffentlicher Meinung bezweckt werden wird. Der Kernpunkt, worin meiner Meinung nach eine Aenderung einzutreten hätte, ist das *Sachverständigengutachten vor Gericht*.

Das Ziel jedes Strafverfahrens geht auf die Beantwortung der Frage, ob der Angeklagte schuldig ist. Besteht irgend

ein vernünftiger Zweifel an der Schuld, so lautet der Spruch auf nichtschuldig. Durch diesen Spruch der Nichtschuld soll nicht ohne weiteres gesagt werden, dass der Angeklagte in Wahrheit nicht schuldig ist, sondern unter Umständen nur soviel, dass er der Schuld nicht überführt ist. Für das praktische Leben und besonders für das Recht ist er dann dem Unschuldigen gleich zu achten. Dies verlangt die Gerechtigkeit und vor allem die Billigkeit und die Menschlichkeit; aber wir sehen, dass es mit dem Wesen des Strafprozesses, auch bei seiner idealsten Auffassung, praktisch sehr wohl vereinbar ist, dass jemand, der wirklich schuldig ist, wegen mangelnder Beweise freigesprochen wird. Insofern ist also die Aufgabe des Strafprozesses keineswegs schlechthin die Feststellung der Wahrheit. Umgekehrt soll der Spruch auf Schuldig nur dann ergehen, wenn der Angeklagte in Wahrheit schuldig ist. Irren ist menschlich, aber mit aller Macht sollte angestrebt werden, dass ein Schuldspruch nur den wahrhaft Schuldigen treffe. Insofern also deckt sich die Aufgabe des Strafprozesses schlechthin mit der Aufgabe, die Wahrheit zu ermitteln. Da man aber im Voraus nicht wissen kann, ob ein Prozess mit schuldig oder nichtschuldig endigen wird, so muss in jedem einzelnen Fall von Anfang bis zu Ende als oberstes herrschen das Gebot: Erforschung der Wahrheit!

Die Wahrheit zu finden, ist Sache der Geschworenen; den Weg ihnen zu weisen, ist Sache des Gerichts. Aus dem Widerstreit der Anklage und der Verteidigung soll die Wahrheit entwickelt werden; die Mittel der Erforschung der Wahrheit sind die Beweismittel: Augenschein, Zeugen und Sachverständige. Zeugen und Sachverständige sollen in gleicher Weise der Ermittlung der Wahrheit dienen, jene durch wahrhafte Aussage über das, was sie gesehen, gehört oder sonst wahrgenommen haben, diese durch ihr nach bestem Wissen und Kennen abzugebendes Urteil; beide, gleichviel sie auch nach Genauigkeit und

Wahrheit streben mögen, sind dem Irrtum unterworfen, beide unterliegen allen Einflüssen menschlicher Schwächen, und die Anforderungen, die jeder Mensch an sich selbst stellt, die Kritik der eigenen Pflicht sind derartig verschieden, dass es hierfür überhaupt keinen allgemeinen Massstab geben kann. Es wäre ja ein ausserordentlicher Vorteil, könnte man die Zeugen nach einem gewissen Mass, d. h. nach Fähigkeit oder nach Wahrheitsliebe auswählen, aber dieses kann gewöhnlich nicht geschehen, und wir müssen sie eben nehmen, wie wir sie finden. Anders steht es aber mit den Sachverständigen — diese kann man wählen; in der Tat findet auch schon heute eine Auswahl der Sachverständigen statt — aber in ganz anderer Art, als ich es geschehen sehen möchte. Während es schon in gewissem Sinne schief ist, von Zeugen für die Anklage und von Zeugen für die Verteidigung zu reden, da ja alle Zeugen ohne Unterschied Zeugen der Wahrheit, wie immer sie auch beschaffen sei, sind und daher unbeeinflusst sein sollten, ob ihre Aussage einen Einfluss nach der einen Richtung oder nach der anderen auszuüben vermag, so ist es mir immer als ein Ünding erschienen, von Sachverständigen für die Anklage und von Sachverständigen für die Verteidigung zu sprechen.

Der Sachverständige ist gewissermassen Gehilfe des Gerichts oder der Geschworenen. Gewiss, der Zeuge ist es auch oder soll es sein; aber der Sachverständige ist es in besonderem Sinne.

Wo es sich um die Beurteilung von Dingen handelt, wofür die Fähigkeiten der Urteilsfinder nicht ausreichen, weil ihnen die dazu nötigen Spezialkenntnisse fehlen, bedarf es der Sachverständigen; für die Beurteilung aller anderen Dingen hingegen werden die Geschworenen ohne fremde Hilfe sich zurechtfinden und ohne Hilfe des Sachverständigen ihre Aufgabe lösen können.

Der Sachverständige, dessen Tätigkeit ebenfalls in einem Urteil gipfelt, soll also so nahe als möglich an das Amt eines

Geschworenen heranreichen und soweit als möglich von der Anklage oder Verteidigung sich entfernen.

Wenn wir nun, wie gesagt, den Sachverständigen auswählen können, im Gegensatz zu den allgemeinen Zeugen, die man eben nehmen muss, wie sie gerade sind, mit allen ihren Gebrechen des Geistes und Charakters, so muss man dies umso mehr tun, als es das Urteil des Sachverständigen ist, das für den Spruch der Geschworenen zuweilen den Ausschlag gibt, oft aber wenigstens eine materielle Grundlage bildet.

Ganz besonders trifft dieses zu, wenn in einem Strafverfahren es sich um die angebliche Geistesstörung des Angeklagten handelt; hier handelt es sich weit mehr als anderswo um eine Ansicht, um ein Dafürhalten, dessen Wert doch zum grössten Teil abhängig sein muss von den Eigenschaften des Begutachters.

Es ist wahr, auch schon heute findet eine Auswahl der Sachverständigen statt, und zwar derart, dass die Anklage und die Verteidigung eine direkte Wett-eiferung eingehen, um die ihnen passendsten Irrenärzte zu nehmen und ihre Gutachten für sich zu sichern. Selbstverständlich gegen Honorare, die oft nicht klein sind. Gegen diese Honorarzah- lung an sich lässt sich nichts einwenden, denn es gebührt dem Arzte sicher- lich eine materielle Entschädigung für seine Zeit, seine Mühe und sein Wissen. Jedoch ist es naheliegend, dass die Un- parteilichkeit des Gutachtens durchaus nicht beeinträchtigt würde, wenn die Honorarzah- lung seitens der Parteien, wegfiel.

Mithin hätten wir Sachverständige für die Anklage einerseits und Sachver- ständige für die Verteidigung anderer- seits. Dieses Recht, beliebig viele Sach- verständige anzunehmen und zu honorie- ren, soll meines Erachtens, allerdings mit gewissen Vorbehalt, auch künftig unbe- nommen bleiben. Jedoch kann ich hier- mit allein mich nicht für befriedigt er- klären. Denn es geschieht hier des

Guten einerseits zu viel, andererseits zu wenig.

Weniger Sachverständige würden es in vielen Fällen auch tun. Die Urteils- finder werden durch die Masse des Ge- botenen, durch die Ueberfülle derer, die ihnen den Weg „zur Erkenntnis der Wahrheit“ weisen, erdrückt, und aus Verzweifelung verwerfen sie die ganze Expertise und verlassen sich auf ihre eigene Art, die Menschen und Dinge zu beurteilen.

Andererseits, sage ich, bietet der be- stehende Zustand des Guten zu wenig. Die Auswahl ist mir für die Zwecke des Strafverfahrens, die Ermittlung der Wahrheit, in gewisser Hinsicht nicht streng genug. Der Wettbewerb der Par- teien um die Sicherung der Sachverständigen verbürgt allerdings das, dass die „berühmtesten“ Spezialisten in dem Pro- zess als personae dramatis auf der Szene erscheinen; aber er verbürgt keineswegs, dass auch die tüchtigsten zu dieser Aus- zeichnung gelangen; und wenn ich hier von Tüchtigkeit spreche, so beziehe ich mich nicht nur auf wissenschaftliche Ausbildung, sondern auch auf jene Cha- rakterstärke, die es dem Besitzer ermög- licht, furchtlos und durch irgend welche Lockungen des Ehrgeizes unbeirrt seinen geraden Weg zu verfolgen.

Man täusche sich darüber nicht, be- sonders in der Grossstadt hängt die Be- rühmtheit eines Spezialisten nur zu oft mit zufälligen, vom inneren Wert unabh- ängigen Aeusserlichkeiten zusammen, und beruht auf Verhältnissen der soge- nannten Gesellschaft, die ihrerseits über- wiegend auf einem Geldboden aufgebaut ist.

Was soll nun unter solchen Verhält- nissen erwartet werden, wenn der Ange- klagte arm ist? Werden sich dann auch für ihn die Berühmtheiten finden? Und doch sollten auf dem Gebiete der Justiz die Chancen der Parteien nicht vom Geld abhängen, und gewiss unter allen Um- ständen auf dem Gebiete der Strafjustiz die Chancen der Verteidigung durch die

Armut des Angeklagten nicht beeinträchtigt sein.

Diese Ursache allein sollte zur Genüge erklären, weshalb die höchsten medizinischen Autoritäten ein Aufgeben der jetzigen freiwilligen Experten verlangen. Wir sollten als ständige Einrichtung Gerichtsärzte haben. Ich denke sie mir etwa folgendermassen — indem ich vorausschicke, dass sich das Institut der Gerichtsärzte, das ich hier für psychopathologische Zwecke bespreche, ebenso auch für alle anderen Zweige der gerichtlichen Medizin entsprechend ausgestalten lässt.

Es sind öffentliche Beamte, nicht etwa Stadt- oder Bezirks- sondern Staatsbeamte, sodass sie möglichst unabhängig von lokalen Einflüssen seien.

Für die Ernennung zum Gerichtsarzt ist ausschlaggebend lediglich die Tüchtigkeit für den besonderen Beruf. Unter keinen Umständen dürfen politische Rücksichten irgend welcher Art mitspielen. Durch Gesetz mag diese Ausschaltung politischer Momente als unerlässlich aufgestellt werden. Das Wichtigste aber ist, dass man es dann auch ehrlich ausführe. Wir müssen uns eben dazu aufschwingen, einzusehen, dass es gewisse Dinge gibt, die so hoch stehen, dass sie von der „Politik“ unerreichbar sein sollten, und hierzu in erster Linie würde gehören die Auswahl der Aerzte, die so häufig berufen werden, durch ihr Gutachten einen schwerwiegenden Einfluss auf die Ehre und das Leben ihrer Mitbürger auszuüben.

Diese Auswahl soll nicht etwa aus den Reihen der Aerzte schlechtweg erfolgen, sondern sollen gewisse besondere Eigenschaften gesetzlich gefordert werden. Erstens sollte eine gewisse Altersgrenze, vor welcher die notwendige Lebens- und Berufserfahrung kaum denkbar ist, erforderlich sein; dann sollte auch eine Spezialvor- und Ausbildung verlangt werden. Diese Ausbildung zum Berufe des Gerichtsarztes muss auf der Universität mit dem Studium der gerichtlichen Medizin, insbesondere auch der gerichtlichen Psychopathologie anfangen;

hierauf sollten klinische psychiatrische Arbeiten an einer psychiatrischen Universitätsklinik oder Staatsirrenanstalt folgen, und schliesslich als Beweis der angeeigneten Fähigkeiten eine Spezialprüfung vor der Staatsbehörde abgelegt werden. Die Erteilung eines Spezialtitels, d. h. die Ernennung zum „Gerichtsarzt“ durch diese Staatsbehörde, würde unsere Colleges dazu zwingen, den notwendigen Unterricht in ihren Studienplan einzuführen.

Diese Bestellung als Gerichtsarzt würde dann nach Bestehen des gerichtsarztlichen Examins vom Staate gemacht werden, und zwar auf Lebenszeit. Der Gerichtsarzt ist auf Auffordern verpflichtet, schriftlich und in der Verhandlung vor den Geschworenen mündlich ein Gutachten zu erstatten, jedoch nur auf Anforderung des Gerichts. Für die Abfassung des Gutachtens darf der Sachverständige von Niemandem Instruktionen annehmen und Niemand darf ihm solche geben; er ist nur seinem Gewissen verantwortlich. Nicht gehindert ist er, auch auf privates Ansuchen tätig zu sein, aber für gerichtliche Zwecke soll er Gutachten nur im Auftrage des Gerichts abgeben. Der Gerichtsarzt soll also ebenso wenig ein Organ sein, dessen sich die Verteidigung nach Belieben bedienen kann, wie eine Kreatur des Staatsanwaltes. Dies ist der einzige Weg, seine absolute Unparteilichkeit und das ihm gebührende Ansehen zu wahren. Für jede Tätigkeit, die der Gerichtsarzt auf gerichtliche Aufforderung leistet, erhält er bestimmte Gebühren, die nach der Schwierigkeit des einzelnen Falles oder des Zeitaufwandes berechnet werden sollen. Ausserdem steht es ihm frei, ein Lehramt zu bekleiden und die ärztliche Praxis gleich jedem anderen Arzte auszuüben.

Auf diese oder ähnliche Weise werden wir einen Stamm von Nerven- und psychiatrischen Experten heranziehen, die es im strengsten Sinne des Wortes wirklich sind.

Die Regulierung und Ueberwachung

dieses Institutes der Gerichtsärzte würde meiner Ansicht nach in erster Linie dem Staate zukommen. Was immer die Oberaufsicht sein möge, so sollte der überwachenden Behörde vom Gesetz genügend Macht verliehen werden, um ihrer Tätigkeit eine lebenskräftige zu machen.

So viel über die Gerichtsärzte als solche. Aus ihrer Zahl also soll das Gericht die Sachverständigen auf Antrag oder aus eigenem Antriebe in einzelnen Falle wählen und anstellen; nicht ausgeschlossen ist selbstverständlich, dass aus besonderen Gründen das Gericht irgendwelche andere Aerzte als Sachverständige ernenne. Erfahrene und fähige Richter sind in jedem Einzelfall kompetent, zu beurteilen, ob das Gericht zur eigenen Auskunft oder zur Aufklärung der Geschworenen der Aussage von Experten bedarf, und ebenfalls zu bestimmen, wer für diese Expertise aufgefordert werden soll.

Dem Sachverständigen sollte das Material, das irgendwie für ein sachgemässes Gutachten auch nur entfernt von Wert sein kann, vollständig vorgelegt werden. Nur aus der Gesamtheit des Falles kann er sich ein Urteil bilden. Gerade in Fragen über den Geisteszustand eines Menschen können Umstände, die einem Nichtmediziner geringfügig scheinen, von grösster Bedeutung sein. Besonders bedauernswert wäre ein sich Wehren seitens des Staatsanwaltes gegen die Produzierung von Beweismaterial, z. B. Erzählungen, die der Angeklagte Dritten gegenüber gemacht hat, auch da, wo er das Recht sich zu wehren hat, einfach weil er vermutet oder fürchtet, dass dieser Beweis der Anklage schaden könnte. Es ist ja wahr, dass Anklage und Verteidigung sich gegenüber stehen, und dass eine jede Partei mit aller Kraft ihr eigenes Ziel verfolgen soll und darf; aber allzu einseitig darf das jedenfalls von Seite der Anklagebehörde nicht geschehen. Denn das Ziel der Anklage soll nicht die Verurteilung, son-

dern das Erforschen der Wahrheit, die Klärung der Schuldfrage sein.

Ich bin daher der Meinung, dass es Pflicht des öffentlichen Anklägers sein sollte, alle und einzelne Umstände, die für die Frage des Geisteszustandes eines Menschen irgend wie in Betracht kommen können, ohne Rücksicht darauf, ob sie der Anklage oder der Verteidigung zu dienen scheinen, ans Licht bringen zu lassen oder selbst ans Licht zu ziehen. Und weiter, es soll dem Gericht gestattet sein, wenn aus einem oder dem anderen Grunde die Parteien nach dieser Richtung hin versagen, selbst darauf hinzuwirken, dass diejenigen Umstände, die anscheinend unterdrückt worden sind, ans Tageslicht befördert werden.

Für die Beurteilung des Geisteszustandes eines Menschen können alle seine Handlungen und Unterlassungen, sein Benehmen, seine Lebensweise, was er gesagt und was er nicht gesagt hat, von Belang sein. Der Mensch ist eine Einheit. Unsere Beurteilung des einzelnen Menschen wird abhängen von seiner Entwicklung bis zum Augenblicke der Tat, die zur Aburteilung steht, sein Ich während der Tat und unmittelbar nach der Tat, und auch von seinem Leben im späteren Verlauf und von seinem Benehmen während der Untersuchung. Denn dies alles gehört zu ihm; alles dient zur Erkenntnis seines Wesens. Die Tat ist ein Erzeugnis seines Ichs. Nach der Tat verliert dieses Ich seine Einheit nicht. Der Mensch nach der Tat ist kein anderer als der Mensch vor der Tat. Der Tat eine solche Bedeutung beizulegen, dass man etwa sagen wollte: Alles was vor, während und unmittelbar nach der Tat von ihm gesagt, getan worden ist, u. s. w. soll zum Beweise zugelassen werden, alles aber was nachher geschah ist nach Möglichkeit auszuschalten — wäre eine willkürliche, eine unwissenschaftliche und eine unmedizinische Auffassung.

Die medizinische Wissenschaft kann in einem Gerichtssaal keine andere sein,

als sie es im Krankenzimmer ist, und daher muss das Gesetz sich den Lehren der Wissenschaft anpassen. Wenn nun der Angeklagte sich im Gefängnis mit den Aerzten mehrfach unterhalten hat, so können alle diese Unterhaltungen von Belang sein, und es wäre nicht richtig z. B., die drei ersten Unterhaltungen zur Evidenz zuzulassen und die folgenden nicht; man wird nun einwenden: der Angeklagte, der ja weiss, um was es sich handelt, verstellt sich, simuliert, lügt, u. s. w., um den Beobachter zu seinen Gunsten zu beeinflussen und irrezuführen. Das mag alles so sein, aber alles ohne Ausnahme, auch die Tatsache der Simulation, wenn sie wirklich existiert, dient eben nur zur Erforschung des Wesens, des Geisteszustandes des Angeklagten.

Wissenschaftlich ist kein Grund vorhanden, warum nicht uneingeschränkt das gesamte Leben des Angeklagten nach der Tat zur Evidenz zugelassen werden sollte. Wie der Arzt dieses zu tun hat, um sich ein sachgemässes Urteil zu bilden, so sollte es dem Geschworenen erlaubt sein, zu tun, um zu einem relevanten Wahrspruch zu gelangen. Je vollständiger das Bild vom Angeklagten ist, das den Aerzten vorgelegt werden kann, desto besser ist es für die Erfüllung der Aufgabe, und die Gerichtsverhandlungen sollten also derart sein, dass dieses Ziel so weit als möglich verwirklicht wird. Der Grundsatz des Parteibetriebes, des Parteiprozesses steht nicht so hoch, dass nicht im Interesse der Wahrheit dem Gericht selbst die Befugnis eingeräumt werden könnte, selbst einzugreifen.

Wenn nun der Sachverständige eine möglichst genaue Kenntnis des ganzen Prozessmaterials haben sollte, um sein Gutachten möglichst sachgemäss abgeben zu können, so sollte er auch dieses Gutachten als ein Ganzes abgeben dürfen. Das Gutachten ist eine wissenschaftliche Leistung, ein Urteil beruhend auf so und so vielen Schlüssen und so und so vielen Umständen und Einzelheiten aller Art. Die grössten wissenschaftlichen Anforderungen

dürfen an den Gutachter gestellt werden, aber es dürfen ihm auch keine Hindernisse bei dem Hervorbringen seiner Arbeit in den Weg gelegt werden. Vor allem verlange ich, dass ihm gestattet wird, sein Gutachten ruhig und in Zusammenhang vorzutragen. Jeder Gelehrte oder Künstler oder Techniker, auf welchem Gebiet es auch sei, würde, wenn man über irgend eine verwickelte oder schwierige Sache seine Ansicht hören wollte, es als selbstverständlich betrachten, dass ihm erlaubt sei, seine Meinung nach seiner Art darzulegen, so wie er es am besten seinen Zuhörern klar machen kann, und dass man ihm ununterbrochen Gehör schenke, oder wenn man ihm diese Rücksicht nicht erweisen wollte, würde er die ihm zugedachte Ehre höflichst ablehnen. Denn dieses schuldet er der Eigenart und Gründlichkeit der Wissenschaft. Warum soll denn der Psychiater nach dieser Hinsicht in einem Gerichtssaal anders behandelt werden, als jeder andere Gutachter ausserhalb des Gerichtssaales; und dass er so behandelt wird, kann keiner wiederlegen.

Oefters werden von ihm wahre Seiltänzerkunststücke verlangt. Keine drei Worte lässt man ihn sprechen, ohne dass er von irgend einer Seite unterbrochen wird, und die Fragen werden ihm alle stückweise vorgelegt. Auf diese Weise kann doch nichts vernünftiges herauskommen. Wäre es nicht eine besondere Bürgerpflicht, in einem Strafprozess mit Gutachten zu dienen, würde sich wohl kein ernsthafter Psychiater finden, der bereit wäre, ein solches „Hindernissenrennen“ mitzumachen. Und was kommt schliesslich im praktischen Erfolge dabei heraus? Der Sachverständige sagt schliesslich alles, was er sagen will oder sagen darf, bloß stückweise, mit unendlichen Unterbrechungen und Abschweifungen, und öfters unter persönlichen Erörterungen unliebsamster Art. Gewonnen ist also lediglich das, dass er seine Sachen nicht auf die richtige Weise vortragen kann, und dass die Geschworenen die grösste Mühe haben, aus diesem

„alten Eisen“ sich etwas brauchbares zusammenschmieden. Auf diese Art kann man die einfachste Sache auf unverantwortliche Weise komplizieren. Anstatt der Wahrheit zu dienen, streuen wir uns und anderen Sand in den Augen. Ich kann keinen Grund finden, weshalb der Sachverständige, nachdem er beeidigt worden ist und seine Personalien abgegeben hat, nicht aufgefordert werden soll, seine Meinung über den Fall im Zusammenhange darzulegen. Er hat doch der ganzen Verhandlung vor den Geschworenen beigewohnt, weiss also ganz genau, um was es sich handelt; er kann auch deshalb von selbst, ohne äussere Hilfe das richtigste Bild entwerfen. Sind besondere Punkte vorhanden, deren Verständnis man von einem Nicht-Juristen nicht verlangen kann, so steht nichts im Wege, ihn hierüber mit ein paar Worten aufzuklären. Wir wollen die Wahrheit, wir fragen ihn offen und ehrlich, wir setzen ihm offen und ehrlich die besonderen juristischen Schwierigkeiten auseinander, und so kann er und wird er ebenso offen und ehrlich antworten.

Nachdem der Sachverständige seinen Vortrag im Zusammenhang beendet hat, wird es wohl für die Verteidigung, für die Anklage und vielleicht auch für Gericht und Geschworene, von ihrem Standpunkte aus, noch irgend etwas geben, was der Ergänzung, der Erklärung oder Richtigstellung bedarf. Nun soll jeder die Fragen stellen, die er beantwortet haben möchte. Was für Gericht und Geschworene selbstverständlich ist, gilt auch hier für die Anklage und für die Verteidigung — dass man die Fragen einfach und ehrlich, lediglich zum Zwecke der besseren Erforschung der Wahrheit stelle und auf Hintergedanken und Nebenzwecke, technische Spitzfindigkeiten, um den Sachverständigen irrezuführen, verzichte. Man soll den Sachverständigen nicht dazu benutzen wollen, um aus schwarz weiss, aus der schlechtesten Seite die bessere und umgekehrt zu machen. Fragen über Geisteskrankheiten, besonders wenn es

sich um Grenzgebetszustände handelt, sind an sich schon schwierig genug; es ist durchaus unnötig, dass sie noch weiter künstlich verwirrt und verdunkelt werden.

Insbesondere glaube ich, dass die hypothetische Form der Fragen im allgemeinen unnötig ist. Aus einem richtigen Gutachten geht klar hervor, auf welche behauptete Tatsachen oder Umstände es aufgebaut ist. Die Feststellung der Tatsachen oder Umstände ist Sache der Geschworenen und ist eine Folgerung ihres Wahrspruches. Das Sachverständigengutachten geht dem Wahrspruch, der Feststellung der Tatsachen voraus. Insofern ist das Gutachten selbstverständlich nur hypothetisch. Wo ein Missverständnis möglich wäre, mag der hypothetische Charakter auch in der Sprachform des Gutachtens zum Ausdruck kommen; aber das ganze Gutachten direkt an eine hypothetische Frage zu knüpfen, trägt durchaus nicht zur Klärung bei. Keineswegs sollte die Frage eine monströse Form einnehmen.

Nun komme ich auf einen weiteren Punkt des Gutachtens. Es soll nicht blos im Zusammenhang gegeben werden, sondern auch in gemeinverständlicher Sprache. Technische Ausdrücke, wie sie im professionellen Verkehr unter Aerzten gebräuchlich, aber für einen Nichtmediziner unverständlich sind, soll der Psychiater im Gerichtssaal vermeiden. Er soll, was er zu sagen hat, soweit als möglich in einfache Sprache kleiden, und wo dies nicht möglich ist, soll er die Ausdrücke unaufgefordert erklären.

Je höher der Psychiater im Fach und Allgemeinbildung steht, um so leichter wird es ihm sein, in einfacher Sprache seine Gedanken zu entwickeln, sodass ein jeder mit einem gewissen Mass von Kenntnissen und Intelligenz ihm folgen und ihn verstehen kann. Einen ganz eigentümlichen Eindruck macht es gewiss, wenn ohne Grund schwierige griechische Ausdrücke benutzt werden, worüber sich dann Fragen und Antworten entspinnen, wie in einer Schulstube.

Eben wieder ein neues Mittel zur Ablenkung, zur Verwirrung! Scheinbar eins zur Aufklärung.

Zu einem richtigen Gutachten gehört ferner, dass sich der Sachverständige auf solche psychopathologische Ausführungen, wie sie sie der in Verhandlung stehende Fall erfordert, beschränkt, und hierbei das wesentliche scharf hervortreten lässt. Jedoch wie oft erleben wir, dass ein Sachverständiger beinahe das ganze Gebiet der Geisteskranken durchnimmt und alle möglichen und unmöglichen bezüglichen Krankheiten als Belege heranzieht. Das darf nicht sein. Und eben dies wird vermieden, wenn gemäss der oben gestellten Forderungen der psychiatrische Sachverständige wirklich als Mann der Wissenschaft behandelt wird und ihm erlaubt sei, seine Aufgabe zusammenhängend und ohne Unterbrechung zu lösen. Dann kann er und wird er von selbst sich an die Sache halten und sich bemühen, die Geschworenen in einfacher, ungekünstelter Weise zu belehren, anstatt sie durch sophistisches Feuerwerk zu blenden.

Das Ideale im Sachverständigen-Gutachten wäre noch annäherender erreicht, wenn man den Experten in einem möglichst frühem Stadium des Prozesses einen möglichst genauen Einblick in die Gesamtheit und Einzelheiten des Falles gewährt; d. h. dass er nicht erst in der Hauptverhandlung oder kurz vorher herangezogen wird. Die Verhandlung vor den Geschworenen ist gewiss die Hauptsache, aber kein Advokat, ob für die Anklage oder für die Verteidigung, und kein Gericht würde damit zufrieden sein, erst bei Beginn der Verhandlung vor den Geschworenen sich mit dem Fall zu befassen. Je früher der Sachverständige an einen Fall herantritt, umso tiefer wird sein Verständnis dafür sein, und je eher wird er seiner Aufgabe wirklich gewachsen. Deshalb sollte in jedem Fall, wo es sich um vermutete Geisteskrankheit handelt, der Experte von Anfang an in Tätigkeit treten. Die Zeit, die er dem Vorstudium der Akten

widmet, die Mühe, die er sich in der Zelle des Angeklagten unterzieht, werden von so grossem Nutzen sein, dass wenn er so ausgerüstet der Hauptverhandlung beiwohnt, er in kurzem Vortrag das höchste leisten wird, was man überhaupt von einem ärztlichen Sachverständigen erwarten kann. In allen Fällen, wo Geisteskrankheit des Angeklagten nicht nur zur Zeit des Vorfalles selbst, sondern gerade auch zur Zeit der Begehung der Tat in Frage kommt, wäre es von grosser Bedeutung, ihn nicht nur zur Untersuchung einer Kommission zu unterweisen, sondern ihn im Interesse der persönlichen Freiheit und der Beschleunigung des Verfahrens, auf beschränkte Zeit zur Beobachtung in ein Irrenhaus einzuweisen. In glatten Fällen ist das nicht nötig, in zweifelhaften aber von unschätzbarem Wert. Denn das wissenschaftlich ausgerüstete und ärztlich geleitete Irrenhaus ist der einzig richtige Platz für eine derartige Beobachtung. Dass hierfür nur eine Staatsanstalt in Frage kommt, geht aus der Natur des Verfahrens hervor. Die Dauer der Internierung wäre vom Gericht zu bestimmen, jedoch sollte vom Gesetz ein Höchstmass bestimmt werden, über welches der Richter nicht hinaus gehen dürfte. Meiner Meinung nach sollten etwa sechs Wochen auch für die schwierigsten Fälle genügen. Ja es ist für mich sogar eine Frage, ob diese Ueberweisung nicht auch schon vor dem Spruch der Grossgeschworenen (Indictment by the Grand Jury), also ehe die förmliche Anklage erfolgt ist, zulässig sein sollte.

Die Ergebnisse der Beobachtung würden zuweilen derartig sein, dass die „Grand Jury“ von einem „Indictment“ Abstand nehmen würde. Dann könnte dem Patienten die geistige Folter der Verhandlung vor den Geschworenen erspart, seine Behandlung frühzeitiger begonnen, seine bürgerliche Existenz eher geschont, seine Familie vor unsäglichem Leid bewahrt und, „last but not least“, auch die Masse der sensationslüsternen

Glieder der Gesellschaft um ein Opfer ihrer unedlen Neugier betrogen werden.

Ich habe schon gesagt, was mir eigentlich als selbstverständliche Wahrheit erscheint, dass eine Ueberfülle von Sachverständigen der Sache schädlich sei. Von dem Augenblicke an, in dem das Volk zu den Sachverständigen und zu der Art ihrer Tätigkeit in Strafverfahren wirkliches Vertrauen gefasst hat und sich gewohnt haben wird, in den Sachverständigen einen Führer zur Wahrheit zu sehen, dann wird auch das Bestreben der Parteien, möglichst viele Sachverständige zuzuziehen, von selbst aufhören. Man wird mehr Gewicht auf die Eigenschaften der Sachverständigen als auf die Zahl derselben legen.

Das Gesetz gibt heute schon dem Gerichte die Möglichkeit, überflüssige Beweismittel zurückzuweisen. Wenn das Expertenwesen so, wie ich es dargestellt habe, eingeführt und gehandhabt werden wird, wird der Richter noch weniger als heute zu fürchten haben, dass wegen einer Zurückweisung überflüssiger Sachverständiger das Verfahren erfolgreich angefochten werden könnte. Und was ich hier über Zurückweisung überflüssiger Sachverständiger gesagt habe, gilt auch für die Zurückweisung überflüssiger Fragen an die Sachverständigen. Wenn der Sachverständige sein Gutachten zusammenhängend und erschöpfend gegeben und es durch Antworten auf die Fragen der Parteien, des Richters und der Geschworenen ergänzt hat, kann er mit klarem Gewissen ablehnen, sich auf eine Beantwortung weiterer Fragen einzulassen; der Richter wird ihn sicherlich hierin unterstützen, damit die Verhandlung nicht in eine Farce ausarte. Aber wie gesagt, ich bin der festen Ueberzeugung, dass es keiner Partei, die etwas auf sich hält, mehr einfallen wird, ein Gutachten, welches allen Umständen des Falles gerecht geworden ist, durch unnötige Fragereien entstellen zu wollen. Fern sei es mir, das Fragerecht und die Fragepflicht der Parteien unziemlich einschränken zu

wollen; ich wünsche nur, dass der Missbrauch entschieden bekämpft werde, bekämpft nicht nur vom Gericht, in jedem gegebenen Falle, sondern auch grundsätzlich durch die Meinung des Volkes. Es geht vor allem auch aus dem Gesetz klar hervor, dass die Zurückweisung von wirklich unwesentlichen Fragen keineswegs als Anfechtungsgrund des Verfahrens in Betracht kommt. In dieser Hinsicht bedarf es der Aenderung des bestehenden Rechtes in keiner Weise. Es handelt sich nur um die Handhabung des Rechtes.

Dagegen würde ich auf folgende Neuerung Wert legen. In jedem Stadium des Strafverfahrens soll das Gericht, auf Antrag oder aus eigenem Antrieb, einen oder mehrere Sachverständige ernennen dürfen. In diesem Falle wird die Anklagebehörde, wenn sie ihre Aufgabe eben in der Erforschung der Wahrheit erblickt, verhältnismässig selten sich veranlasst sehen, auch ihrerseits Sachverständige zu berufen. Auch die Verteidigung wird sich in den meisten Fällen im Vertrauen auf die Person, die Tüchtigkeit und die Zuverlässigkeit der Sachverständigen, mit dem vom Gericht aufgestellten einverstanden sein, da sie ihre Interessen auf diese Weise voll gewahrt sieht. Ich verhehle mir nicht, dass dieser Vorschlag anfangs auf starken Widerspruch stossen wird. Dieser Widerspruch ist schon durch einen Richter vom Staate New York in folgenden Worten zum Ausdruck gekommen. „Dieser Plan der offiziellen Zeugen steht allen Auffassungen amerikanischer und englischer Jurisprudenz schroff gegenüber. Es wäre eine Abzweigung nach einer anderen Richtung, die dem Geiste unserer freien Institutionen vollständig fremd ist. Es mag sich hier um eine Verbesserung handeln, aber es handelt sich auch um eine radikale Aenderung und dieses sollte in Betracht gezogen werden, ehe wir uns über die Lösung des Problems einigen können“.

Aber der Vorschlag soll eben dazu

diene, die Sachverständigen in jeder Hinsicht über die Parteien zu heben. Er hängt innig zusammen mit der hohen Auffassung, die wir alle von den Pflichten des Sachverständigen haben und die wir ins praktische Leben eingeführt und verwirklicht sehen möchten, selbst auch dann, wenn „die Auffassungen amerikanischer und englischer Jurisprudenz“ sich dem Fortschritte der Zeit anpassen müssen.

Sobald die Sachverständigen an sich selbst so hohe Anforderungen stellen, und das Volk sich gewöhnt hat in Sachverständigen wirklich den wissenschaftlichen Experten anstatt des medizinischen Anwaltes für Anklage oder Verteidigung zu sehen, wird jener Vorschlag den Anschein des Bedenklichen verlieren, und dann wird, hoffe ich, die Aufstellung der Experten durch das Gericht die Regel werden. Ein nicht gering anzuschlagender Vorteil würde sich hierbei ausserdem ohne weiteres ergeben: auch in einem Verfahren gegen wenig bemittelte oder die allerärmsten Menschen würden die tüchtigsten Sachverständigen mitwirken.

Noch möchte ich eine Abänderung unseres bestehenden Strafrechtes befürworten, weil dieses, wie es jetzt besteht auf unser Sachverständigenwesen in schädlicher Weise rückwirkt. Ich meine eine Aenderung des überkommenen, heute noch bei uns bestehenden alten englischen Rechtes, die einzelne Staaten der Union, insbesondere einzelne New England Staaten längst vollzogen haben. Ich denke hier an das „right and wrong test“ der Geisteskrankheit.

Wie bekannt, verlangt unser Strafrecht zur Unzurechnungsfähigkeit des Angeklagten eine derartige krankhafte Störung der Vernunft, dass der Angeklagte infolge der Störung zur Zeit der Begehung der Tat die Natur und Eigenschaft der Tat nicht kannte oder nicht wusste, dass die Tat Unrecht war. Hiernach reichen alle anderen Zustände geistiger Störung zur Unzurechnungsfähigkeit nicht hin. Dies ist aber ein-

seitig und wird den Erfordernissen der Wissenschaft, den Erfordernissen der Medizin in keiner Weise gerecht. Man wird kaum ein Lehrbuch der Geisteskrankheiten finden, in welchem nicht als eine feststehende und klare Tatsache ausgesprochen wäre, dass es eine Anzahl von Geistesstörungen gibt, wo der Intellekt nicht derartig beeinflusst ist, dass der Kranke die Natur und Eigenschaft seiner Handlungen nicht kennt oder nicht wüsste, was Recht und Unrecht ist, wo er aber trotzdem in Kenntnis der Natur seiner Handlung oder des Unrechtes der Tat — wegen krankhafter Veränderung des Willens oder des Gemütes — ausser stande ist, seine Handlungen den Geboten des Intellektes unterzuordnen; mit anderen Worten, dass nicht die Kenntnis des Wesens der Tat oder des Rechts oder Unrechtes — in Hinsicht auf die konkrete Tat —, dass nicht der Intellekt es ist, worauf es entscheidend ankommt, sondern vielmehr die Frage, ob der Mensch infolge krankhafter Störung in der Freiheit des Willens beeinträchtigt war. Die meisten Nationen haben seit langem ihre Strafgesetzgebung gemäss diesen Ergebnissen medizinischen Wissens abgeändert, nur England nicht und einzelne Staaten englischen Rechtes. Unser New Yorker Strafrecht hat in dieser Hinsicht bis heute, im Gegensatz zu allen wissenschaftlichen Fortschritten, an diese Besonderheit des englischen Rechtes festgehalten — hat also heute noch veraltetes englisches Recht.

Jeder Kenner der Geisteskrankheiten weiss, dass dieser Zustand besteht. Was folgt nun daraus für unser Strafverfahren? Wenn der Angeklagte bei Begehung der Tat im Intellekt derart gestört war, dass er die Natur seiner Handlung oder Recht und Unrecht in Hinsicht auf die Tat nicht zu erkennen vermochte, dann natürlich ergibt sich für den Sachverständigen keine Schwierigkeit. Er gibt einfach sein Gutachten dahin ab, dass der Angeklagte infolge seiner Krankheit die Natur seiner Hand-

lung oder Recht und Unrecht zu unterscheiden ausser stande war.

Wie aber in den übrigen Fällen, in welchen er die Natur seiner Handlungen zu erkennen und Recht und Unrecht zu unterscheiden im stande ist, aber trotzdem infolge seiner Krankheit der Willensfreiheit beraubt, gehindert war, entsprechend zu handeln? Hier also muss der gewissenhafte Sachverständige sein Gutachten dahin abgeben, dass der Angeklagte, der unter dem Einflusse eines gestörten Geistes seiner freien Selbstbestimmung beraubt war, im Sinne des Gesetzes nicht geisteskrank war. Für den ehrlichen Mann der Wissenschaft eine Lage, wie man sie sich nicht verzweifelter denken kann. Da mag dann für manchen die Versuchung stark sein, mittelst aller möglichen Ausführungen und Abschweifungen die Gerechtigkeit vor der Härte des Gesetzes zu retten.

Schliesslich möchte ich noch sagen, dass meine Ausführungen über das Sachverständigenwesen in Strafsachen

keineswegs ein etwa zweifelhaftes oder gar gefährliches Experiment in unsere Rechtspflege einzuführen suchen. Die Neuerungen, deren Einführung ich zu befürworten mir erlaubt habe, sind im wesentlichen die, wie sie anderwärts, so insbesondere in Deutschland, längst schon bestehen, der allgemeinen Volksüberzeugung entsprechen und sich bewährt haben. In unseren Strafprozess lassen sie sich, meine ich, organisch ohne Schwierigkeiten und ohne Gewalt einverleiben. Die Befugnisse des Richters werden allerdings etwas erweitert, aber der beherrschende Grundsatz unserer Gerichtshöfe, dass der Prozessbetrieb den Parteien zukommt, während nur die Oberleitung beim Gericht ruht, würde nur unwesentlich beeinträchtigt werden; auch kann ich nicht einsehen, dass jenes „noli me tangere“ der Advokaten, das Wesen des Beweisrechtes (law of evidence) auf irgend eine Weise hierdurch beeinflusst wird.

Wie lange müssen Patienten post laparotomiam das Bett hüten?*

Von H. J. BOLDT, New York.

Meine Herren! Wenn ich für eine krasse Umwälzung in der Nachbehandlung von laparotomierten Patienten das Wort ergreife, bin ich mir wohl bewusst, dass ich als Lehrer an einer medizinischen Fakultät eine grössere Verantwortung damit verbinde, als es unter anderen Umständen vielleicht der Fall sein würde. Es ist bekannt, dass neue Lehren, die vollständig von den althergebrachten abweichen, nicht unangefochten bleiben, und dass es mitunter lange Zeit dauert, bevor sie Wurzel fassen und als richtig anerkannt werden. Beispiele sind dafür massenhaft vorhanden. Als ich mit dieser, bald zu schildernden Um-

wälzung auf meinen Abteilungen in den Post Graduate, St. Mark's und St. Vincent's Hospitalern anfang, schüttelte man den Kopf und sagte, dass ich das Todesurteil für die betreffenden Patientinnen durch mein verstandswidriges Verfahren wohl öfters werde unterzeichnen müssen. Die Probezeit, das Experimentieren ist jedoch für mich vorüber und zu Gunsten der radikalen Umwälzung ausgefallen. Als ich zuerst öffentlich mit der modifizierten Nachbehandlung vor der Southern Surgical and Gynecological Society im Jahre 1904 auftrat, konnte ich allerdings noch nichts Positives berichten, da die Anzahl der so behandelten sich nur auf etliche fünfzig Fälle belief; es hat jedoch den Vorteil gehabt, dass sich eine nicht unbedeutende Anzahl

*) Vortrag, gehalten im Deutschen medizinischen Verein der Stadt New York.

Kollegen dazu bequeme, die Modifikation in einem gewissen Masse zu versuchen, und die Urteile sind ohne Ausnahme günstig. Ich beabsichtige heute Abend hauptsächlich über die nötige Bettruhe für laparotomierte Patienten zu sprechen; anderweitig von mir gebräuchliche Massnahmen sind an anderer Stelle veröffentlicht.

Meine Behauptung geht dahin, dass es für die Mehrzahl laparotomierter Patienten vorteilhafter ist, die jetzt übliche Zeit der Bettruhe ganz bedeutend abzukürzen. Es ist selbstverständlich, dass die Bauchdeckennaht exakt angelegt werden muss, und zwar die übliche Etagnennaht. Der Schnitt sollte genügend lang sein, um den pathologischen Zustand, den man in Angriff nehmen will, genau besichtigen zu können. Der Tastsinn allein, wie es Tait lehrte, der kurze Inzisionen macht, ist nicht verlässlich; man kann durch eine genügend lange Inzision viel schonender arbeiten und läuft weniger Gefahr, infolge von Trauma durch eine zu kurze Wunde eine Bauchdecken-eiterung zu verursachen. Die Inzision sollte seitlich zur Linea alba angelegt werden, sodass man stumpf durch den Bauch des betreffenden Musculus rectus abdominis eingehen kann. Bei Vernähung der Fascie sollte diese überlappt werden, um eine breitere Adhäsionsfläche zu erzielen; die Haut wird durch eine subkutane Naht geschlossen. Als Nähmaterial wird durchweg Katgut gebraucht. Auf die Wunde wird ein schmaler, steriler Gazeverband gelegt und mit zwei schmalen, kurzen Heftpflasterstreifen in situ gehalten, um die Verschiebung der Gaze während der Anlegung des Schlussverbandes zu vermeiden. Zum Sicherheits- oder Schlussverband wird eine Skultetusbinde verwendet, die aus Zinkoxydpflaster hergestellt wird, und zwar werden die breiten Rollen, 31 Centimeter breit und von genügender Länge, angewendet, um den Leib so zu umspannen, dass das ganze Abdomen doppelt vom Pflaster bedeckt wird. In der Mitte der unteren Pflasterseite

wird ein kleiner Halbkreis herausgeschnitten, der den Zweck hat, die Verunreinigung bei Stuhlentleerung zu vermeiden. Zinkoxydpflaster verdient den Vorzug, weil es weniger irritiert als anderes Pflaster. Die Skultetusbinde wird auf dem Fahrtisch bereit gehalten, sodass der Patient, nach Beendigung der Operation und Abtrocknung des Rückens, so darauf gelegt wird, dass das Steissbein über den ausgeschnittenen Halbkreis zu liegen kommt. Die Pflasterenden werden nun in vier gleiche Teile eingeschnitten, und mit dem unteren Ende anfangend, dieses bis zum Körper des Patienten eingerissen und dann fest über den Leib angelegt; ebenso wird mit dem entgegengesetzten Ende verfahren, bis die vier Enden befestigt sind. Der obere Streifen sollte nie zu fest angezogen werden, besonders wenn derselbe bis zum Epigastrium hinauf reicht.

Bei mageren Patienten werden die Spinae ilii etwas gepolstert. Man hat nun auf dem ganzen Leibe einen doppelten gut sitzenden Pflasterpanzer, und ein derartiger Verband gibt absolute Sicherheit gegen Aufplatzen der Wunde durch intraabdominalen Druck, wie das ja doch sonst bei heftigem Erbrechen oder Husten vorkommen könnte. Der Verband kann solange liegen bleiben, bis er lose wird, was bei schwitzenden Patienten mitunter schon nach Verlauf von einer Woche passiert; gewöhnlich aber kann er drei bis vier Wochen liegen bleiben. Sollte es nötig sein, den Verband vor der vierten Woche zu entfernen, dann bleibt der Körper während eines Tages ohne Pflasterverband, und in dieser Zeit wird der Körper, da wo der Verband gewesen, öfters mit Alkohol abgewaschen und gepudert; am nächsten Tage wird ein ähnlicher Verband angelegt. Falls Anzeichen von Bauchdecken-eiterung vorhanden sind, wird der Verband selbstverständlich sofort in der Mitte, über der Gaze aufgeschnitten, und sollte sich die Vermutung bestätigen, wird die Wunde wie gewöhnlich behan-

delt. Zur schnelleren Heilung der Eiterung gebrauche ich mit Vorliebe, nachdem die Wunde gereinigt ist, eine kräftige Betupfung mit reiner Karbolsäure, die sofort wieder mit reinem Alkohol abgewaschen wird. So lange die Eiterung anhält, werden die Patienten ruhig gehalten. Was Nahrung anbetrifft, wird den Patienten nach der Operation dieselbe Diät erlaubt, wie sie es vor der Operation gewohnt waren, sobald sie die Folgen der Narkose überstanden haben, nota bene, wenn keine Kontraindikationen dafür vorhanden sind; dieser Usus besteht für mich seit dem Jahre 1887. Die Patienten werden aufgemuntert, das Bett sobald als möglich nach der Operation zu verlassen.

Die Zeitdauer der vollständigen Bettruhe kommt ganz auf den Zustand der Patienten an, wie lange es dauert, ehe sie sich von der Narkose erholt haben; ob sie vor dem operativen Eingriff bettlägerig waren; wie die Qualität und Zahl der Pulsschläge ist, u. s. w. Mitunter war es mir möglich, Patientinnen, welche am frühen Morgen wegen nicht komplizierter Ovarial-Geschwülste, Myome etc. operiert wurden, schon am späten Nachmittag desselben Tages in einem bequemen Stuhl sitzen zu lassen. Während der ersten Tage muss man ihnen dabei behülflich sein, aus dem Bett zu kommen. Die Durchschnittsdauer der absoluten Bettruhe braucht nicht mehr als drei Tage in Anspruch zu nehmen. Alle Gründe, welche für die lange Bettruhe gewöhnlich angegeben werden, sind nicht stichhaltig, wenn man sie mit den Erfahrungen vergleicht, die bei Patienten gewonnen werden, denen es erlaubt wird, früh aufzustehen. Sicherlich ist es nicht der im Becken vorgenommene operative Eingriff, der uns daran hindern sollte, eine Patientin früh aufstehen zu lassen, denn seit mehr als fünfzehn Jahren erlaube ich Patientinnen, an denen eine vaginale Totalexstirpation gemacht wurde, schon am nächsten Tage das Bett zu verlassen, wenn ich das Scheidengewölbe abschliessen konnte,

oder nur einen kleinen Gazestreifen im Zentrum des sonst abgeschlossenen Scheidengewölbes inserierte, der während der ersten 24 Stunden als Drainage dienen sollte, und habe ich nicht einen einzigen Unfall dadurch zu verzeichnen gehabt. Nur einen stichhaltigen Grund konnte man gegen das baldige Aufstehen angeben, nämlich die Gefahr, dass die Bauchdecken nicht genügend fest verwachsen, und dass später eine Hernie eintreten könnte, oder gar, dass die Bauchwunde aufplatzen könnte; diese Einwände werden jedoch durch den von mir beschriebenen Verband mit Sicherheit hinfällig. Dass Thrombosen oder Embolien dabei mehr zu befürchten sind (speziell bei Myomoperationen) als wenn man die Patientinnen ruhig im Bett liegen lässt, bestreite ich auf das entschiedenste. Wir wissen aus Erfahrung, dass solche Unglücksfälle auch bei Bettruhe vorkommen, und nach einer Analyse der mir zu Gebote stehenden Fälle sogar häufiger, als bei der von mir befürworteten Behandlungsmethode (H. J. Boldt, *The Management of Laparotomy Patients and Their Modified After Treatment*, New York Medical Journal, January, 1907).

Bei mehr als 1000 so behandelten Patientinnen, von denen mehr als 400 von mir persönlich so behandelt wurden, sind nur zwei leichte Venenentzündungen beobachtet worden; der eine Fall von Dr. Ries und ein Fall in meiner Praxis. Im Ries'schen Fall waren jedoch Krampfader der Beine und Arteriosklerose bei der sechsendsechzigjährigen, an Corpus-Carcinom leidenden Patientin vorhanden. Mein Fall betraf eine sechzehnjährige Patientin, bei der ich ein Ovarialkystom entfernt hatte. Die Patientin war schon nach 14 Stunden post operationem im Lehnstuhl und später nach Belieben ausser Bett. Erst wenige Tage, nachdem sie in die Sommerfrische gegangen und sich etwas stark beim Sport angestrengt hatte, zeigten sich die Anzeichen einer ganz leichten Entzündung der Vena saphena ex-

terna, die beinahe zwei Wochen brauchten, ehe sie ganz schwanden. Sonst ist unter der gesamten Anzahl so behandelter Patientinnen kein einziges Beispiel eines unangenehmen Unfalles vorhanden, den man der Behandlungsmethode zur Last legen könnte. Die Herren William J. und Charles H. Mayo berichteten mir, dass ihre Patienten, bei denen sie z. B. im Intervall wegen Appendicitis operiert hatten, schon innerhalb einer Woche aufstehen konnten, und dass sie das Vorkommen einer Phlebitis viel seltener beobachteten, als früher, da sie noch solche Patienten die übliche Zeit der Bettruhe pflegen liessen. Einige andere Kollegen berichten ebenfalls, dass sie ihre Patienten, an denen einfache Laparotomien gemacht wurden, schon einige Tage nach der Operation aufstehen liessen, und dadurch der allgemeine Zustand der Patienten ein besserer geworden wäre. Ich glaube, dass man die Vorteile dieser Behandlung erst bei wirklich komplizierten Laparotomien würdigen wird, z. B. bei schwierigen abdominalen Totalexstirpationen. Verhältnismässig selten kommt es mir jetzt vor, dass ich meine Patientinnen länger als drei Tage im Bett liegen lasse, gewöhnlich weniger, ausser wenn besondere Komplikationen bei der Operation vorkommen, wie z. B. es vor kurzem bei der Totalexstirpation eines grossen retroperitoneal entwickelten Myoms geschah, dass der Ureter durchschnitten wurde, und ich denselben in die Blase einpflanzen musste, und folglich es für angebracht hielt, während der ersten vier Tage einen Dauerkatheter liegen zu lassen; aber auch in diesem Fall war die Patientin vom fünften Tage an ziemlich viel ausser Bett. Nach den von mir gemachten Beobachtungen ist auch diese Behandlung bei operativen Eingriffen, die am Darm gemacht werden, angebracht. Es ist für die Patienten viel vorteilhafter, dass man sie gleich während der ersten zwei bis drei Wochen am Tage soviel als möglich ausser Bett und nur hin und wieder in oder auf dem Bett ruhen lässt, als

dass man sie zwei bis drei Wochen oder länger still im Bett hält und sie erst dann aufsitzen zu lassen beginnt. Nach den gemachten Beobachtungen ist die Mehrzahl der so behandelten Patientinnen nach Verlauf von vier Wochen nach der Operation in solch körperlichem Zustande, dass sie ihre gewohnte Tätigkeit wieder aufnehmen konnten. Bei einfachen Laparotomien, wie z. B. bei Intervall-Appendizitiden, nicht komplizierten Ovarialcysten u. s. w. können sie schon meistens ihren Haushalt nach zwei Wochen wieder verwalten. Besonders markant ist der Vorteil des sehr frühen Aufstehens bei solchen Patienten, an denen eine explorative Laparotomie wegen einer bösartigen Neubildung gemacht wird, und man dann findet, dass die Erkrankung schon zu weit vorgeschritten ist, um eine radikale Entfernung vornehmen zu können. Wenn solche Patienten im Bett gehalten werden, kommt es doch häufig vor, dass sie bettlägerig bleiben und sich überhaupt nicht mehr erholen; lässt man sie dagegen am nächsten oder dem darauf folgenden Tage aufstehen, so werden sie infolge dieses Eingriffs nicht mitgenommen, und der Krankheitsprozess nimmt seinen gewöhnlichen Verlauf, als ob sie überhaupt keinen operativen Eingriff zu bestehen gehabt hätten.

Als Beispiel mag folgender Fall dienen. Eine neunundvierzigjährige kachektisch aussehende Person mit so stark aufgetriebenem Leibe, dass verschiedene Aerzte die Diagnose auf ein grosses Ovarialkystom stellten, wurde auf meine Abteilung im St. Vincent's Hospital aufgenommen. Im Becken befand sich eine harte Geschwulst, auf deren Oberfläche, durch das hintere Scheidengewölbe gefühlt, verschiedene Knötchen waren, resp. von Hirschkornbis zu Erbsengrösse. Der Uterus und seine Anhänge konnten nicht palpiert werden, weil zu viel Ascites vorhanden war. Die Wahrscheinlichkeits-Diagnose lautete auf eine im Becken sich befindende maligne Neubildung, jedoch

konnte das Vorhandensein einer tuberkulösen Peritonitis nicht mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden. Am 3. Dezember wurde die Probe-Laparotomie gemacht, und die Krebsdiagnose mit Gewissheit bestätigt. Es war bei diesem Befund nicht einmal ratsam, den Ausgang der Karzinomatose versuchsweise festzustellen; es wurde ein dünnes Zigarettendrain (ein mit ganz dünnem Gummistoff (rubber tissue) umwickelter, dünner Jodoformdocht) im unteren Wundwinkel eingelegt, um dem Ascites auf einige Tage Abfluss zu verschaffen. Der Bauch wurde wie üblich vernäht, und die geschilderte Binde direkt oberhalb des Drains angelegt. Am nächsten Tage konnte die Patientin zwar wegen häufigen Erbrechens noch nicht aufstehen, aber am darauf folgenden. Am dritten Tage lief sie lange Strecken im Korridor der Anstalt gut umher, was sie vor der Operation nicht zu tun vermochte, und auch das Aussehen der Frau war ein besseres; da keine Absonderung stattfand, wurde das Drain am vierten Tage entfernt; am fünften Tage verliess sie die Anstalt, im Glauben, nach ihrem eigenen Befinden zu urteilen, dass sie nun auf dem Wege sei, ihre Gesundheit wieder zu erlangen. Ihr Hausarzt berichtete mir, dass dieses bessere Befinden noch zwei Wochen anhielt.

Ich habe gefunden, dass man die modifizierte Nachbehandlung bei etwa 85 bis 90 Prozent der von Gynäkologen vorgenommenen Laparotomien mit Vorteil anwenden kann. Das erste Mal sitzen die Patientinnen nicht lange, etwa eine halbe bis drei viertel Stunde Morgens und abermals am Nachmittag, aber täglich wird die Zeit des Aufseins etwas verlängert. Ferner sträuben sie sich etwas, die ersten paar Tage das Bett zu verlassen, wohl, weil sie von andern gehört haben, dass man nach einer Bauchoperation das Bett ein paar Wochen hüten müsse, aber ein wenig Zureden hilft, nur muss man ihnen behülflich sein, recht schonend aufzu-

stehen. Man lässt sie die Arme um den Hals der Wärterin legen und legt den einen Arm hinter ihren Rücken; mit dem anderen Arm die unteren Extremitäten erfassend, dreht man, indem man den Körper aufhebt, die Beine langsam herum, sodass sie am Bettrande in sitzender Stellung anlangen; nun kann man sie ganz ruhig vom Bett herunter nehmen und ihnen erlauben, ein paar Schritte zum Stuhl zu gehen, indem man sie dabei unterfasst. Bis ich meinem Warterpersonal das Aufsetzen gelehrt hatte, besorgte ich dies selbst und tue es auch jetzt noch bisweilen, denn man kann nicht schonend genug hierbei vorgehen. Es ist wunderbar, den physischen Zustand der genannten Patientinnen zu beobachten, nachdem zwei Wochen vergangen sind, im Vergleich zu denen, die nach der gewöhnlichen Methode im Bett gehalten werden. Bei leichten abdominalen Eingriffen laufen solche Patientinnen schon nach fünf bis sechs Tagen umher, als ob sie nicht operiert worden wären. Patienten, bei welchen ich es aus diesem oder jenem Grunde für besser halte, sie im Bett zu halten, bemühe ich mich, zu bewegen, leichte Übungen der unteren und oberen Extremitäten öfters vorzunehmen. Der Zweck, den man damit erreicht, ist, Erschlaffung der Muskulatur zu verhindern und eine bessere Blutzirkulation zu erzielen, was durch mässige Bewegung des Körpers geschieht.

Die meisten Patienten, an denen Operationen wegen chirurgischer Erkrankungen vorgenommen werden, bessert man nicht in ihrer Gesundheit durch absolute Bettruhe, im Gegenteil, das Muskelsystem wird mehr oder weniger dadurch geschwächt, sie verlieren Kräfte, weil alle physiologischen Funktionen durch die forzierte Ruhe herabgesetzt werden. Ich muss gestehen, dass ich den Eindruck gewonnen habe, dass öfters die Patientinnen, an denen sehr komplizierte Operationen vorgenommen wurden, gerade durch frühzeitige körperliche Bewegung genesen sind; des-

halb glaube ich auch, dass die Mortalität durch das frühe Aufstehen verringert wird. Dem Zufall ist die Genesung in solchen Fällen sicherlich nicht zuzuschreiben. Wie dies von anderer Seite bei Gelegenheit einer Diskussion behauptet wurde; denn dafür ist die Zahl der so Behandelten zu gross. Auch der medizinisch-juristischen Frage habe ich volle Würdigung getragen, falls bei einem früh aus dem Bette gelassenen Patienten Thrombose oder Embolie auftreten sollte. Wie schon bemerkt, kommen derartige Unglücksfälle auch während der Bettruhe vor, oder später, wenn die Patienten nach zwei bis drei wöchentlichem Bettlager aufstehen. Ich wiederhole also, dass die Gefahr dafür bei Patienten, die von Anfang an mehr körperliche Bewegung hatten, nicht so gross ist. Das haben meine und die Erfahrungen anderer Kollegen gelehrt, welche sich dieser Behandlung in mehr oder weniger ausgedehntem Masse bedienen.

Ries bedient sich keiner Leibbinde nach Laparotomien; trotzdem hat er nur eine Hernie bei einer infizierten Wunde zu verzeichnen. Ich bin jedoch zu zaghaft, um das zu riskieren, und betrachte die Immobilisierung des Leibes als einen nötigen Schutz gegen solches Vorkommen und bestehe darauf, dass die Binde drei bis vier Wochen getragen werden muss, wenn sie auch im Anfange meistens recht unbequem für die Patientin ist. Sollte die Beklemmung in der Magengegend zu grosse Beschwerden verursachen, schneidet man den obersten Pflasterstreifen an der Seite etwas ein; nach einigen Tagen aber gewöhnen die Patienten sich meist an diese Unbequemlichkeit.

Obgleich ich nicht selten die Gelegenheit wahrnehme, das Frühaufstehen nach Laparotomien zu befürworten und die Vorteile dieses Vorgehens anzugeben, insbesondere bei Diskussionen und Ansprachen über Thematika, bei denen es sich einflechten liess, hat die Behandlungsmethode bis jetzt noch nicht viel Nachahmung gefunden.

Auch einer Reihe ausländischer Kollegen konnte ich so behandelte Patientinnen demonstrieren, sodass sie Gelegenheit hatten, weitgehende intraabdominale Eingriffe zu sehen und am nächsten Tage die so operierten Patienten ausserhalb des Bettes zu finden, desgleichen die Anlegung des von mir geschilderten Verbandes.

Ich glaube auch, dass es mir gelang, einigen Herren die von mir geschilderten Vorteile plausibel zu machen, wie ich aus einem Aufsätze von Dr. C a r l H a r t o g, „Wann soll man Coeliotomierte aufstehen lassen?“ aus der Frauenklinik der Herren L. L a n d a u und Th. L a n d a u in Berlin, (Berliner klinische Wochenschrift, 1907, No. 1) ersehe, dem es doch gelang, seine Chefs zu überreden, die Methode zu versuchen, obgleich mir Herr H a r t o g zur Zeit sagte, dass es seiner Ansicht nach ganz unmöglich sein werde, solche radikale Abänderung in Deutschland einzuführen oder selbst jemand dazu zu verleiten, den Versuch zu machen.

Wenn Dr. H a r t o g den erwähnten Artikel mit dem Satze beginnt, „dass in den letzten Jahren sich die Nachbehandlung der Operierten in ihrer (L a n d a u's) Klinik wesentlich geändert habe, so kann dies nur seit dem vorigen Jahre geschehen sein, nachdem ich Herrn Dr. H a r t o g bei seinem Hiersein von dem Werte meiner Behandlungsweise überzeugt und alle seine Bedenken zerstreut habe. Handelt es sich doch in diesem Artikel hauptsächlich um die Erfahrungen über das frühzeitige Aufstehen der Patienten nach Laparotomien. Die vaginalen Coeliotomien möchte ich aber in der H a r t o g'schen Tabelle ganz ausschliessen, erstens, weil kein anatomischer Grund vorhanden ist, dass man bei vaginal Hysterektomierten, wenn das Scheidengewölbe abgeschlossen ist oder auch selbst ein Drain im Zentrum des ziemlich abgeschlossenen Scheidengewölbe inseriert wurde, irgend eine Komplikation durch das frühe Aufstehen zu befürchten ist; das hat mich eine grosse,

über 15 Jahre sich erstreckende Erfahrung gelehrt. Es wird sogar die Darmperistaltik bei diesen sowohl als bei den abdominal Operierten durch das Aufsitzen und die frühere körperliche Bewegung angeregt, sodass Ileus naturgemäss nicht so leicht eintreten kann, als bei denen, die im Bett gehalten werden. Zwei der Beachtung werthe Fälle von vaginalen Totalexstirpationen, die bis jetzt noch keiner Erwähnung von mir unterzogen wurden, möchte ich bei dieser Gelegenheit anführen.

Vor etwa 16 Jahren machte ich die besagte Operation im St. Mark's Hospital wegen Karzinoms. Die Frau erfuhr zwei Tage nach der Operation, dass ihr Kind schwer erkrankt sei, und am Morgen des dritten Tages schlich sie sich heimlich aus der Anstalt, und da die arme Frau vollständig mittellos war, legte sie die Strecke nach ihrer Wohnung in Elizabeth, N. J. zu Fuss zurück. Sie stellte sich etwa zwei Wochen später in der Poliklinik vor; sie hatte, trotz der unmenschlichen Strapaze, einer Fusstour von etwa 14 Meilen, keinen Schaden erlitten. Seit jener Zeit erlaube ich solchen Patientinnen, sobald sie sich von der Narkose erholt haben, und weder Klemmen noch Scheidendammschnitt gebraucht wurden, ohne weiteres das Bett zu verlassen, und sie wie nicht Operierte zu behandeln, wenn keine besonderen Anzeichen dagegen vorhanden sind.

Der zweite in dieser Hinsicht interessante Fall betraf eine ihrer Angabe gemäss etliche 30 Jahre alte irländische Köchin; sie machte zwar den Eindruck einer hoch in den 40er Jahren stehenden Person. (Diese Klasse Leute wissen meistens nicht, wie alt sie sind.) Sie gab an, dass sie eine Virgo sei. Nach einer aussergewöhnlich schweren körperlichen Anstrengung, will sie das Auftreten des damals bestehenden Leidens bemerkt haben. Der Status war: ein vollständiger Prolapsus des stark vergrösserten Uterus und der Scheide. Indem es der Person unmöglich war, länger

ihrer Beschäftigung als Köchin in einem grossen Gasthause mit einem vollständigen Vorfall der Organe nachzugehen, und da sie auf das bestimmteste die Wahrscheinlichkeit einer Verheiratung, eines gewesenen oder eines später vorkommenden Koitus ablehnte, entschloss ich mich, da meine Erfahrungen mit plastischen Operationen bei vollständigem Prolapsus keine günstige sind, und ferner, um der Person mit Sicherheit Heilung zu verschaffen, ohne sich später eines nochmaligen operativen Eingriffes unterziehen zu müssen, eine vollständige Extirpation des Uterus und der ganzen Scheide bis zur Vulva. Die Operation wurde im St. Vincent's Hospital des Morgens vorgenommen, und am Nachmittage desselben Tages lief die Frau lustig und vergnügt umher, und war auch nicht mehr dazu zu bewegen, zu ruhen. Vom dritten Tage an, nachdem sie die Anstalt verlassen, nahm sie ihre gewohnte Beschäftigung wieder auf und verrichtete ohne Unbehagen alle damit verknüpften körperlichen Anstrengungen.

Zum Schluss möchte ich nochmals dazu auffordern, dass man wenigstens der von mir geschilderten Nachbehandlung, frühe körperliche Bewegung und keine Restriktion in der Diät, ausser dass Gründe dagegen sind, zur Anwendung bringen möge, um sich selbst ein unparteiisches Urtheil zu bilden. Endlich bin ich der Meinung, dass diese Behandlung, nachdem ich über eine Zahl von mehr als 1000 so behandelter Fälle verfüge, ohne dass auch nur ein einziger der Methode zur Last fallender Unfall eingetroffen ist, der Prüfung wert ist, selbst wenn sie auch den meisten nicht gleich einleuchtend ist, ja ihnen sogar brutal und unvernünftig vorkommen mag. Ausser den schon erwähnten Vorzügen hat die Methode des frühen Aufstehens noch andere Vorteile; Blähungen gehen eher ab; spontane Stuhlentleerung erfolgt früher; Lungen- und Bronchialkomplikationen werden eher verhütet, und

nochmals, Zirkulationsstörungen kommen nicht so häufig vor. Schliesslich, und das ist von sehr grosser Bedeutung für die meisten Patienten, können sie ihre gewohnte Tätigkeit früher aufnehmen. Aussergewöhnliche Vorbereitungen zu

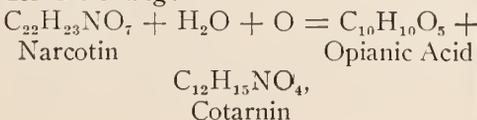
der Operation werden bei meinen Patientinnen nicht vorgenommen und brauchen auch nie vorgenommen zu werden, wenn ein operativer Eingriff am Darm oder am Magen nicht vorgenommen werden soll.

Cotarninum phtalicum (Styptol), ein empfehlenswertes uterines Hämostatikum und Sedativum.

Von Dr. OTTO MAIER, New York.

Nachdem in der letzten Zeit in der Fachpresse der Anwendung des Cotarninphthalats bei solchen uterinen Blutungen, welche eine medizinale Behandlung rechtfertigen, von massgebenden Autoren (Handfield-Jones¹, Jervois Aarons², Cuthbert Lockyer³-London, von Ramdohr⁴-New York, und anderen) das Wort geredet wurde, glaube ich, dass einige Bemerkungen über dieses neue Präparat bei Lesern dieses Blattes von Interesse sein werden. Ich habe bereits an anderer Stelle kurz über denselben Gegenstand berichtet und folge mit Veröffentlichung dieser Abhandlung einer Aufforderung des Editors dieser Zeitschrift, auch für die *New Yorker Medizinische Monatsschrift* einen Beitrag zu liefern.

Ich wurde aufmerksam auf das neue Hämostatikum im Jahre 1905 und habe es nach den Berichten, welche von Abel⁵ veröffentlicht wurden, in geeigneten Fällen mit bestem Erfolg verordnet. Das neutrale phtalsaurer Salz des Cotarnins wurde von Vieth dargestellt und in die Therapie eingeführt. Das Cotarnin ist eine Base, die von Woehler⁶ durch Oxydation des Opiumalkaloids Narkotin mit Braunstein und Schwefelsäure dargestellt wurde nach der Gleichung:



und die chemisch dem Hydrastinin nahe verwandt ist. Die hämostatischen Eigenschaften des Cotarnins sind wohlbekannt und in dem von vielen Seiten empfohlenen Cotarnin. hydrochlor. ausgiebig geprüft. Den Grund für die Einführung des phtalsaurer Cotarnins bildet die Beobachtung Vieth's und anderer, dass auch die Phtalsäure an und für sich ein wirksames Hämostatikum ist. Cotarninphthalat (bekannt unter dem Namen Styptol) vereinigt somit die blutstillende Wirkung zweier Präparate und wird allgemein als das zuverlässigste Hämostatikum aus der Cotarnin-Gruppe angesehen. Cotarninphthalat ist ein gelbes kristallinisches Pulver, das ca. 75% Cotarnin und 25% Phtalsäure enthält. Es ist in Wasser leicht löslich; die wässrige Lösung zeigt eine schwach alkalische Reaktion. Es hat einen Schmelzpunkt von 113° C. und ist nach der Formel $(\text{C}_{12}\text{H}_{14}\text{NO}_3)_2 \text{C}_8\text{H}_6\text{O}_4$ zusammengesetzt.

Die physiologische Wirkungsweise des Präparates auf den Uterus wurde von verschiedenen Forschern studiert, so von Vieth, Mohr⁷, Abel in Berlin und Chiappe und Ravano⁸ in Genua. Die Erklärungen, die Vieth für das Zustandekommen der Styptolwirkung gibt, sind von Lockyer in einer interessanten Arbeit berichtet worden. Vieth ist der Ansicht, dass die blutstillende Wirkung des phtalsaurer Cotarnins nicht auf zentraler Ursache zu be-

ruhen scheint, da eine Blutdrucksteigerung nicht beobachtet wurde. Auf Grund der Tatsache, dass Cotarninphthalat bei äusserer Anwendung blutstillend durch lokale Gefässkontraktion wirkt, glaubt *Vieth* vielmehr, dass blutstillende Wirkung auf den Uterus auch bei innerlicher Darreichung lokal zu stande kommt, wobei er sich von folgenden Ueberlegungen leiten lässt. Wie nachgewiesen wurde, sind die in den Gefässwänden selbst gelegenen autonomen vasomotorischen Plexus verschieden empfindlich. Cotarninphthalat, das nach der Resorption durch das Blut in allen Gefässgebieten zirkuliert, scheint nun die Eigenschaft zu haben, nur die Urogenitalgefässe durch Erregung ihrer lokalen Plexus zu kontrahieren, während wie *Vieth* glaubt, die übrigen Gefässe unbeeinflusst bleiben, sodass eine allgemeine Blutdrucksteigerung nicht stattfinden kann. Damit stimmt die Erfahrung überein, dass Cotarninphthalat nur bei Uterusblutungen prompt wirkt, hingegen z. B. beim Magen oder Lungenblutungen ohne Einfluss ist. An dieser lokalen blutstillenden Wirkung auf den Uterus beteiligt sich sowohl das Cotarnin als die Phthalsäure, da auch letztere bei lokaler Anwendung in Form von Salzen blutstillend wirkt.

Die sedative Wirkung des Mittels wird sowohl als eine allgemeine als eine speziell auf den Uterus gerichtete beschrieben. Die allgemeine Wirkung äussert sich beim Tierversuch in Müdigkeit und leichten Koordinationsstörungen; auch beim Menschen verursachen grössere Dosen Schläfrigkeit. Die auf den Uterus gerichtete sedative Wirkung hat *Mohr* experimentell untersucht. Bei schwangeren Kaninchen, welche in Urethan-Narkose im warmen Kochsalzbade laparotomiert waren, konnten zunächst durch faradische Reizung des Plexus hypogastricus Uteruskontraktionen erzeugt werden. Wurde nun eine Injektion von 0.3 Styptol in 2 ccm Wasser in die Vena cruralis gemacht, so waren bei nachfolgender faradischer Reizung die Uterus-

kontraktionen deutlich schwächer. Man darf daraus schliessen, dass der Uterus durch die Wirkung des Styptols gegen Reizung weniger empfindlich geworden war. Diese Herabsetzung der Reizempfindlichkeit der uterinen Nerven spielt wahrscheinlich bei der Anwendung des Präparats, besonders bei Dysmenorrhoe, eine grosse Rolle. Sie ist umso wichtiger als von keinem der früher angewandten Haemostatica eine derartige sedative Wirkung bekannt ist. Der angegebene Versuch zeigt ferner, dass Cotarninphthalat im Gegensatz zu Ergot keine Uteruskontraktionen hervorruft, dass es also unbeschadet auch während der Schwangerschaft gegeben werden kann.

Toxische Wirkungen treten erst bei Anwendung von sehr grossen Dosen ein. Die tödliche Dosis liegt etwa bei 0.5 Gramm pro Kilo Tier; der Tod tritt nach vorübergehender kurzer Erregung durch Respirationsstillstand und allgemeine Lähmung ein. Das Herz ist das ultimum moriens. Bei kleineren Dosen tritt die sedative und schlafmachende Wirkung deutlich hervor. *Mohr* hat auch geprüft, ob Styptol ähnlich wie Ergot Gangrän hervorrufen könne, indem nach dem Vorgang von *Kobert* einem Hahn 7 Wochen lang täglich 0.5 bis 1.0 Gramm Styptol gefüttert wurden. Es konnte keinerlei Wirkung auf den Kamm des Tieres beobachtet werden, wie dies bei Ergot der Fall ist. Das Styptol muss also als ein unschädliches Präparat bezeichnet werden. Bei der ausgedehnten therapeutischen Anwendung, die das Präparat nach den vorliegenden klinischen Berichten am Menschen in den letzten Jahren erfahren hat, ist meines Wissens niemals über Nebenwirkungen berichtet worden; auch wird der Magen nicht beeinflusst.

Vieth schliesst aus obigen Versuchen, dass Cotarninphthalat vor allem auf den Uterus bezw. die Urogenitalsphäre wirkt, und dass, wie auch *Abel* betont, insbesondere keine Wirkung auf das Herz stattfindet. Wenn *Vieth's* Erklärungen zutreffend sind, gehört

dieses Präparat daher zu den wenigen in der Medizin bekannten Mitteln, welche eine spezifische selektive Wirkung auf ein bestimmtes Organ (den Uterus) äussern und entspricht dadurch auch den Forderungen, welche die moderne Pharmakologie mit Recht an neue Heilmittel stellt.

Styptol wurde zuerst in der Abel'schen Frauenklinik Berlin von Katz⁹ einer eingehenden klinischen Prüfung unterzogen. Katz hat Dosen von 3—5 mal täglich 0,05 ($\frac{3}{4}$ grain) in überzuckerten Tabletten verabreicht und folgende Indikationen aufgestellt:

1. Schwere menstruelle Blutungen bei Virgines und Nulliparen ohne pathologisch-anatomisches Substrat.

2. Rein klimakterische Blutungen.

3. Blutungen in der Schwangerschaft.

4. Myomblutungen.

5. Sekundäre Blutungen infolge Erkrankungen der Adnexe oder des Beckenbindegewebes. (Hier wird man am ehesten Misserfolge haben, denn bei derartigen Erkrankungen bleibt eben oft nur die operative Beseitigung der Ursache übrig.)

6. Blutungen infolge inoperablen Karzinoms, bei welchen auch die lokale Anwendung des Mittels in Anwendung zu ziehen ist.

7. Dysmenorrhoe.

Elischer¹⁰ empfiehlt, Styptol auch während der intramenstruellen Zeit zu geben in Dosen von dreimal täglich einer Tablette, wodurch ein zu frühzeitiges Eintreffen des Menses verhütet wird.

Freundenberg¹¹ ist der Ansicht, dass die Wirkungsweise des Styptols von Ergot gänzlich verschieden sei und wohl mehr durch „reizmildernde Nervenwirkung“ zu stande kommt. Im Zusammenhang hiermit schein dem Styptol auch eine entzündungswidrige Kraft inne zu wohnen. Er empfiehlt es daher in allen Fällen, in denen ein Reizzustand der Gebärmutter Schleimhaut die Blutung verursachte, einerlei ob dieser Reiz ein indirekter oder direkter war.

Tof¹² weist darauf hin, dass Ergotin und Sekalepulver häufig wirkungslos bleiben, wo Styptol eine gut hämostatische Wirkung entfaltet.

Abel berichtet in der eingangs bereits erwähnten Arbeit über seine Erfahrungen in mehr als 300 Fällen und fasst sein Urteil dahin zusammen, dass im Styptol ein Hämostatikum gewonnen sei, welches bei richtiger Indikationsstellung und richtiger Dosierung die bisherigen uterinen Hämostatika übertrifft; besonders wertvoll sei seine entschiedene sedative Wirkung.

Jacoby¹³ empfiehlt auf Grund dieser sedativen Eigenschaft Styptol bei dysmenorrhoeischen Beschwerden in Dosen von viermal täglich 2 Tabletten, in schweren Fällen bis zu 12 Tabletten täglich. Nach seinen Erfahrungen bleibt die sedative Wirkung nie aus, wenn Styptol in genügend starken Dosen gegeben wird. Wo die Anwendung der Tabletten nicht geeignet erschien, verordnete Jacoby

Rp. Styptol. pulv. 1,0
 Sir. simpl. 50,0
 Aq. foenicul. 50,0

Mds. 3 mal tägl. 2 Teelöffel am besten mit etwas Kognak.

Auch Handfield-Jones gibt 0,15—0,2 dreimal täglich nach der Mahlzeit und betont, dass in vielen Fällen noch grössere Dosen vertragen werden, ohne jede Störung des Organismus.

Lockyer, dessen Arbeit ich in obigen Ausführungen z. T. gefolgt bin, hat sich nach ausgedehnter Anwendung von der ausgezeichneten styptischen und sedativen Wirkung des Styptol fest überzeugt. Nebenwirkungen wurden von ihm nicht beobachtet, es sei denn, dass Styptol vielleicht eine Angewöhnung hervorruft. Die Patienten verlangten die „roten Tabletten“ nämlich immer wieder, wenn deren Gebrauch aus irgend einem Grunde sistiert worden war. Lockyer schreibt diese Angewöhnung, wenn eine solche tatsächlich eintritt, dem sedativen Einfluss des Styptols zu.

Lockyer beschreibt eingehend die folgenden Fälle:

Von neun Fällen von Dysmenorrhoe wurden sieben von ihren menstruellen und ovarialen Schmerzen befreit, zwei nicht. Einer der Misserfolge betraf einen infantilen Uterus, der andere eine Dysmenorrhoea membranacea.

In sieben Fällen von Neubildungen wurden zwei Misserfolge beobachtet. In dem einen war das Fibroid in sarkomatöser Umwandlung begriffen, in dem anderen verhinderte die schwere Herzaffektion den Erfolg.

Acht Fälle von Adnex-Erkrankungen zeigen, dass in den frühen und milderen Stadien der tubalen und ovarialen Entzündung Styptol eine günstige Wirkung in der Bekämpfung der sekundären Menorrhagien ausübt. Dies beruht zweifellos darauf, dass solche Läsionen stets mit präexistenter Endometritis verbunden sind, und ist es die letztere, welche von dem Hämostatikum günstig beeinflusst wird. Es ist selbstverständlich, dass bei groben Veränderungen, wie z. B. Pyosalpinx und Ovarialabszess, Styptol nicht indiziert ist und nichts ausser operativem Vorgehen von irgend einem Werte ist.

Nach Lockyer ist Styptol besonders bei entzündlichen und kongestiven Veränderungen des Uterus wertvoll, und obwohl er nur 7 Fälle zitiert, ist dies dennoch die Krankheitsgruppe, wo er das Präparat am meisten verwendet. Es hat sich auch bei der Menorrhagie junger Mädchen ohne nachweisbare Abnormalität bewährt und auch bei drohendem Abortus der ersten Monate, vor der Dilatation des Os uteri.

Ich kann auf Grund meiner eigenen Erfahrungen die zahlreichen Berichte

über die günstige Wirkung des Cotarninphthalats nur bestätigen. Es hat mir in einigen zwanzig Fällen von starken menstruellen Blutungen verbunden mit Dysmenorrhoe sowie bei klimakterischen Blutungen ohne Neubildung und besonders bei Blutungen in der Schwangerschaft die besten Dienste geleistet. Ich verschreibe in der Regel eine Tablette ($\frac{3}{4}$ grain) Cotarninphthalat (Styptol) drei bis viermal täglich, verwende aber in schweren Fällen 5 bis 6 Tabletten oder mehr pro die. Ich möchte davon absehen, hier eine Reihe beschreibender Fälle anzugliedern, da vorstehende Abhandlung über die Anwendungsweise dieses neuen Mittels hinreichend Aufschluss geben dürfte.

Literatur:

1. Handfield-Jones, Folia therapeutica, Januar 1907.
2. Aarons, London and British Gynecology, Februar 1907.
3. Lockyer, Folia therapeutica, Juli 1907.
4. von Ramdohr, New York Medical Journal, 9. März 1907.
5. Abel, Berliner klinische Wochenschrift, 1905, No. 34.
6. Woehler, Annalen der Chemie und Pharmacie, Bd. 50, No. 1.
7. Mohr, Therapie der Gegenwart, 1905, No. 8.
8. Chiappe und Ravano, Archivio italiana di Ginecologia, 1904, No. 2.
9. Katz, Therapeutische Monatshefte, Juni 1903.
10. Elischer, Wiener medizinische Wochenschrift, 1904.
11. Freudenberg, Der Frauenarzt, März 1904.
12. Toff, Deutsche medizinische Wochenschrift, 1904, No. 24.
13. Jacoby, Therapie der Gegenwart, Juni 1906.

Mitteilungen aus der neuesten Journalliteratur.

Fornet: Ueber moderne Serodiagnostik, mit besonderer Berücksichtigung der Präzipitine und Opsonine.

Bekanntlich reagiert der Organismus auf das Eindringen von pathogenen Keimen mit charakteristischen Veränderungen, welche als Immunitätsreaktionen bezeichnet werden und sich in neu auftretenden Eigenschaften des Blutserums widerspiegeln. Diese erworbenen Fähigkeiten des Serums werden besonders hypothetischen Körpern, den sogenannten Immunkörpern zugeschrieben, welche man je nach ihrer Wirkungsweise Bakteriolyse, Agglutinine, Präzipitine oder Opsonine genannt hat. Während die Bakteriolyse bei der Diagnose am Krankenbett kaum eine Rolle spielt, hat sich die Agglutination besonders beim Abdominaltyphus Bürgerrecht erworben. Im Gegensatz zu ihr hat bis jetzt die Präzipitation nur wenig Anwendung für klinische Zwecke gefunden. Es erklärt sich dies daraus, dass die Präzipitine fast immer gleichzeitig mit den Agglutininen auftreten, dabei aber schwerer nachweisbar sind als diese, da man zur Präzipitation stärkerer Serumkonzentrationen und absolut klarer Sera bedarf, beides Forderungen, welche sich in der Praxis nicht immer erfüllen lassen. Und doch hat die Präzipitation vor der Agglutination den unleugbaren Vorteil voraus, dass sie der Bakterien selbst entraten kann. Sie ist also auch anwendbar, da wo es sich um nicht agglutinable Bakterien handelt oder wo die Kultur des betreffenden Mikroorganismus noch fehlt.

Wie bekannt, spielt nach Metschnikoff die Phagozytose eine bedeutende Rolle unter den Abwehrmassregeln des infizierten Organismus. Wright und Douglas gelang es, zu zeigen, dass der phagozytosebefördernde Einfluss des Serums sich nicht auf die Leukozyten, sondern auf die Bakterien erstreckt. Sie stellten fest,

dass schon normales Serum phagozytosebefördernd wirkt, dass aber diese Eigenschaft durch Impfung mit dem betreffenden Mikroorganismus wesentlich gesteigert wird. Sie schrieben diese Fähigkeit des Serums neuen Körpern zu, welche sie als Opsonine bezeichneten, abgeleitet von dem griechischen Wort Opsono, die Mahlzeit vorbereiten. Die diagnostische Verwertbarkeit der Opsonine besteht darin, dass man das Serum des zu untersuchenden Patienten kurze Zeit auf ein Gemisch von Leukozyten und Bakterien einwirken lässt, gefärbte Ausstrichpräparate von dieser Mischung anfertigt und feststellt, wie viele Bakterien durchschnittlich jeder Leukozyt aufgenommen hat. In einem zweiten Präparat ersetzt man das Patientenserum durch normales Menschenserum und stellt ebenfalls die Durchschnittszahl der pro Leukozyt aufgenommenen Bakterien fest. Dividiert man jetzt die erste Zahl durch die zweite, so erhält man den opsonischen Index. War z. B. die erste Durchschnittszahl x , die zweite $2x$, so erhält man $x/2x$, also einen opsonischen Index von $1/2$ oder 0,5. Der opsonische Index des normalen Menschen ist 1,0 und schwankt nur in engen Grenzen, nämlich zwischen 0,8 und 1,2. Bei Tuberkulösen ist der opsonische Index entweder erniedrigt, oder erhöht oder, was verhältnismässig oft der Fall ist, er schwankt zwischen beiden Extremen hin und her, weswegen eine wiederholte Untersuchung besonders wichtig ist. Ein dauernd niedriger Index spricht nach Wright für eine Disposition oder für eine lokal gebliebene Infektion; dauernd erhöhter Index für eine glücklich überwundene Infektion. Abwechselnd niedriger und hoher Index zeigt eine bestehende Allgemeininfektion an, wobei sich jedoch die Höhe des opsonischen Index prognostisch nur mit Vorsicht verwerten lässt. (Münchener med. Wochenschr., No. 4, 1908.)

Sitzungsberichte

Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York

Sitzung vom 3. Februar 1908.

Präsident Dr. Carl Beck eröffnet die Versammlung nach halb 9 Uhr und stellt demnächst Herrn Dr. Waldström, Assistent der Berg'schen Klinik in Stockholm, vor und heisst denselben als Gast der Gesellschaft willkommen.

Die Versammlung tritt hierauf in die Tagesordnung ein:

1. **Vorstellung von Patienten, Demonstration von Präparaten, Instrumenten etc.**

a) Dr. F. Wiener jr.: **Fremdkörper der Speiseröhre, welcher durch Operation entfernt wurde.**

Patient hatte ein unregelmässig-dreieckiges Stück der Platte seines künstlichen Gebisses verschluckt. Wiederholte Oesophagoskopie zeigte nichts, was der Vortragende sich dadurch erklärt, dass die Farbe des Stückchens der der Schleimhaut ziemlich ähnlich war. Ein zweites Röntgenbild lokalisierte den Fremdkörper etwas oberhalb des Sternums und die Oesophagotomie förderte ihn zu Tage. Oesophagus wurde durch die Naht geschlossen und Patient nach 2 Wochen geheilt entlassen.

Diskussion. Dr. Sara Welt-Kaels: Ich möchte im Anschluss an den interessanten Fall, den Dr. Wiener berichtet hat, über ein kleines Kind, etwas über 1 Jahr alt, berichten, das einen Penny verschluckt hatte. Die Mutter war nicht ganz sicher darüber. Jedenfalls stellte sich darnach Erbrechen der grösseren Menge der Milch ein, die das Kind zu sich nahm. Etwas musste in den Magen gelangt sein. Als ich das Kind sah, erbrach es den grössten Teil Milch und Wasser und schien auch an Schmerzen zu leiden. Wir liessen die Röntgenstrahlen anwenden, und die zeigten sehr deutlich den Penny in der Speiseröhre. Am nächsten Tage wurde unter leichter Chloroform-Narkose der Penny mit

dem Graefe'schen Münzenfänger herausgeholt. Die Operation dauerte zwei oder drei Minuten. Das Kind machte eine absolut gute Heilung durch. Der Graefe'sche Münzenfänger ist für solche Zwecke sehr geeignet. Ein anderes Instrument soll in der Weise wirken, dass der Fremdkörper auf der Innenseite des Schirms aufgefangen und herausgebracht wird (Demonstration). Glücklicherweise geschehen diese Zufälle sehr selten. Meistens werden verschluckte Münzen per vias naturales aus dem Körper geschafft.

Dr. A. Reich: Ich möchte über einen Fall berichten, den ich vor einigen Jahren gesehen habe. Ein kleiner Patient hatte beim Spiel einen Würfel verschluckt. Das Kind war ungefähr drei Jahre alt. Ich hatte Herrn Dr. S. ersucht, das Kind in Behandlung zu nehmen, weil ich in dieser Sache nicht völlig bewandert war. Dr. S. sagte mir, er habe den Würfel mit dem Finger erreichen können und nach dem Magen hinuntergestossen. Auf mein Ersuchen hat er ein Gummibougie nach dem Magen zu eingeführt und versichert, dass der Oesophagus vollständig leer war. Am nächsten Morgen ist dann das Kind gestorben. Wir haben die Autopsie machen lassen und gefunden dass gerade dort, wo der Würfel gelegen, sich ein kleines Ulcus gebildet hatte und dass er nicht durch ein Instrument von oben hätte hinausbefördert werden können, sondern dass eine Oesophagotomie hätte gemacht werden sollen, um das Leben des Kindes zu retten.

Dr. F. Kammerer: Die beiden Fälle sind sehr lehrreich und beweisen eine bekannte Tatsache. Bei runden Körpern soll man immer den Versuch mit dem Münzenfänger machen. Das ist sehr einfach. Aber bei spitzen Fremdkörpern, die sich wo möglich in die Schleimhaut eing bohrt haben, ist dieser Versuch nicht indiziert, da er,

wie Dr. Wiener gesagt hat, gefährlich ist. Wenn Dr. Wiener den Versuch mit dem Instrument gemacht hätte, würde er vielleicht grosse Schwierigkeiten gehabt haben, das Instrument neben dem Fremdkörper wieder zurückzuziehen. In solchen Fällen ist die Oesophagotomie eher am Platze.

b) Dr. A. Reich:

1. Intra- und extrauterine Schwangerschaft, Fibrom der hinteren Uteruswand.

Patientin 36 Jahre alt, 3 Monate verheiratet.

Erste Menstruation mit dem 14ten Jahr regelmässig von 4tägiger Dauer.

Seit einem Jahr klagt sie über Schmerzen im Unterleib und After, sowie auch über Stuhlbeschwerden. Zur selben Zeit verlängerte sich auch die Menstruationszeit auf 8 Tage und wurde profus.

Letzte Regel am 10. Oktober 1907. Am 8. November kam sie zu mir und klagte über Schwangerschafts-Symptome.

Am 14. fing sie an zu bluten und stiess nach einigen Wehen ein Ei aus, das der 5.—6. Woche entsprach.

Die Wehen und Blutungen liessen nicht nach und da es sich um ein Fibroid handelte, wurde ein Laparotomie gemacht und hier die extrauterine Schwangerschaft getroffen.

Der Uterus wird supravaginal abgetragen, das rechte Ovarium und Tube ungestört zurückgelassen.

2. Vaginales Fibrom.

Die Patientin ist 23 Jahre alt. Ihre Menstruation begann mit dem 13. Jahre und war stets schmerzhaft, von 3 tägiger Dauer. Seit 3 Monaten ist sie verheiratet und klagt über Schwierigkeiten beim geschlechtlichen Verkehr, weitere Klagen hat sie nicht.

Die äusseren Genitalien sind normal bis auf die linke grosse Schamlippe, die etwas vorgewölbt ist. Die Haut ist normal beweglich. Der Scheideneingang ist durch eine Geschwulst verlegt, hier ist die Schleimhaut bläulich verfärbt, aber sonst normal. Kein Ausfluss.

Bei der innern Untersuchung fühlen wir eine nicht sehr harte Geschwulst, die die linke Wand der Scheide aus-

füllt und von der Urethra bis zum Rektum reicht und nach innen 10 cm weit verfolgt werden kann.

Die Portio ist knapp zu erreichen, ist mit der Geschwulst nicht in Verbindung. Der Uterus ist klein.

Die Operation war sehr einfach, ein 6 cm langer Schnitt beginnend 2 cm unterhalb der Urethra spaltet die Scheidenschleimhaut bis auf die Kapsel der Geschwulst. Die Geschwulst wird mit einer Muzen-Zange angehackt und aus einer Umhüllung mittelst des Skalpellgriffes und einiger Scherenschläge ausgeschält. Es blutet wenig. Die so entstandene Höhle wurde leicht tamponiert und der Schnitt bis auf eine kleine Oeffnung für die Drainage mit Knopfnähten geschlossen. Jetzt kann man leicht noch ein 4 cm langes Stück gesunder Vaginalschleimhaut von dem oberen Wundrande bis zur Portio fühlen, folglich war die Geschwulst ausschliesslich von der Scheidenmuskulatur ausgegangen. Der Cervix wird dilatiert und der Uterus ausgekratzt.

Die Gaze wird nach 4 Tagen entfernt, die Patientin verlässt das Spital nach 10 Tagen, die Drainageöffnung schliesst sich nach 3 Wochen. Die Patientin ist jetzt seit 5 Monaten schwanger.

Die Fälle von vaginalem Fibrom sind selten. Smith kollektierte bis 1902 101 Fälle. Seitdem sind noch 8 neue Fälle in der Literatur zu finden.

Charakteristische Symptome haben diese Geschwülste nicht, bis sie eben durch ihre Grösse oder Ulzeration sich kundgeben. Eigentümlich erscheint auch die Tatsache, dass das Vaginal-Fibrom bei Negeren nicht beschrieben worden ist.

Die Geschwulst selbst besteht aus einem reinem Fibrom umgeben von einer Kapsel und war im frischen Zustande 14 cm lang, $7\frac{1}{2}$ cm im Durchmesser und wog 530 g. Die mikroskopische Untersuchung ergab den bekannten Befund von Fibrom mit einigen eingelagerten Muskelzellen.

Präsident Dr. Carl Beck: Ehe wir weiter gehen, habe ich eine Frage an Sie zu richten. In der letzten Sitzung wurde dem Verwaltungsrat auf-

gegeben, ein Komitee zu ernennen, welches sich mit dem Redakteur der New Yorker Medizinischen Monatschrift in Verbindung setzen und versuchen sollte, einen Kontrakt mit ihm abzuschliessen. Der Verwaltungsrat hat sich dieser Aufgabe unterzogen und im ganzen drei Sitzungen abgehalten. Sie können hieraus entnehmen, mit welchem Nachdruck der Verwaltungsrat und das von ihm ernannte engere Komitee sich mit der Sache beschäftigte, und ich kann Ihnen zu meiner grossen Freude mitteilen, dass das Komitee mit Herrn Dr. Ripperger zu einer vollständigen Einigung gekommen ist. Es werden Ihnen Vorschläge vorgelegt werden, welche Ihrer Annahme harren. Die Frage ist nur, ob wir die Angelegenheit jetzt vornehmen wollen oder nach den Vorträgen. Es ist nämlich eine Komplikation eingetreten. Einmal kann der Schatzmeister, Herr Dr. Breitenfeld, der wichtige Mitteilungen zu machen hat, nicht länger hier bleiben, und dann ist Herr Dr. Ripperger verhindert zu erscheinen, da er plötzlich einen Verlust in seiner Familie zu beklagen hat, wie ich mit grossem Bedauern konstatieren muss. Ich kann Sie aber versichern, dass Dr. Ripperger mit den genannten Vorschlägen im Prinzip einverstanden ist. Ob unter diesen Umständen die Sache durch die Abwesenheit von Herrn Dr. Ripperger wesentlich beeinträchtigt wird, ist Ihnen überlassen. Herr Dr. Breitenfeld hat Ihnen die Mitteilung zu machen, dass die Gesellschaft als solche absolut augenblicklich ausser stande ist, eine Geldsubvention zu gewähren.

Dr. S. Breitenfeld: Ich kann das nur vollauf bestätigen. Wir sind nicht gar so schlimm daran, aber wir nehmen gerade soviel ein als wir ausgeben, und wenn wir irgend einen Betrag mehr ausgeben, arbeiten wir mit einem Defizit. Wiewohl ich nicht der Ansicht bin, dass wir gerade sparen müssen, so dürfen wir, glaube ich, doch nicht mehr ausgeben als einnehmen.

Präsident Dr. Carl Beck: Es war mir darum zu tun, dass wir diese wichtige Bestätigung aus dem Munde des

Schatzmeisters hörten. Wir haben daher auf andere Weise versucht, dem Redakteur zu helfen, da wir der Ansicht waren, während der Redakteur grosse Pflichten gegen uns hat, solange er sich Redakteur des Organs der Deutschen Medizinischen Gesellschaft von New York nennt, dass auch wir gleiche Pflichten gegen ihn haben, und es musste also ein Modus dafür gefunden werden, wie er Mittel erwirbt, die Zeitschrift auf einen höheren Standpunkt zu bringen. Wir haben mit seiner Uebereinstimmung ein Mittel gefunden, diese Unterstützung auf indirektem Wege zu gewähren, da wir nicht im stande sind, es dieses Jahr direkt zu tun. Darüber kann heute abend debattiert werden, aber Sie können die Sache auch auf die nächste Sitzung verschieben. Ich stelle Ihnen also anheim, ob Sie die Sache heute debattieren wollen, und zwar entweder gleich oder nach den Vorträgen, oder ob Sie die Angelegenheit verschieben wollen.

Dr. L. Weber: Ich denke, dass wir in Abwesenheit von Dr. Ripperger nicht zu einem Abschluss in der Sache kommen können. Dr. Ripperger sollte anwesend sein. Ich schlage daher vor, die Verhandlungen betreffend die Deutsche medizinische Monatschrift bis zur nächsten Sitzung zu verschieben.

Dr. H. G. Klotz: Ich unterstütze den Vorschlag und möchte empfehlen, dass es auf der Einladung zur nächsten Sitzung vermerkt werde, sodass diejenigen, die sich für die Angelegenheit interessieren, hier sein können.

Präsident Dr. Carl Beck: Es wird durchaus immateriell sein, was wir tun, da Dr. Ripperger, wie ich schon vorhin sagte, mit allem, was das Komitee vorgeschlagen hat, einverstanden ist. Aber ich glaube, dass es opportun ist, dass Sie die Sache in seiner Gegenwart und in Anwesenheit mehrerer anderen Herren besprechen wollen, die bereits nach Hause gegangen sind.

Dr. G. Mannheimer: Ich glaube auch, dass wir die Sache verschieben sollten, weil ich speziell eine persönliche Bemerkung zurückweisen möchte, und Dr. Ripperger sollte zugegen

sein, wenn das geschieht.

In der nunmehr folgenden Abstimmung beschliesst die Versammlung, die Angelegenheit auf die nächste Sitzung zu verschieben.

3. Vorträge.

a) Dr. Carl Beck: **Den Manen von Nicholas Senn.**

Sei den letzten zwei Monaten hat der Tod eine unheimliche Ernte unter den hervorragenden Männern unserer Wissenschaft gehalten, bei keinem aber hat uns der Verlust so nahe und so tief berührt, wie bei unserem Ehrenmitglied, dem grössten Chirurgen unseres Adoptivvaterlandes. Denn zu ihm blickten wir empor als zu einem Gottbegnadigten, von dessen Glorienschein ein goldener Strahl auf jeden von uns fiel, hatte doch sein Genius amerikanischer Wissenschaft in der ganzen Welt Achtung geboten. Ihn zu kennen genügte allein schon, um in allen Kliniken der zivilisierten Welt mit Respekt empfangen zu werden.

Wenn wir tiefergriffen um ihn trauern, so haben wir der Gründe dazu eine grosse Zahl. Sein Lebenslauf ist auch im Lande der unbegrenzten Möglichkeiten ein wunderbarer zu nennen. Von einfachen Eltern geboren, trug ihn sein rastloser Geist aus dem kleinen Horizont des Landarztes in Wisconsin zu den ruhmvollsten Höhen der Wissenschaft.

Am 31. Oktober 1844 in Buchs, einer kleinen Stadt im Kanton St. Gallen, geboren, wanderte er als Knabe von 8 Jahren nach den Vereinigten Staaten aus. Seine Eltern wurden zunächst in Ashford (Fond du Lac County) in Wisconsin ansässig. Nachdem er im Jahre 1864 die Hochschule von Fond du Lac summa cum laude absolviert hatte, begann er zunächst seinen Lebensunterhalt als Lehrer zu verdienen und ersparte sich in beispielloser Selbstverleugnung so viel, dass er schon im Jahre darauf unter den Auspizien seines Freundes Dr. F. Munk das Studium der Medizin auf dem Chicago Medical College beginnen konnte. Dort erwarb er sich die Venia practicandi nach weiteren drei Jahren, worauf er sich in Ashford niederliess. Fünf Jahre später siedelte er nach der

Hochburg des deutschen Nordwestens, dem kunstliebenden Milwaukee, wo er alsbald dem Aerztekollegium des städtischen Hospitals zugesellt wurde. Je mehr er gewürdigt wurde, desto geringer erschien dem bescheidenen Manne sein eignes Wissen, und im Jahre 1877 bezog er die Universität München, wo ihn namentlich der unvergessliche Nussbaum an sich fesselte. Schon im Jahre 1878 bestand er das Doktorexamen in München, worauf er in dem Cook County Hospital in Chicago noch weitere 18 Monate als Assistent diente, um sich in der Chirurgie weiter zu vervollkommen. Nach Milwaukee zurückgekehrt, nahm er seine chirurgischen Studien in grossartigem Masse wieder auf. Kein Tag verging, an dem er nicht trotz seiner enormen Privatpraxis Zeit fand, experimentelle Beiträge zu liefern. Seine Einkünfte verwendete er zum Ankauf von Ländereien, auf welchen er hunderte von Versuchstieren hielt. Seine wertvollen Beobachtungen sind in einem epochemachenden Werk, „Experimental Surgery,“ niedergelegt. Im Jahre 1884 wurde er als ordentlicher Professor der Chirurgie an das College of Physicians and Surgeons in Chicago berufen, eine Stellung, welche er mehrere Jahre noch von Milwaukee aus versah, bis er seinen permanenten Wohnsitz in Chicago aufschlug. Wenige Jahre später übernahm er die Professur am Rush Medical College, welches sich später infolge seiner selbstlosen Bemühungen mit der Universität von Chicago affilierte. Hier und am St. Joseph's- und dem Presbyterian Hospital wirkte er begeistert auf die akademische Jugend, bis ihn am 2. Januar dieses Jahres eine tückische Erkrankung des Herzens, welche er sich durch die Strapazen seiner letzten Reise in die Kordilleren zuzog, abrief.

Mit ihm ist ein Arzt dahingegangen, welcher in seiner besonderen Art einzig war. Er dürfte in bezug auf Kombination von genialer Intuition mit geradezu phänomenaler Arbeitskraft kaum seines gleichen finden. Wir besitzen von ihm über 300 Monographien, darunter 10 Lehrbücher, von

denen das über Tuberkulose der Knochen und Gelenke sowohl als die chirurgische Behandlung der Tumoren zu den klassischen gehören. Keiner dürfte ein Senn'sches Buch aufschlagen, ohne daraus Belehrung und originelle Anregung zu schöpfen. Sein wissenschaftliches Interesse und seine stete Bereitwilligkeit, zu lernen, liess ihn grosse Reisen machen, deren Frucht er in mehreren Bänden niederlegte. Was immer Senn schrieb, trug den Stempel der Gediegenheit, war es Beschreibung einer Operationsmethode, einer Zelle, einer fremden Klinik, eines Gebirgszuges oder eines Menschen, alles war scharf beobachtet und mit nicht zu verkennenden Strichen gezeichnet. Dabei war sein Stil vornehm, wie er selbst. Nie kam ein triviales Wort über seine Lippen, er lächelte aber immer gutmütig, wenn andere sich Scherze erlaubten. So beeinflusste er nicht bloss durch das gesprochene Wort die Kollegen, welche ihm viele Meilen weit her in seine bis zu äusserster Fassungskraft gefüllte Klinik zuströmten, sondern auch durch sein Beispiel sorgfältiger Beobachtung, die in die trefflichste Form gekleidet war. Die Vorlesungen, welche er in der ersten Hälfte der achtziger Jahre über Infektion und Wundbehandlung hielt, waren eine Pioniertat von unermesslichem Wert, wenn man bedenkt, wie gross im Wilden Westen damals noch die Verachtung des neuen Wesens in der Chirurgie. Denn durch Senn's veredelnden Einfluss wurde in erster Linie die im alten Schlandrian fortwirtschaftende Chirurgie bekehrt und somit tausend anderen lebensrettende Belehrung gebracht.

Senn's Untersuchungen über Darmoperationen gaben in der ganzen Welt den Anstoss zum weiteren Aufbau dieser glänzendsten Domäne der heutigen Chirurgie, in welcher Amerika ganz gewiss nicht mehr an zweiter Stelle steht. Die praktischen Ergebnisse seiner Darmexperimente resultierten in der Konstruktion von dekalzinierten Knochenplatten zur Vereinfachung der Darmnaht und in der Einführung des Wasserstoffsperoxyds bei Darmverletzungen zum Zwecke der Lokali-

sierung. Die Prüfung der Pankreasverletzungen liess ihn zuerst an die chirurgische Behandlung derselben denken. Auch die Knochenchirurgie dankt ihm wertvolle praktische Winke, es möge nur an seine Naht beim Bruch des Schenkelhalses erinnert sein. Fragen der Armeechirurgie nahmen ebenfalls sein Interesse in hohem Grade in Anspruch, er war darin der amerikanische Esmarch. Dies wurde im spanisch-amerikanischen Kriege dadurch anerkannt, dass man ihn dem Generalstabsarzt der Armee zur Seite stellte. Ohne seinen Einfluss wären noch viel grössere Katastrophen eingetreten, als sie infolge des damaligen Systems leider zu verzeichnen sind.

An Ehren und Auszeichnungen hat es ihm weder hier noch in Europa gefehlt. Sein Name war in allen Erdteilen wohlbekannt. Seine Patienten verehrten ihn wie einen Abgott und seine Studenten kannten in ihrer Begeisterung für ihn keine Grenzen. Sein Familienleben war ungetrübt. Seine hochgebildete Frau, die ihn nunmehr so tief betrauert, schenkte ihm zwei Söhne, welche sich beide in Chicago einen chirurgischen Namen erworben haben. Der oberste Grundzug seines seltenen Charakters war das Gefühl der Pflicht. Schonung seiner Person kannte er nicht. Seine Bescheidenheit war sprüchwörtlich. Wenn er zu uns nach New York kam und sich mit dem Geringsten leutselig unterhielt, hörte man beim Abschied oft die Frage: „Wie, dieser einfache Mann soll der grosse Senn gewesen sein?“ Nichts konnte ihn mehr freuen, als anderen gefällig zu sein. Seine Generosität kannte keine Grenzen. Wie unerhört war die Munifizienz, den Hospitälern, welche ihm doch so sehr verpflichtet waren, mehr als die Hälfte seines Vermögens bei Lebzeiten zuzuwenden!

Senn war ein amerikanischer Patriot. Aber sein Herz schlug doch für die deutsche Wissenschaft und die deutschen Gelehrten. Wenn er ins Plaudern kam, dann wurde er bei seinen deutschen Erinnerungen oft auffallend weich gestimmt. Er sprach immer wohlmeinend von delinquenten Kollegen. In dem kindlichen Herzen

des sonst so energischen Mannes fand sich kein Raum für kleinliche Erwägungen. Er liess sich lieber betrügen, als dass er der Stimme des Misstrauens Gehör schenkte. In seinem Kreis war auch der Profane gezwungen, wenigstens auf einen Augenblick bessere Gefühle zu hegen. Er ist heimgegangen, aber er hinterliess ein grosses Vermächtnis. Sein Name wird in der Geschichte der Medizin unvergessen bleiben.

Meine Herren, ich fordere Sie auf, sich zur Ehrung seines Andenkens zu erheben. (Geschicht.) Ich danke Ihnen.

Vorträge.

Dr. H. Wolf: **Die Lehre von der vasomotoren Lähmung als Grundlage der Hydrotherapie der Infektionskrankheiten.**

(Der Vortrag wird in der Monatschrift als Originalarbeit publiziert werden.)

Diskussion. Dr. S. Baruch: Dem Kliniker darf es eine grosse Genugtuung sein, die Ideen, die er seit Jahren als Rationale und Basis seines therapeutischen Handelns benützt hat, von einem so tüchtigen und in der modernen Literatur bewandten Kollegen vertreten zu hören. Dass ich den Hauptpunkten des soeben gelieferten Vortrags beistimme, ergeht aus dem Faktum, dass ich seit dem Erscheinen meines ersten Buches den unzweifelhaften Einfluss des von Hutchinson sogenannten Hautherzens betont habe. Wie jede klinische Wahrheit, ist auch diese von neuen Forschern bestätigt worden. Es ist treffend, dass Sie, meine Herren, eine solch klare und lehrreiche Darstellung der wahren Basis der Kaltwasserbehandlung gehört haben, die einigen hoffentlich als Beweis ihrer Wirksamkeit und anderen zur Beseitigung falscher Ideen und Vorurteile dienen wird. Ich kann dem werten Kollegen nicht ganz in der Erklärung seiner Theorie der Kapillarenkontraktion durch die Hautmuskeln beistimmen, wenn er behauptet, dass diese Zusammenziehung der Gefässe auf reflektorischem Wege durch das Vasomotorenzentrum, welches durch den Kältereiz erregt werden soll, von statten geht. Der primäre

Effekt ist eine Kontraktion der Hautmuskeln durch die Kälte. Diese erhöht den „Tonus“ in der Peripherie, welcher durch die in dem Blute zirkulierenden Toxine herabgesetzt worden ist, und unterstützt auf diese Weise die Vasomotorenzentren (die kleinen und grossen) mit Kraft. Meine Erklärung der Wirkung des kalten Bades ist folgende:

Es ist physiologisches Gesetz, dass Kälte die glatte Muskulatur kontrahiert. Die Muskulatur der Haut wird also zusammengezogen; die Haut wird gerunzelt (Gänsehaut). Die Hautkapillaren werden auf dieser Weise zusammengezogen, denn sie besitzen keine Muskulatur. Die Haut wird blass und anämisch, wird aber durch die Friktion mässig erwärmt. Die Kontraktion der Muskulatur wird teilweise beseitigt. In demselben Moment werden die kleinen und grossen Vasomotorenzentren durch den sensorischen thermischen Reiz erregt — erfrischt — und sie antworten durch eine Erhöhung der Herzkraft und der Spannung; das Blut wird mit vermehrter Kraft in das ganze Gefässgebiet getrieben, sodass die früher anämisierten Kapillaren bald von arteriellem Blut strotzen, wie Bier in seinen Experimenten bewiesen hat. Der mechanische Reiz — die Friktion — erwärmt die kalte Haut; die Ueberfüllung mit arteriellem Blut erhöht die Temperatur derselben und die abnorme Kontraktion der Hautmuskulatur lässt nach und kehrt zu ihrem normalen Tonus zurück; gerade das entgegengesetzte, das nach einem warmen Bad geschieht. Die Resistenz der Hautmuskulatur gegen die durch das stark zuströmende Blut wieder dilatierten Kapillaren bietet dem Herzen den nötigen Widerstand, der in einem normalen Zustand des Vasomotorensystems besteht. Auf diese Weise wird die Herzschwäche und die sie begründende Erschlaffung der peripheren Gefässe beseitigt, wie es von keinem Medikament geschehen kann. Auf diese Weise ist die tonische Hyperämie der Haut nach kalten Bädern zu erklären. Ohne die direkte Zusammenziehung der Hautmuskeln und ihre später der Vasomotorenerregung und Friktion folgenden Er-

wärmung würde die Herstellung eines verbesserten Zirkulationszustandes scheitern. Ohne Friktion bleibt die Hautmuskulatur starr und die Kapillaren füllen sich nicht, obgleich auch die Vasomotoren erregt worden sind; das ist klinische Tatsache, denn der Patient kollabiert, wenn er im kalten Bade nicht gerieben wird. Die Friktion bleibt deshalb das Hauptelement des kalten Bades. Eines der wichtigsten Regeln der Hydrotherapie ist, dass kaltes Wasser nie ohne Friktion angewendet werden darf. Dass die regelrechte Kaltwasserbehandlung des Fiebers, wie sie Brand befürwortet, nicht Gemeingut der Aerzte geworden ist, erhellt aus einer in der „Deutschen Klinik“ im letzten Sommer erschienenen Umfrage über die Behandlung des Abdominaltyphus. Und dass die Vernachlässigung der einfachsten Grundsätze der Hydrotherapie daran schuld ist, erhellt aus den Schriften und Diskussionen der berühmtesten Aerzte Deutschlands — vide Curschmann in Nothnagel's Cyclopaedie, Artikel Typhus!

So lange wie Brand lebte und für die präzise Technik seines Bades kämpfte, ging die Mortalität des Abdominaltyphus hinunter, wie aus den Berichten der Militärbehörden bewiesen wurde. Die Brand'sche Methode, die ganz auf eine Erhöhung des peripheren Blutlaufs gestützt ist, wurde aber nicht von deutschen Professoren in Zivilhospitälern erprobt und fiel deshalb ausser Gebrauch. In unserem Lande ist es anders gegangen. Seitdem ich die Ehre hatte, die Brand'sche Methode in 1889 hier einzuführen (ich spreche nicht von der Kaltwasserbehandlung, sondern von der Methode Brand) haben klinische Lehrer wie Flint, Alfred Loomis, Delafield, Peabody, Osler, Bull und andere die Technik und das Rationelle dieser Prozedur geprüft und verbreitet. Die Antworten auf die oben erwähnte „Umfrage“ erwähnten kalte Bäder mit Indifferenz oder Spott. Im Gegenteil hat eine von mir vor einigen Wochen angestellte Umfrage erwiesen, dass Osler's Nachfolger im Johns Hopkins Hospital, Professor Bar-

ker in Philadelphia, die Professoren Wilson, Tyson und Musser in New York, der soeben hingschiedene Loomis und die Professoren Thompson und James dieses Bad als die beste Behandlung des Abdominaltyphus betrachten.

In seinem in 1903 erschienenem Werke, „Practice of Medicine,“ betont Gilman Thompson die Tatsache, dass die Mortalität in den New Yorker Hospitälern durch die Einführung des regelrechten Brand'schen Bades um die Hälfte reduziert worden ist.

In der Technik des kalten Bades spielt der Zustand des Vasomotorensystems eine grosse Rolle. Deshalb ist der Vortrag, den Sie, meine Herren, soeben gehört haben, nicht bloss von akademischem Wert. Wie kalt das Wasser sein soll, wie lange das Bad dauern soll und wie oft es gegeben werden soll, hängt ganz von der Integrität des Vasomotorensystems ab. Im ersten Stadium zum Beispiel eines Typhus, ehe das Nervensystem die Reflexaktion betäubt oder abgeschwächt ist, darf und soll das Bad 70 bis 65° F. sein; hier ist die strikte Brand-Methode anzuwenden; in der zweiten oder dritten Woche sind die Reflexe oft so deprimiert, dass kürzere Bäder und häufigere angewandt werden müssen.

Derjenige Arzt, der die Prinzipien der Hydrotherapie beherrscht und des wichtigen Anteils des Vasomotorensystems in der Therapie der Infektionskrankheiten bewusst ist, wird die meisten Leben retten.

Dr. H. Wolf (Schlusswort): Ich habe auf die Worte des Dr. Baruch zu erwiedern, dass es noch nicht sicher erwiesen ist, ob der Einfluss der Kältereize auf die glatten Muskelfasern mittelbar oder unmittelbar ist.

Schulz hat nachgewiesen, dass die Wirkung ausblieb, wenn er den Muskel mit Kokain benetzte.

Was nun die Friktion anbetrifft, so muss ich die Notwendigkeit derselben bei kalten Bädern nochmals mit Baruch betonen; kein kaltes Bad ohne mechanische Einwirkung. Ob diese in einer Reibung oder in dem Druck (Dusche) besteht, ist gleichgiltig.

c) Dr. A. Herzfeld: **Zur Behandlung der Migräne.**

(Wird als Originalartikel in der Monatsschrift veröffentlicht werden.)

Diskussion. Dr. J. S. Fraenkel: Ich kann nur unterschreiben, dass man individualisieren muss, und dass die Migräne keine Erkrankung sui generis ist, keine Erkrankung, die eine definitive pathologische Anatomie hat, denn das ist es wohl, was wir bis jetzt Morbus sui generis nennen, und dass wir eingestehen, dass wir weder eine genaue Pathogenese noch eine genaue Pathophysiologie oder pathologische Anatomie der Migräne haben. Nichtsdestoweniger möchte ich die Ausführungen von Dr. H. Herzfeld etwas wärmer befürworten, und zwar aus folgenden Gründen: Wir geben zu, dass es für die Majorität der Migränefälle keine definitive pathologische Basis und demnach auch keine definitive allgemeine giltige in jedem Falle anzuwendende Therapie gibt, aber wenn wir doch an der Hand aller früheren Erfahrungen und unserer eigenen Erfahrungen uns ein Bild von der Häufigkeit und den häufigen Formen der Migräne entwerfen, so kommen wir zu folgendem praktischen Resultat: Wenn wir unter Migräne folgenden Symptomenkomplex verstehen: einen auf hereditärer Basis sich entwickelnden, in gewissen bestimmten Perioden wiederkehrenden Symptomenkomplex, der sich zusammensetzt aus den Phänomenen, wie sie Dr. Herzfeld beschrieben hat, aus gastrointestinalen, vasomotorischen und cerebros spinalen Symptomen, so kann man das eine Migräne nennen. Nun wenn wir diese Definition auf unsere praktische Erfahrung anwenden, so würde ich sagen, dass das die Majorität der Fälle von einseitigem Kopfschmerz deckt, die uns in der Klinik und Praxis begegnen. Die sehr viel selteneren Fälle, die erwähnt wurden, sind eine sehr rare Form der Erkrankung, und es ist sehr fraglich, ob sie überhaupt derjenigen Migräne zuzurechnen sind, die Dr. Herzfeld heute hat zur Diskussion bringen wollen. Ich muss sagen, dass ich selbst in einer Reihe von Jahren kaum mehr als zwei Fälle von Migraine ophthalmoplégique ge-

sehen habe. Wo wir die Fälle von Migraine ophthalmoplégique hinsetzen, ist für den Moment unentschieden. Die Entscheidung des pathogenetischen Verhältnisses der gastrointestinalen zu den cephalen Symptomen ist selbstverständlich äussert schwer. Es kann kein Mensch sagen, ob die gastrointestinalen Symptome das primäre und die cephalen das sekundäre sind oder umgekehrt. Meine eigene Erfahrung steht unter dem Einfluss der Auffassung, wie sie Dr. Herzfeld vortragen. Dass die meisten Formen der reinen Migräne und der analogen Formen von Nervenaffektion hervorragend von irgend einer gastrointestinalen oder „Stoffwechsel“-Ursache bedingt sind, ist mir zur Ueberzeugung geworden. Ich habe die Sache seit drei, vier Jahren genauer verfolgt, und jeder einzelne meiner Migränefälle wird daraufhin gründlich geprüft. Ich will das an ein paar Beispielen erläutern. Ich habe gegenwärtig unter Behandlung zwei Fälle, einen Zahnart und einen Bruder des Herrn. Der Zahnarzt hat, was man typische Anfälle von Migräne nennt. Alle 3, 4, 6 Wochen bekommt dieser Herr einen Anfall, der manchmal mit einer optischen Aura einherläuft, manchmal mit Erbrechen oder ohne dasselbe. Bei diesem Herrn fand sich regelmässig einige Tage vor dem Anfall eine mächtige Anhäufung von Indikan im Harne, sodass mein Laboratoriums-Assistent mir im vorhinein sagte, was vorgeht. Gleichzeitig war damit ein mächtiger Krampf im ganzen Dickdarm assoziiert, der sich dann in der Form des Stuhles zeigt. Unter solchen Umständen löst sich der Anfall aus. Eine auf diese Verhältnisse gerichtete Therapie hat den Herrn die letzten drei Jahre migränefrei gehalten. Der Bruder dieses Herrn leidet an Anfällen, die ins Gebiet des Petit mal gehören. Der Befund im Darm ist analog dem bei seinem Bruder, und die in derselben Weise eingeleitete Therapie hat eine ganz unstrittige Besserung im Zustande des Patienten bewirkt.

Davon unterscheidet sich klinisch eine andere Klasse von Fällen. Da ist ein Vater und zwei seiner Söhne, die

alle drei Migräneanfälle haben, ein Herr, 40 Jahre alt, und ein Junge von 10 und einer von 17 Jahren. In diesen drei Fällen konnte dieselbe Therapie gar keinen Erfolg zeigen, und die ganz genaue Untersuchung des Stuhls hat gar keine Anhaltspunkte ergeben. Das ist ein Typus, der sich jedenfalls von der Migräne ablöst und pathologisch nicht erkennbar ist. Ebenso ist der, welcher Störungen wie vorübergehend leichte Hämoplegien oder Augenmuskelerkrankungen hat, praktisch nicht zu berücksichtigen bei der Pathogenese der gewöhnlichen, praktisch häufigen Migräne. Ich glaube mit der Bemerkung schliessen zu können, dass für die häufigen Formen, die wir in der Praxis sehen, die von Dr. Herzfeld skizzierte Auffassung wohl gegenwärtig vom praktischen Standpunkt aus die richtigste ist.

Dr. G. M a n n h e i m e r: Ich glaube, dass zum Zustandekommen der Migräne zwei Dinge gehören, eine Prädisposition und auslösende Momente. Die Migräne ist ja häufig, wie Dr. F r a e n k e l sagt, Familienkrankheit. Eine sehr häufige Prädisposition ist die gichtische.

T r o u s s e a u erwähnt mehrere charakteristische Beispiele, wo bei demselben Menschen in der Jugend Migräneanfälle bestanden, die späterhin von Gichtanfällen abgelöst wurden; oder wo Asthma und Migräne, Hautausschläge und Gichtanfälle abwechselten. Auslösende Momente können bei Leuten, die zu Migräne prädisponiert sind, Verdauungsstörungen sein, Aufregungen, Ueberanstrengungen oder irgend ein anderes Moment. Wenn aber Dr. H e r z f e l d auf Magenatonie ein so grosses Gewicht legt, so wird es sich doch empfehlen, für die betreffenden Fälle etwas genauere Angaben zu machen. Besteht denn wirklich Atonie? Ich verstehe unter Atonie motorische Insuffizienz des Magens. Wenn man bei einem Migränefall vermutet, dass motorische Störungen das auslösende Moment sind, so muss man der Sache auf den Grund gehen. Man untersucht den Chemismus und die Motilität des Magens. Daraus wird

sich etwas Bestimmtes für die Behandlung ableiten lassen.

Den Autointoxikationen vom Darmkanal aus legt man heutzutage alle möglichen Zustände zur Last. Man spricht von Toxinen, die im Darm erzeugt werden und bei mangelhafter Nieren- und Lebertätigkeit in den Kreislauf übergehen. Ich habe die Frage in der letzten Zeit genau studiert und habe mich überzeugt, dass sehr wenig Tatsächliches, Greifbares dahinter ist. Ob im Urin etwas mehr Indikan oder Phenol ist, das macht nicht viel aus. Es handelt sich ja auch nicht bloss um die Untersuchung des Urins sondern auch des Kotes und des Lungengaswechsels. Eine Untersuchung des Urins auf Indikan und Azeton etc. ist doch noch keine Stoffwechseluntersuchung. Wir Praktiker können diese Untersuchungen nicht machen, aber viele Forscher haben das oft genug getan, und aus deren Ergebnissen schliesse ich, dass von der sogenannten Autointoxikation wenig sicheres übrig bleibt.

Dr. H e r z f e l d hat kalte Bäder gefolgt von kalten Abreibungen für die Behandlung empfohlen. Das ist eine etwas vage Vorschrift und ich zweifle nicht, er wird seinen Patienten etwas genauere Direktionen geben. Jedenfalls ist die Hydrotherapie eines der mächtigsten Mittel, um die Diathese, die der Migräne zu Grunde liegt, im Intervall zu bekämpfen. Ich habe seit einigen Jahren Migräne-Patienten im Intervall Natrium salicylicum mit Natriumbromat, eine Dosis abends vor dem Schlafengehen, gegeben, und zwar mit Erfolg, da wo die Ursache der Migräne nicht zu ergründen war. S e g u i n hat die Behandlung mit Cannabis Indica für das Intervall sehr warm empfohlen.

Dr. A. H e r z f e l d (Schlusswort): Ich habe gleich im Anfang meines Vortrages die Bemerkung gemacht, dass ich in allen Fällen der Migräne diese Behandlungsmethode angewandt, in den meisten Fällen mit gutem Erfolg. Dass die Migräne nur ein Symptomenkomplex ist und kein morbus sui generis, habe ich ebenfalls er-

wähnt, desgleichen, dass eine neuropathische Veranlagung nötig ist und häufig der auslösende Reiz vom Magendarmkanal ausgeht. Weiter habe ich nichts zu sagen.

Präsident Dr. Carl Beck: Ich habe Ihnen noch eine wichtige Mitteilung zu machen. Ende nächsten Monats wird kein geringerer als Prof. Robert Koch nach New York kommen. Es ist doch selbstverständlich, dass vor allen Dingen die Deutsche Medizinische Gesellschaft daran ein Interesse nimmt. Ich glaube, Sie werden alle mit mir darin eins sein, dass die starke Indikation vorliegt, von der Anwesenheit Robert Kochs Notiz zu nehmen. Wir haben ihn oft genug in unseren Versammlungen erwähnt. Ich möchte Sie bitten, Vorschläge zu machen, welche dahin gehen, wie man ihn feiern kann, ob durch ein Bankett oder etwas derartigen.

Nach kurzer Debatte beschliesst die Versammlung, dem Verwaltungsrat Vollmacht zu geben, eine Robert Koch-Feier einzuleiten.

Präsident Dr. Carl Beck: Im Anschluss an die Zeitschriftenangelegenheit möchte ich noch um Ihre Instruktion bitten. Nach unserer Geschäftsordnung sollten derartige Fragen am Schluss der Vorträge behandelt werden. Aber Sie sehen, wie es geht. Wenn es 10 Uhr geschlagen hat, dann gehen die meisten Kollegen fort. Da Sie nun beschlossen haben, dass die Angelegenheit in der nächsten Sitzung vorkommt, so sind wir eventuell in prekärer Lage. Instruieren Sie mich deshalb gefälligst, welcher Platz dieser Diskussion angewiesen werden soll. Nach der Vorstellung von Patienten etwa, oder wollen Sie eine bestimmte Zeit festsetzen, sodass wir nicht wie-

der gehindert sind dadurch, dass der eine oder andere noch nicht da ist oder nicht länger bleiben kann.

Dr. Carl Pfister: Da die Sache bekannt gemacht wird, so wird wohl jeder, der ein Interesse daran hat, hier bleiben; aber ich glaube, wir müssen uns strikt an die Geschäftsordnung halten, die vorschreibt, dass derartige Sachen nach dem Vortrag behandelt werden.

Präsident Dr. Carl Beck: Wir haben in der nächsten Sitzung vier Vorträge; es wird also sehr spät werden.

Dr. G. Mannheim: Dr. Pfister bemerkt ganz richtig, dass die Geschäftsordnung vorschreibt, dass speziell geschäftliche Angelegenheiten nach der wissenschaftlichen Diskussion folgen sollen. Das wird aber nicht gehen, wenn vier Vorträge gehalten werden. Ich stelle daher den Antrag, dass nur zwei Vorträge auf das Programm kommen und zum Schluss die Besprechung des Verhältnisses der Gesellschaft zur Monatsschrift auf Grund des Komiteeberichts.

Die Versammlung beschliesst diesem Antrag gemäss.

Präsident Dr. Carl Beck: Herr Dr. Tombo hat gebeten, seinen Gehalt als Stenograph zu erhöhen. Er hat sehr grosse Arbeit. Der Verwaltungsrat ist dafür, dass diese Frage in Verbindung mit der Frage der Unterstützung der Monatsschrift behandelt wird.

Auf Antrag aus der Mitte der Versammlung erklärt sich diese mit dem Vorschlag des Verwaltungsrats einverstanden.

Hierauf tritt Vertagung ein.

Schluss der Sitzung um 10:15 Uhr.

Dr. J. Heckmann,
Prot. Sekretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Trockenbehandlung der Gonorrhöe.* Zum Einblasen von Pulvern in die Urethra bedient sich Zeuner in Berlin eines von Windler, Berlin N., Friedrichstr. No. 133 a, hergestellten, Pulveral genannten Pulverbläasers. Nachdem durch Urinieren die Schleimhaut

von Sekret gereinigt, das Orificium gut abgetrocknet worden ist, wird die zur Aufnahme des Pulvers bestimmte Schaufel gestrichen voll beladen, das Glasrohr in das sich anschliessende Hartgummirohr fest eingeschoben, die Ansatzspitze in das Orificium einge-

führt und durch viermaliges kräftiges Ausdrücken des Gummiballons die ganze Pulvermenge eingeblasen. Die eingetriebene Luft entweicht bald wieder. Dass das auf diese Weise eingeblasene Xeroform bis in die Pars bulbosa in bester Verteilung und in reichlicher Menge gelangt, konnte auch Professor Posner, dem Verfasser sein Verfahren demonstrierte, mittels Endoskops konstatieren. Das vom Verfasser bevorzugte Xeroform, das austrocknend, schmerzstillend, reizlos und keratoplastisch wirkt, haftet gut an der

Schleimhaut, reduziert die Eiterproduktion schnell und kann durch Förderung der Ueberhäutung ohne Narbenbildung Strikturen verhindern. Die durch die Lufteinblasung verursachte Dehnung der Urethra kann das bei narbiger Verengung schwierige Durchführen von Sonden und die Urinentleerung ohne Katheter erleichtern. Die neue Behandlungsmethode verdient gewiss Beachtung. Die Pulverbehandlung ist auch bei Frauen durchführbar. (Berliner klinische Wochenschrift, No. 25, 1907.)

Kleine Mitteilungen.

— Geheimrat Carl v. Voit ist am 31. Januar gestorben. Der Gelehrte hatte noch nach Ablauf der Weihnachtsferien seine Vorlesungen wieder aufgenommen. Doch machten sich schon bald darauf Krankheitserscheinungen geltend, die ihn zum Entschluss brachten, um die Enthebung von seinem Lehramt nachzusuchen. Von da an machte der Verfall rasche Fortschritte. Die Sektion ergab als Todesursache Miliartuberkulose. Der Tod Voit's trifft die Universität München, mit der er 45 Jahre hindurch aufs engste verbunden war, schwer. Nicht nur weil sie ihren berühmtesten Forscher und Lehrer mit ihm verliert, sondern auch weil Voit's Persönlichkeit mit ihrer Verkörperung aller guten Charaktereigenschaften, ihrer Erfahrung, Pflichttreue, Rechthlichkeit im Rate des Senats und der Fakultät schlechthin unersetzlich ist. Die Münchener Aerzte sind zum grössten Teil Voit's Schüler. Sie bewahren ihm ein dankbares und unauslöschliches Andenken. (Münchener med. Wochenschr.)

— *Erschliessung einer neuen Thermaquelle in Karlsbad.* Anlässlich der Sanierungsarbeiten im Quellengebiet in Karlsbad wurde bei Neufassung des Mühlbrunnens eine Therme von besonders hoher Temperatur und grosser Ergiebigkeit erschlossen. Dieselbe dürfte die gleiche sein, welche schon gegenwärtig den Mühlbrunnen speist. Die Temperatur der Quelle beträgt 50°. Ob bei Aufindung der Quelle nicht etwa der unterirdisch Zuleitungsweg einer schon lang erschlossenen Quelle angefahren wurde, muss abgewartet werden. Ein abschliessendes Urteil wird erst möglich sein, wenn die neu erschlossene Quelle geraume Zeit hindurch in bezug auf Ergiebigkeit, Steighöhe und Temperatur konstant bleibt und die übrigen Quellen unberührt lässt. (Allgemeine Wiener med. Zeitung.)

— Der 37. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 21. bis 24. April, der 7. Kongress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie am 25. April d. J. im Langenbeckhause in Berlin statt.

