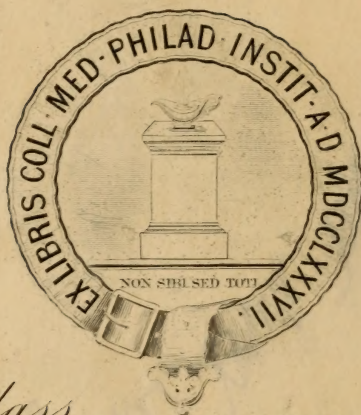
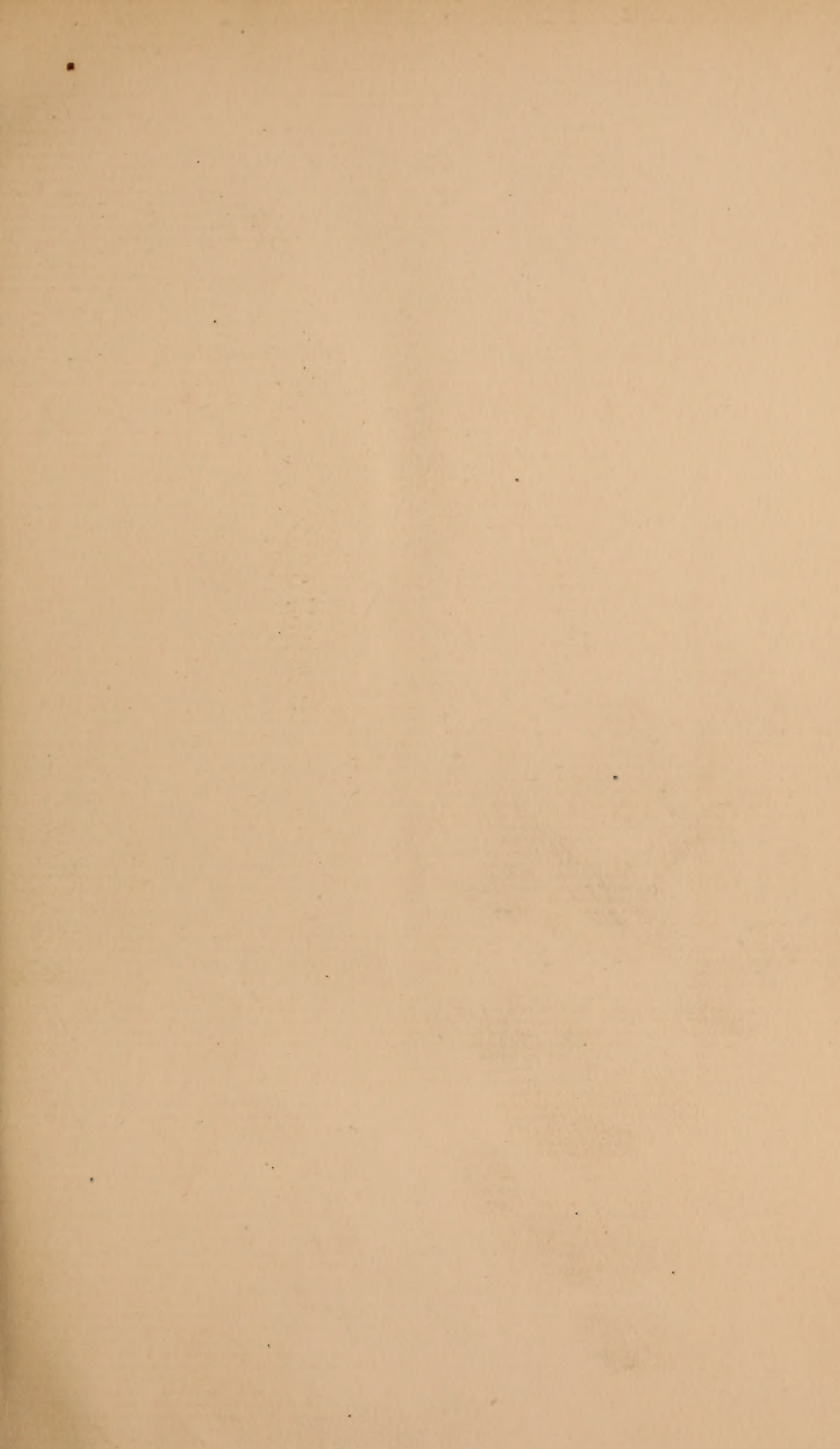



14390



Class \_\_\_\_\_  
No. \_\_\_\_\_

Presented by  
H. A. Hare, M.D.





Digitized by the Internet Archive  
in 2014





53

New Yorker

# Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

unter Mitwirkung von

- |                       |                        |                     |
|-----------------------|------------------------|---------------------|
| DR. J. BRETTAUER,     | DR. GEO. W. JACOBY,    | DR. A. SCHAPRINGER, |
| DR. W. FREUDENTHAL,   | DR. F. KRUG,           | DR. A. SEIBERT,     |
| DR. J. W. GLEITSMANN, | DR. S. J. MELTZER,     | DR. F. TOREK,       |
| DR. H. GOLDENBERG,    | DR. WILLY MEYER,       | DR. S. WELT,        |
| DR. L. HEITZMANN,     | DR. C. A. VON RAMDOHR, | DR. AD. ZEDERBAUM.  |

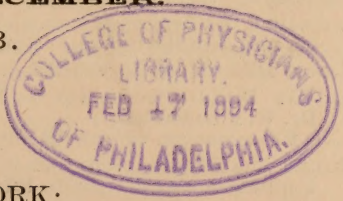
Redigirt von

**DR. MAX EINHORN.**

**BAND V.**

**JANUAR-DECEMBER.**

1893.



NEW YORK:

VERLAG DER MEDICAL MONTHLY PUBLISHING COMPANY.

DRUCK DER CHEROUNY PRINTING AND PUBLISHING CO.,

17 to 27 Vandewater Street, N. Y.

# New Yorker Medicinische Monatschrift.

Redigirt von Dr. MAX EINHORN.

## Inhaltsverzeichniss von Band V.

### ORIGINALARBEITEN:

	SEITE.
ANTISEPSIS, Antisepsis oder Asepsis in der Nasenchirurgie. Von Dr. W. Freudenthal .....	53
ARIZONA, Central-Arizona als Sanitarium für Tuberculosis, Rheumatismus und Asthma. Von Dr. Louis Stern .....	387
BAKTERIOLOGIE, Ueber die Fortschritte der Bakteriologie in den letzten Jahren. Von Dr. Louis Heitzmann .....	323
CENTRIFUGE, Werth der Centrifuge zur klinischen Diagnose. Von Dr. F. E. Sondern .....	260
EMPYEM, Empyem und seine Behandlung. Von Dr. Carl Beck .....	365
ENTEROPTOSE, Ueber Enteroptose oder Glénard'sche Krankheit. Von Dr. Max Einhorn .....	91
ENDOSCOP, Ein neuer endoscopischer Obturator zur Erleichterung der Einführung des Endoscopes in die hintere Harnröhre. Von Dr. H. Goldenberg .....	96
GEBURT, Spätinfection nach der Geburt. Von Dr. H. Kreuzmann .....	341
HERZ, Bemerkungen über motorische Neurosen des Herzens. Von Dr. Geo. W. Jacoby .....	41
HIRNABSCHESS, Die Pathologie des Gehirnabstesses. Von Dr. C. Heitzmann. 161 Ueber die Therapie der Hirnabscesse. Von Dr. Otto G. Kiliapi .....	165
JAHRESBERICHT, Erster Jahresbericht der Spezialabtheilung für chirurgische Krankheiten des Halses an der deutschen Poliklinik der Stadt New York. Von Dr. Carl Beck .....	201 u. 241
Erster Jahresbericht der geburtshülflichen Poliklinik der N. Y. Post-graduate Medical School. Von Dr. C. A. von Ramdohr .....	475
KINDESALTER, Beitrag zum Vorkommen von geistigen Störungen nach acuten Krankheiten im Kindesalter. Von Dr. Sara Welt .....	129
KRANKHEIT, Traum und Krankheit. Von Dr. Ludwig Bremer .....	281
LARYNGITIS, Ist Laryngitis sicca und Stoerck'sche Blenorhoe des Larynx ein und derselbe Process? Von Dr. W. Freudenthal .....	170
MAGEN, Diätetik der Magenkranken. Von Dr. Max Einhorn .....	263 u. 295
MASSAGE, Die interne Massage bei Nasen- und Rachenkrankheiten. Von Dr. W. Freudenthal .....	286 u. 334
Die Bauchmassage vermittelt Kanonenkugel. Von Dr. A. Rose .....	500
MYOPIE, Zur Erklärung der transitorischen Myopie bei Iritis, nebst Bemerkungen über diätetische Kurzsichtigkeit. Von Dr. A. Schapringer .....	423
NIERENKRANKHEITEN, Bemerkungen über die Pathologie und Diagnostik der Niere. Von Dr. C. Heitzmann .....	413
Ueber die Grenzen der medicinischen Behandlung der Nierenkrankheiten. Von Dr. Leonard Weber .....	418
Ueber die Grenzen der chirurgischen und medicinischen Behandlung bei Nierenkrankheiten. Von Dr. F. Lange .....	457
Ueber die Grenzen der medicinischen und chirurgischen Behandlung bei Nierenkrankheiten. Von Dr. Willy Meyer .....	468



## INHALTSVERZEICHNISS.

iii.

	SEITE.
OHRENHEILKUNDE, Entwicklung und Stellung der O. als Specialfach. Von Dr. W. Vulpius.....	493
OZON, Beobachtung über den therapeutischen Werth von Ozoninhalationen, nebst Demonstrationen eines verwerthbaren Apparates. Von Dr. A. Caillé.....	81
PEMPHIGUS, P. neonatorum syphiliticus. Von Dr. F. T. B. Fest. . . . .	87
PERINEALSCHNITT, Zur Ehrenrettung des P. Von Dr. Carl Beck.....	489
SYMPHYSIOTOMIE, die erste S. in New York. Von Dr. H. J. Garrigues. . .	127
TRACHYCAPDIE, Ein Fall von zaroxytmaler T. Von Dr. Alfred Meyer.....	121
TRIONAL, T. als Schlafmittel. Von Dr. Leo Stieglitz.....	479

### EDITORIELLES.

MYXÖDEMA, Die Behandlung der Myxödema.....	62
VIRCHOW, R. Virchow's Ansichten über die Erzeugung von Typhus und anderen Darmaffectionen durch Rieselwässer.....	99
ZUKUNFTSTHERAPIE, Die Milch immunisirter Thiere und die Zukunftstherapie der Infectionskrankheiten.....	502

### REFERATE.

ARZNEIMITTELLEHRE. Referirt von Dr. Ad. Zederbaum.....	74—75, 114—145
AUGENHEILKUNDE. Referirt von Dr. A. Schapringer....	108—109, 140—143, 485—490.
CHIRURGIE. Referirt von D. F. Torek.....	181—182, 433—435, 482—485
CIRCULATION, Krankheiten der Circulationsorgane. Referirt von Dr. Max Einhorn.....	272—273
DERMATOLOGIE UND UROLOGIE. Referirt von Dr. H. Goldenberg....	70, 138—139, 227—230, 317, 350—351, 396—397, 435—436.
GYNÄKOLOGIE. Referirt von Dr. Brettauer....	507—508, 103—104, 185—187, 315—316, 397—398, 490—491.
INNERE MEDICIN. Referirt von Dr. Ad. Zederbaum....	503—504, 101—103.
KINDERHEILKUNDE. Referirt von Dr. Sara Welt....	509—511, 105—107, 188—190, 275—276, 348—350, 436—438.
NERVENHEILKUNDE. Referirt von Dr. Geo. W. Jacoby....	506—507, 182—185, 310—314.
OHRENHEILKUNDE. Referirt von Dr. A. Schapringer.....	222—224
PATHOLOGIE UND BAKTERIOLOGIE. Referirt von Dr. Louis Heitzmann....	71—74, 190—193, 318—319.
RESPIRATIONSORGANE. Referirt von Dr. J. W. Gleitsmann..	64—68, 179—180, 429—431.
VERDAUUNGSAPPARAT, Krankheiten des. Referirt von Dr. Max Einhorn....	505, 68—69, 136—137, 224—226, 274, 347—348, 394, 431—432.

### SITZUNGSBERICHTE:

DEUTSCHE MEDICINISCHE GESELLSCHAFT VON NEW YORK..	523—525, 110—113, 146—148, 193—196, 351—356, 404—412, 500—508.
WISSENSCHAFTLICHE ZUSAMMENKUNFT DEUTSCHER AERZTE IN NEW YORK..	511—523, 148—157, 446—456.

ALLERLEI....	525—527, 77—79, 114—115, 157—158, 198—200, 237—240, 278—280, 322, 358—361, 401—403, 440—442, 492—493.
BRIEFKASTEN.....	117—120, 158—160, 322, 364, 403, 443—445
BUECHERTISCH.....	527, 115—117, 363—364, 442—443, 494—499

17390

SEITE.

FEUILLETON: Griechisch als allgemeine Sprache der Aerzte und der Gelehrten überhaupt. Von Dr. Achilles Rose	231 - 236, 267—272, 303—310, 344—347.
NEKROLOGE	356—358
PERSONALIEN	528, 79, 120, 160, 200, 240, 280, 322, 364, 404, 445, 499
THERAPEUTISCHE NOTIZEN	75—77, 115, 196—198, 236—237, 276—278, 322, 361—363, 398—401, 433—440, 493—494.

## AUTORENREGISTER:

	SEITE.		SEITE.
BECK, CARL	201, 241, 365, 489	LANGE, F.	457
CAILLÉ, A.	81	MEYER, ALFRED	121
EINHORN, MAX.	91, 263, 295	MEYER, WILLY	468
FEST, FRANZ T. B.	87	ROSE, A.	500
FREUDENTHAL, W.	53, 170, 286, 334	SCHAPRINGER, A.	423
GARRIGUES, H. J.	127	SONDERN, F. E.	260
GOLDENBERG, H.	96	STERN, LOUIS	387
HEITZMANN, C.	161, 413	STIEGLITZ, L.	479
HEITZMANN, LOUIS	323	VON RAMDOHR, C. A.	475
JACOBY, GEO. W.	41	VULPIUS, W.	493
KILIANI, OTTO	165	WEBER, LEONARD	418
KREUZMANN, H.	341	WELT, SARA	129

# New Yorker Medicinische Monatschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

unter Mitwirkung von

Dr. J. Brettauer, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. H. Goldenberg, Dr. L. Heitzmann,  
Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Krug, Dr. S. J. Meltzer, Dr. Willy Meyer,  
Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. A. Schapringner, Dr. A. Seibert,  
Dr. F. Torek, Dr. S. Welt, Dr. Ad. Zederbaum.

herausgegeben von

Dr. MAX EINHORN.

Verlag der Medical Monthly Publishing Company, 17-27 Vandewater Street, N. Y.

Bd. V.

New York, 15. Januar 1893.

No. 1.

## ORIGINALARBEITEN.

### I.

#### Zur Ehrenrettung des Perinealschnitts.\*)

Von

Dr. CARL BECK,

New York.

Herr Präsident! Meine Herren!

Zugleich mit der antiseptischen Aera haben sich auch die Operationsmethoden des hohen Blasenschnittes so vervollkommt, dass die Prognose desselben sich dementsprechend sehr gebessert hat.

Durch die Füllungen der Blase wurde die Möglichkeit der Verletzung des Bauchfells verringert und die TRENDELENBURG'sche Beckenhochlage erlaubt eine viel grössere Zugänglichkeit. Selbst die früher mit Recht so gefürchtete Verletzung des Bauchfells braucht bei noch unverletzter Blase und wenn sie sich unter strikten antiseptischen Cautelen ereignet, an und für sich keine besonderen Gefahren nach sich zu ziehen.

Anatomisch betrachtet, liegt es wohl auch nahe, unter den bekannten Steinschnittmethoden der sectio alta den Vorzug zu geben, denn der Stein liegt ja in der Blase und diese hinter der Symphyse. Hier also sollte man denn auch an's Einschneiden denken. Gerade so, wie wir bei der Blasenpunktion diesen kurzen und einfachen Weg wählen, während es doch kaum Jemandem einfiel, sich einen solchen mit dem Stilet durch das Perineum zu bahnen, erscheint auch diese Reiseroute bei der Steinextraktion als selbstverständliche.

\*) Vortrag, verbunden mit Krankenvorstellung, gehalten in der deutschen Med. Gesellschaft von New York, 5. Dec. 1892.

Und doch kann man auch hier sagen: „Es ist nicht Alles Gold, was glänzt.“

VOLKMANNS charakterisirte die Bedeutung des hohen Blasenschnittes noch vor wenigen Jahren auf dem Chirurgenkongress mit den treffenden Worten: „Der hohe Blasenschnitt gibt die beste Uebersicht, man braucht nicht im Dunkeln zu arbeiten, man kann durch ihn die grössten Steine extrahiren; mit einem Worte, er wäre die idealste Operation, wenn er nur nicht den einen Fehler hätte, dass immer noch so viele Patienten hinterher daran sterben.“

College MEYER hat zwar in einer sehr beachtenswerten Zusammenstellung ausgerechnet, dass die Mortalität z. B. bei der Blasennaht von nahezu 20 Procent auf  $11\frac{1}{2}$  heruntergegangen ist; ich glaube jedoch, dass die Sterblichkeitsziffer, wenn man alle Fälle kennen würde, also auch die mit geschwürigen Processen einhergehenden, ob mit oder ohne Blasennaht behandelt, noch mehr anschwellen würde, denn es giebt auch heute immer noch wenige Chirurgen, die sich ein Vergnügen daraus machen, ihre schlechten Fälle zu publiciren.

Wie es eben bei jedem guten Mittel geht, so wird auch diese Methode, nachdem sie im späten Mittelalter schon geübt und nachher wieder beinahe zwei Jahrhunderte verworfen war, jetzt überschätzt und als quasi Panacee angepriesen.

Es giebt eine Anzahl hypermoderner Chirurgen, welche überhaupt keine andere Schnittmethode als die *sectio alta* ausüben, auch bei ganz kleinen Steinen, und es kommt mir beinahe vor, als ob diese auf diejenigen, welche es noch wagen, Perinealschnitte auszuführen, mitleidig herunterlächeln, so dass man sich beinahe genirt, mit Perinealschnitten öffentlich aufzuwarten.

Diese Herren erinnern mich an diejenigen übermässigen Enthusiasten der Antisepetik, welche auch die gute, alte, ehrliche Methode der Behandlung der Fracturen und Luxationen nicht mehr gelten lassen wollen, auf die Fractur oder Luxationsstelle einschneiden und die Bruchenden vernähen.

Das sind die übertriebenen Wagnerianer *par excellence* in der Chirurgie. Gerade wie diese Jünger *κατ' ἐξοχήν* alle solche Musik, die nicht von Wagner selbst herrührt, oder nicht wenigstens von ihm inspirirt ist, als Schund betrachten, so anerkennen diese *fin de siècle* Herren keine Methode mehr, auf welche sie nicht das Sigill der Antisepsis drücken können.

Und doch hat der Perinealschnitt ganz bedeutende Vorzüge, namentlich solche, die bei der Nachbehandlung in's Auge springen.

Seine Technik ist zwar kaum beeinflusst worden, aber die Antisepsis hat ihn nicht unbeschenkt gelassen. Er kann, wenn das Messer auch im Dunkeln arbeitet, vermöge des Tastsinns nicht blos mit absoluter Sicherheit, sondern auch in einer unglaublich kurzen Zeit vollzogen werden.

Bei dem einen Herrn z. B. hat die ganze Operation von der Incision an bis zur vollendeten Extraktion der Steine kaum zwei Minuten gedauert.

Ja, ich würde mir sogar getrauen, die Operation, wenn es sein müsste, unter Cocain auszuführen. Ferner ist der Perinealschnitt, wie auch VOLKMANN hervorhob, bedeutend ungefährlicher, ja es scheint mir, als ob überhaupt Niemand ein Recht hätte, am Perinealschnitt zu sterben, wenn man die Blase unter der Controle antifermentativer Lösungen hält.

Während bei einem hohen Blasenschnitt häufig vier, öfter aber viel mehr Wochen bis zur Heilung vergehen, kann man beim einfachen Perinealschnitt den Patienten schon nach 8 bis 12 Tagen herumgehen lassen.

Einen ganz besonderen Vorteil aber sehe ich darin, dass die Patienten die Rückenlage einnehmen können, wodurch eine Stagnation des Urins kaum möglich ist.

Es liest sich sehr schön, wenn in den Lehrbüchern der freundliche Rath ertheilt wird, den Patienten womöglich Wochen lang die Seiten- oder Bauchlage einnehmen zu lassen.

Der ärztliche Rath wäre sehr gut, wenn nicht zu seiner Ausführung leider Gottes immer zwei gehörten, nämlich ausser dem Chirurgen auch der Patient.

Wenn dieser nicht ein Engel an Geduld ist, so verändert er die vorgeschriebene Lage, sobald der Wärter einen Moment den Rücken dreht. Denn auch die Seitenlage, selbst wenn sie stündlich entgegengesetzt gehalten wird, ist qualvoll und so kommt es doch da und dort zu gehindertem Abfluss und zwar gerade in den ersten Tagen, wo das Verhängniss am drohendsten ist.

Beim Perinealschnitt ist durch die anatomischen Verhältnisse dafür gesorgt, dass selbst bei der grössten Unruhe des Patienten keine Stagnation eintreten kann.

Bei sehr grossen Steinen und bei Geschwülsten wird ja der hohe Blasenschnitt selbstverständlich von vorn herein zu wählen sein, für kleinere Steine jedoch glaube ich wäre doch der Perinealschnitt auch in unserem heroischen Zeitalter angebrachter.

Ueber die Grösse des Steines, ob er frei oder eingebettet ist, gibt ja heute das Cystoskop Aufschluss, wenn man anderweitig nicht schon klar geworden ist.

Gestatten Sie mir, dass ich meine Bemerkungen an fünf Steinen, die ich theils mit, theils ohne ihre vormaligen Besitzer hier präsentiren kann, illustrire.

Den ersten, ganz grossen Stein entnahm ich durch Epicriptotomie im Januar dieses Jahres einem 55jährigen Herrn, der jetzt völlig gesund ist und dessen Adresse ich leider nicht mehr habe auffinden können, so dass ich ihn nicht selbst vorführen kann.

Hier hatte ich der Grösse wegen (Gänseeigrösse) von vorn herein natürlich gar nicht an den Perinealschnitt gedacht. Patient hatte sechs Wochen im Bett zu liegen, litt unsäglich und wurde erst vier Monate nach der Operation als geheilt entlassen, nachdem er während dieser Zeit an einer schlecht granulirenden Fistel behandelt worden war.

Den 2. Fall, einen 65jährigen Herrn, habe ich im April dieses Jahres im St. Mark's Hospital operirt und konnte ihn schon am achten Tage aufstehen lassen und 14 Tage nach der Operation nach Brooklyn entlassen.

Dieser Patient war schon einmal drei Jahre früher durch Lithotripsie entsteinigt worden. Er hatte nachher eine lebensgefährliche Phlegmone mit ausgedehnter Abscessbildung durchzumachen. Zwei Jahre darauf stellten sich schon wieder Steinsymptome ein.

Ich muss gestehen, dass ich wegen der häufigen Recidive nach Lithotripsie dieser Methode nicht das Wort reden kann. So sehr ich dieselbe bewundere, denn es gehört wirklich eine beispiellose Geschicklichkeit dazu, sie lege artis auszuführen, glaube ich doch, dass sie nicht so recht mehr in den Rahmen unseres Sterilisationszeitalters hineinpasst.

Der 3. Fall, welchen ich heute vor vier Wochen im St. Mark's Hospital operirte, wurde mir von einem anerkannt tüchtigen Collegen unter der Diagnose Blasentumor überwiesen.

Von diesem Unglücklichen kann man nicht sagen: „Und ein Jahr hat er's getragen“ — Nein! Volle 5 Jahre ist er unsondirt unter der Diagnose Blasenkatarrh bei der Fraternität herumgewallfahrtet, bis endlich der genannte College wenigstens die Courage hatte, sein Rectum zu durchsuchen.

Als ich die Steinsonde einführte, bedurfte ich längerer Zeit, den Stein zu finden.

Das Cystoskop zeigte, dass er in einer Schleimhautgrube so tief eingebettet war, dass die Falten ihn fast ganz überdeckt hatten.

Sie können die Spuren daran jetzt noch sehen. Ich konnte diesen Stein nicht mit der Zange fassen, wie die vorigen, sondern musste ihn mit dem Steinlöffel heraushobeln.

Würde ich allzu grosse Schwierigkeiten hierbei gehabt haben, so hätte ich ja auch schliesslich den hohen Blasenschnitt hinzufügen können und dann vermöge des Perinealschnittes ja eine gute Drainirung gehabt.

Aus obigem Grund hielt ich die Blase länger als gewöhnlich drainirt und liess den Patienten erst 14 Tage nach der Operation aufstehen. Da ich den Drain erst vor 8 Tagen entfernt habe, so ist noch eine kleine Fistel bemerkbar. Sie werden jedoch zugeben, dass dieselbe an dieser Stelle lange nicht so störend ist.

Den 4. Fall, welcher einen 19jährigen jungen Mann betrifft und welcher auch erst nach einem Jahre langen Bestehen der Steinsymptome diagnosticirt wurde, habe ich vor 14 Tagen im St. Mark's Hospi-

tal operirt. Patient hat vor 3 Tagen das Bett verlassen; ich hielt es aber nicht für opportun, ihn heute Abend schon hierher zu bestellen. Er wird aber Mitte dieser Woche schon entlassen werden. (Patient ist 4 Tage später als völlig geheilt aus dem Hospital entlassen worden).

Die Hühnereigrösse dieses Steines, welcher sich der Pfeifenform nähert, mag Ihnen beweisen, dass man auch ganz anständige Steine durch den Perinealschnitt entfernen kann.

Die Blutung bei meinen Perinealschnitten ist nie bedeutend gewesen und habe ich auch keine besonderen Nachteile später bemerkt.

Ich kann Ihnen den Perinealschnitt namentlich in der Privatpraxis empfehlen, denn ohne scharfe polizeiliche Aufsicht, wie sie nur das Hospital gewähren kann, ist vor der *sectio alta* geradezu zu warnen.

---

## II.

### Entwicklung und Stellung der Ohrenheilkunde als Specialfach.\*)

Von

**Dr. WALTHER VULPIUS,**

New York.

Herr Präsident! Meine Herren!

Die Berufsarbeit auf dem Gebiete der Medicin hat in unserem Jahrhundert durch den immer enger gewordenen Anschluss an die Bestrebungen und Methoden der exacten Naturwissenschaften sowohl nach der theoretischen, als auch nach der practischen Seite hin eine so bedeutende Ausdehnung erfahren, dass nicht nur die Vertreter rein theoretischer Fächer: wie Anatomie und Physiologie, wenigstens in den europäischen Culturstaaten ziemlich allgemein auf die Ausübung ärztlicher Praxis verzichtet haben, sondern beiderseits auch eine immer weitergehende Arbeitsteilung und Detailbehandlung sich erst notwendig machte, und dann als beliebte Mode in Aufnahme kam. Diesem Trieb folgend, lösten sich vom Mutterstamme der allgemeinen Pathologie und Therapie, nachdem er sich in zwei Hauptäste: Die innere Medicin und die Chirurgie geteilt hatte, immer häufiger Zweige ab, welche die Anerkennung einer relativen Selbstständigkeit mit mehr oder weniger Recht beanspruchten. Und zwar fand diese Gliederung nach zwei verschiedenen Principien statt: erstens auf Grund anatomisch-physiologischer Unterscheidungen, indem sich der Specialist die Pathologie und Therapie einzelner Organe oder Organsysteme zum besonderen Arbeitsfeld ausersah: so entstand die Neurologie, Gynäcologie, Ophthalmologie u. A.; oder sie wurde zweitens durch die

---

\*) Vorgetragen in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York am 7. November 1892.

Besonderheit therapeutischer Methoden und Techniken bestimmt, wie beispielsweise in der Balneotherapie und Electrotherapie.

Aeltere Aerzte haben vielfach gegen die immer weitergehende Specialisirung in der practischen Berufsarbeit geeifert, besonders da, wo sie auf die Spitze getrieben zur Ausbildung eines einseitigen Virtuositums führte; aber besonders die neueren Leistungen auf dem Gebiet der Augenheilkunde mussten auch die hartnäckigsten Sceptiker von der Berechtigung, ja Notwendigkeit des Specialistentums überzeugen. Die anatomischen Studien, die physiologischen Beobachtungen, die klinischen Erfahrungen und die Technik der Operationen hatten auf diesem Gebiet so sehr an Tiefe, Umfang und Feinheit zugenommen, dass zu deren ausgiebiger Beherrschung bald die volle Concentration eines Geistes und eine besondere Ausbildung der Handfertigkeit erforderlich wurde. Dazu waren die practischen Erfolge dieser Disciplin ebenso vielfältig und bedeutend, als unbedingt überzeugend und greifbar. Die Entfernung einer cataractös getrübbten Linse, die Geradestellung eines schielenden Auges, die Correction von Brechungsanomalien konnten, was ihre Zweckdienlichkeit anbelangt nicht in ähnlicher Weise in Zweifel gezogen werden, wie dies das Schicksal mancher gynäkologischer und anderer specialistischer Operationen war, welchen der bequeme Begriff der Reflexneurose ein allzuweites Indicationsgebiet eröffnet hat.

Mit der Augenheilkunde wurde die Ohrenheilkunde vielfach zusammen practisch betrieben und wissenschaftlich gelehrt; die beiden vornehmsten Sinnesorgane, welche den Hauptbeitrag zur Entwicklung unseres Geisteslebens liefern, brachte man in Zeiten teleologischer Gesichtspunkte unwillkürlich zu einander in nähere Beziehung und gleichzeitig in einen gewissen Gegensatz zu den, vorwiegend der animalischen Verrichtung unsres Körpers dienenden Organen des Geruchs, Geschmacks und Gefühls. Trotz dieser Verschwisterung lagen aber die Verhältnisse für eine gedeihliche Entwicklung der Augenheilkunde nach jeder Richtung hin günstiger, als für die Ohrenheilkunde. Schon das makroskopische Studium der Anatomie des Auges ist viel leichter, als das des Ohres; denn während sich der Sehnerv nach uncomplicirtem Verlauf durch einen kurzen knöchernen Canal in dem nur aus Weichteilen bestehenden, leicht und vollkommen auslösbaren und gut zu conservirenden Augapfel ausbreitet, dessen zu physicalischen oder nutritiven Zwecken dienende Bestandteile leicht zu erkennen und demonstrieren sind, — ist der Hörnerv von dem Punkt an, wo er in das Felsenbein eintritt und sich gleichzeitig in verschiedene Zweige teilt, äusserst schwierig bis zu seinen verschiedenartigen Endigungen zu verfolgen, weil diese in sehr zarten Gebilden gelegen sind, welche ihrerseits von dem härtesten Knochen des menschlichen Sceletts in ziemlicher Mächtigkeit umschlossen werden. Auch der physikalische Teil des Hörapparates ist viel schwerer zugänglich und verständlich als das Refractionssystem des Auges, und



fast noch ungünstiger gestaltet sich das Verhältniss für die mikroskopische Untersuchung des nervösen Hörapparates. So kann es nicht Wunder nehmen, dass ein Gelehrter wie HELMHOLTZ, der sich gewiss mit gleicher Genialität und demselben Fleiss der anatomisch-physiologischen Erforschung beider Organe widmete, so viel glänzendere und auch für die Praxis dankbarere Erfolge für das Auge erzielte, als für das Ohr. Bei der klinischen Beobachtung machen sich natürlich dieselben Schwierigkeiten wie bei dem anatomisch-physiologischen Studium geltend, nur in bedeutend erhöhtem Maasse, wie es die Rücksicht auf das lebende Individuum bedingt. Aeussere Augenleiden, wie Corneal-, Bindehaut- und Iriserkrankungen konnte man schon in der vorophtalmoscopischen Zeit bei directem Tages- oder Lampenlicht mit mehr oder minder Sicherheit richtig diagnosticiren, während bis in die Mitte dieses Jahrhunderts ein klarer Ueberblick des Trommelfells nur in Ausnahmefällen möglich, und somit eine richtige Erkenntniss und zweckmässige Therapie der pathologischen Veränderungen auf dem wichtigsten Gebiet der Ohrenheilkunde: den Mittelohrkrankheiten, ausgeschlossen war. So kann es nicht Wunder nehmen, dass schon im vorclassischen Altertum ophthalmologisch Tüchtiges geleistet, ja dem Papyros Ebers zufolge schon unter den Pharaonen der Staatschnitt von hochgebildeten Aerzten der Priesterkaste ausgeübt wurde, während man viel weiter in der Geschichte der Heilkunde vorrücken muss, ehe man eine bedeutende Leistung auf dem Gebiet der Ohrenheilkunde verzeichnen kann. Mitte des 17. Jahrhunderts construirte Fabricius van Hilden ein Dilatorium für den äusseren Gehörgang, womit man Polypen, Cerumenanhäufungen und Fremdkörper, in selten günstigen Fällen auch Trommelfellperforationen besser diagnosticiren konnte, als hisher. Von grösserer Bedeutung sind die über 16 Jahre sich erstreckenden Untersuchungen des Anatomen Maria Valsalva, welcher u. A. die intimen Beziehungen der schon früher bekannten Eustach'schen Tube zum Mittelohr klar legte, und diesen Canal als einen Angriffspunkt für therapeutische Bemühungen empfahl. Hierauf fussten der Postmeister Guyot, welcher 1724, und der englische Militärarzt Cleland, der 17 Jahre später, aber wie es scheint unabhängig von jenem, eine gebogene Röhre zur Einführung in die Tubenmündung erfand. Bei ersterem geschah die Application vom Mund aus, bei letzterem durch die Nase. Bald darauf lehrte Petit in Frankreich die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes, die in ihrer chirurgisch antiphlogistischen Bedeutung lange verkannt, vielfach zu acustischen Zwecken in Anwendung gezogen, und auf diesem Wege schliesslich in grossen Misscredit gebracht wurde. Derselbe Unfug wurde lange mit der Paracentese des Trommelfells getrieben, die Cooper zu Anfang dieses Jahrhunderts eingeführt hatte. 1838 förderte Delean die Diagnostik der Mittelohrerkrankungen durch Verbindung des Catheterismus mit der Auscultation, Wilde in Dublin machte sich durch Einführung eines neuen, zweckmässigen Speculums

um die Trommelfelddiagnostik verdient und verbesserte die chirurgischen Behandlungsmethoden, während Toynbee in London ein grosses pathologisch-anatomisches Material sammelte und kritisch bearbeitete. Trotz alledem aber hatte die Ohrenheilkunde bisher noch keine Abrundung, oder gar Selbstständigkeit als Specialfach erlangt; teils waren es von Seiten der Praxis Ophthalmologen und Chirurgen, welche sich nebenbei mit Ohrenheilkunde beschäftigten, und die sich gelegentlich dadurch belohnt sahen, dass auf diesem Nebengebiet ihr Name verewigt wurde; teils waren es theoretischerseits Anatomen und pathologische Anatomen, welche die Erforschung vom Bau des Gehörorganes zu ihrer Lieblingsaufgabe ersehen hatten. Ein wirkliches Specialistentum, d. h. eine fruchtbare Zusammenfassung und planmässige Weiterentwicklung all' des bisher Erforschten und Erfundenen auf dem Gebiet der Otiatrie sehen wir erst in der Person von Anton v. Tröltsch vertreten. Dieser war als Schüler vom Ophthalmologen Arlt in Prag erst an die internationale Klinik Wildes nach Dublin gekommen, und hatte dann bei Toynbee und Bowman in London anatomisch gearbeitet. Von hier aus schrieb er noch seine ophthalmologisch-otiatrischen Briefe an Arlt, fand dann aber in Paris keine Gelegenheit zur Erweiterung seiner otologischen Kenntnisse. Dafür beschenkte er im Winter 1855 durch eine Demonstration im Verein deutscher Aerzte zu Paris die Wissenschaft mit dem wertvollsten ohrenärztlichen Untersuchungsinstrument: dem Ohrenspiegel. Ein acuter Mittelohrkatarrh führte ihn im folgenden Winter von Würzburg zu dem ophthalmologischen Professor Rau nach Bern, der ihn vergebens mit langdauernden Versuchen, einen elastischen Katheter in die Tube einzuführen, quälte. Leichter gelang dies dem chirurgischen Professor Giesker in Zürich mit einem Metallkatheter, und Tröltsch kehrte geheilt nach Würzburg zurück, wo er anfangs vorwiegend noch Augenpraxis betrieb, sich aber bald ausschliesslich der Ohrenheilkunde zuwandte. Wie auffallend und gewagt dieser Schritt von Seiten eines wohl angesehenen Arztes damals war, kann man aus einem Brief ersehen, worin Arlt seinen einstigen Schüler warnt, durch ein solches Vorgehen seinen guten Ruf nicht auf's Spiel zu setzen. Denn obgleich Kramer schon vorher mit scharfen kritischen Waffen den Kampf gegen den in Deutschland noch allgemein herrschenden Charlatanismus in der Ohrenheilkunde aufgenommen hatte, so blickte man doch noch mit einem gewissen, und häufig nicht unbegründeten Misstrauen auf die ausschliesslichen, meist marktschreierischen Vertreter dieses Faches.

Der Weltruhm, welchen sich Tröltsch als Lehrer, Schriftsteller und consultirender Ohrenarzt nachmals erwarb, zeigte, wie unbegründet die Befürchtungen Arlts gewesen waren. Leider aber sind nicht nur die Erfolge Tröltschs, sondern auch seine Misserfolge bestimmend geblieben für die Stellung, welche die Ohrenheilkunde noch heut' zu Tage in Deutschland officiell und wohl auch hier zu Lande einnimmt.

Tröltsch war im Jahre 1864 ausserordentlicher Professor geworden, lehnte aber die ordentliche Professur i. J. 1876 ab, weil bei dem Antrag wieder zum Ausdruck kam, dass man die Ohrenheilkunde allein noch nicht als vollwertig betrachtete für diese academische Ehre, und ihm deshalb noch die Uebernahme eines anderen Lehrfaches zur Bedingung machte. Dasselbe Verhältniss besteht noch heut zu Tage; denn obgleich an allen deutschen Universitäten Ohrenheilkunde als ein anerkanntes Specialfach gelehrt wird, so sind doch selbst ihre hervorragendsten Vertreter nur ausserordentliche Professoren, und werden höchstens durch den Titel Geh. Med. Rat ausgezeichnet. Eine weitere Unterschätzung der Ohrenheilkunde von officieller Seite kam darin zum Ausdruck, dass, als Tröltsch im Jahre 1878 beim Reichskanzleramt eine Vorstellung machte, man möge die Otiatrie, ihrer Wichtigkeit entsprechend, als Examensfach bei den Staatsprüfungen einführen, diese nicht nur erfolglos, sondern sogar unerwidert blieb. Auch dieses Fiasko hat bis auf den heutigen Tag nachgewirkt, und weniger als irgend ein anderer Specialist kann der Ohrenarzt in Deutschland auf eine verständnissvolle Mithilfe von Seiten des practischen Arztes rechnen; denn was im Staatsexamen nicht verlangt wird, bleibt von der grossen Mehrzahl der Studirenden vernachlässigt, und wird nur von Wenigen später nachgeholt.

Können wir nach alledem TRÖLTSCHE als den Begründer der modernen Ohrenheilkunde und den Vorfechter für ihre Würdigung als Specialfach betrachten, so müssen wir doch zugeben, dass er mit überwiegendem Erfolg die Diagnostik und pathologische Anatomie der Ohrenkrankheiten bearbeitet hat, während er in der Therapie noch bei seinen Lebzeiten bedeutend von Anderen überholt wurde. Dafür ist wohl hauptsächlich der Umstand verantwortlich zu machen, dass er nie eine stationäre Klinik besass, und auch seine Poliklinik für Ohrenkranke in Würzburg erst im Jahre 1879 einrichtete. Dass aber bei ausschliesslich ambulatorischer Behandlung die Chirurgie der Ohrenkrankungen nur kümmerlich betrieben werden kann, liegt auf der Hand. So kommt es, dass TRÖLTSCHE nur einmal, und zwar mehr zufällig, mit einer Sonde die Eröffnung des Warzenfortsatzes ausgeführt hat, während er diese Operation in seinem Beitrag zu PITHA und BILLROTH'S Handbuch der Chirurgie vom theoretischen Standpunkt aus warm und in ausgedehntem Maasse empfahl. Somit gingen aus der TRÖLTSCHE'SCHEN Schule zunächst nur ganz vereinzelt Otiater hervor, welche in der Therapie der Ohrenkrankheiten streng chirurgische Methoden und Principien befolgten, und dies hatte den doppelten Nachteil, dass ein Teil des von Rechtswegen dem Ohrenarzt zufallenden Krankenmaterials — und zwar keineswegs die undankbarsten Fälle — in die Behandlung von Chirurgen übergingen, und letztere dann Gelegenheit nahmen, von ihrem Standpunkt aus eine abfällige Kritik über ohrenärztliche Behandlungsmethoden im Allgemeinen zu fällen. — Dabei übersah man gern, dass es ein Ohrenarzt — nämlich Professor

SCHWARTZE in Halle — gewesen war, der auf Grund eingehender anatomischer und pathologischer Untersuchungen über den Bau und die Beziehungen des proc. mast. zum Mittelohr zuerst den Mut gehabt hatte, die chirurgische Eröffnung der Warzenfortsatzhöhle von Neuem zu empfehlen und häufig auszuführen, nachdem er — von chirurgischen Anschauungen ausgehend — triftigere Indicationen für die Ausführung dieser Operation gestellt hatte, als jene gewesen war, welcher der königl. dänische Leibarzt BARON VON BERGER im Jahre 1791 zum Opfer gefallen war. Inzwischen aber hatte man nur schwache und meist erfolglose Versuche gemacht, die in so tiefen Verruf geratene Operation von Neuem einzuführen, und es waren besonders Chirurgen, vor Allen aber DIEFFENBACH gewesen, welche ein endgültiges Verdict über dieselbe fällen zu müssen glaubten.

Die geringschätzigste Beurteilung, welche die Ohrenheilkunde gelegentlich von chirurgischer Seite erfuhr, kam am prägnantesten zum Ausdruck, als v. BERGMANN am 5. December 1888 einen Patienten in der Berliner medicin. Gesellschaft vorstellte, den er wegen otitischen Hirnabscess mit Erfolg operirt hatte. Er machte dabei den Ohrenärzten den Vorwurf, dass sie bei der Behandlung chronischer Mittelohreiterungen noch immer das Ausspritzen, und zwar oft mit bedeutendem Druck, als hauptsächliches Heilverfahren in Anwendung zögen, während chirurgische Erfahrung, besonders im Krieg, zur Genüge bewiesen habe, dass diese Reinigungsmethode von Wundflächen oft direct schädlich sei, weil dadurch Entzündungserreger leicht in die weichen Gewebsinterstitien gepresst, und somit Weiterverbreitung der Eiterung verursacht werden könne. Dem gegenüber verteidigte HARTMANN die Heilmethoden der Otiatrie im Allgemeinen, und die wohlthätige Wirkung der Spritze im Besonderen. Wirkungsvoller aber war eine Entgegnung, die von Seiten der SCHWARTZE'schen Schule, aus der Feder von Dr. STACKE kam. Dieser stellte das Ausspritzen des Gehörgangs mehr als diagnostischen denn als therapeutischen Notbehelf dar, will seine Anwendung auf das möglichst geringe Maass eingeschränkt sehen, und empfiehlt als wirkungsvoller und unschädlicher in vielen Fällen das von SCHWARTZE schon seit langem angewandte Durchspritzen der Paukenhöhle von der Tube aus, dem übrigens auch v. BERGMANN eine leichte Anerkennung zu Theil werden liess. Als wesentlich therapeutische Maassnahmen aber für die Heilung von Mittelohreiterungen schildert STACKE diejenigen, welche, auf streng chirurgischen Grundsätzen aufgebaut, eine leichte und sichere Abführung des Eiters, sowie eine möglichste Ausrottung der ihn hervorbringenden Schleimhaut- und Knochenerkrankungen zum Zweck haben. Die einfache oder galvanocaustische Paracentese des Trommelfells, die Extraction von Polypen und cariösen Gehörknöchelchen, die Aus- und Abkratzung von Granulationen und cariösen Knochenpartien der Trommelhöhlenwände, schliesslich, in letzter und höchster Instanz, die Aufmeisselung und Auskratzung der häufig auch ohne äussere Entzündungserschei-

nungen miterkrankten Höhle des Warzenfortsatzes, oder in jüngster Zeit die möglichste Wegräumung aller, das knöcherne System der erkrankten Mittelohrräume trennenden, deckenden und complicirenden Wände und Vorsprünge und transplantatorische Auskleidung des so geschaffenen einfachen Hohlraums mit gesunder Epidermis, das sind doch gewiss Verfahren, welche die moderne und rationell betriebene Ohrenheilkunde auf dem Gebiete der Mittelohreiterungen als *Ohrchirurgie* characterisiren. Die Erhaltung oder womögliche Verbesserung des Hörvermögens ist nicht der directe Zweck dieser Operationen, sondern vielmehr eine Vorbedingung der Indication, welche höchstens bei lebensgefährlichen Complicationen ausser Acht gelassen werden dürfte. — Chirurgische Eingriffe zu rein acustischen Zwecken haben sich bisher als weniger erfolgreich erwiesen: es gehören hierher die sogenannten myringoplastischen Verfahren zum Verschluss alter, persistent gebliebener Trommelfellperforationen, oder die Bemühungen zur willkürlichen und dauernden Herstellung einer solchen bei Tubenverschluss, Trommelfellverkalkung etc.; ferner die Tenotomie des Tensor tympany oder Stapedius, und die am häufigsten in Amerika ausgeführte Excision des chirurgisch gesunden Trommelfells mit Hammer und Ambos bei Sclerose des Mittelohrs mit hochgradiger Taubheit und quälenden subjectiven Geräuschen. Die besten Resultate nach dieser Richtung hin erzielt man gelegentlich noch durch die Durchschneidung von Adhäsionen und Narben, welche die Beweglichkeit des Trommelfells und der Gehörknöchelchen beeinträchtigen.

Hat die Ohrenheilkunde aus ihrer früheren Verschwisterung mit der Ophthalmologie nur wenig Vorteil gezogen, so ist ihr die moderne Entwicklung der Rhinologie und Pharyngologie von um so grösserem Nutzen gewesen und hat einen engen Anschluss an diese Disciplinen bewirkt. Das Bedeutendste, was von dieser Seite her für sie geleistet wurde, ist unbestreitbar die vorzügliche Arbeit von WILHELM MEYER in Copenhagen, welcher im Jahre 1873 und '74 seine Beobachtungen über die adenoiden Wucherungen in der Nasenrachenhöhle und deren ätiologische Bedeutung für die Erzeugung und Unterhaltung hartnäckiger Mittelohrcatarrhe und -Eiterungen veröffentlichte, und gleichzeitig eine Operationsmethode beschrieb, welche ihrer Sicherheit und Gründlichkeit wegen zu den besten gehört unter all' den vielen Modificationen, die sie bisher erfahren hat. Der wohlthätige Einfluss, welchen die MEYER'sche Operation oft nicht nur auf's Ohr, sondern durch die Correction der Athmungsmechanik auch auf die Entwicklung des Gesamtorganismus ausübt, ist zur Genüge bekannt und geschätzt. Höchste Anerkennung zollt Prof. SCHWARTZE diesem Verdienst, indem er in seinem classischen Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten des Ohres erklärt: ich rechne die MEYER'sche Arbeit zu den vorzüglichsten der letzten Decennien der Ohrenheilkunde.

Lassen Sie mich meine kurzen Ausführungen zum Schluss dahin zusammenfassen, dass die moderne Ohrenheilkunde als Specialwissen-

schaft erst dann Abrundung und gleichmässige Vertiefung erlangte, als ihr genialer Schöpfer, TRÖLTSCHE, sie zu seinem ausschliesslichen Arbeitsfeld erkor, dass sie andererseits als praktisches Specialfach ihre besten Erfolge zu erzielen begann, als sie die Principien der modernen Chirurgie befolgte, und wesentliche Ergänzungen von Seiten der Rhinologie und Pharyngologie in sich aufnahm.

Es lag mir fern, meine Herren, eine erschöpfende Geschichte der Ohrenheilkunde zu geben; nur in skizzenhaften Zügen wollte ich einerseits auf die grossen Schwierigkeiten hinweisen, welche diese Specialwissenschaft so lange als ein Stiefkind unter ihren freudiger und schneller gedeihenden Geschwistern erscheinen liess; andererseits aber zeigen, wie sich in seiner späteren aber tüchtigen Entwicklung dies Stiefkind doch noch Ihrem Vaterherzen zu empfehlen vermag.

79 East 56. Str.

---

### III.

#### Die Bauchmassage vermitteltst Kanonenkugel.

Von

Dr. A. ROSE,

New York.

Die Bauchmassage als Behandlungsmethode der chronischen Obstipation hat sich im letzten Decennium mehr und mehr Anerkennung erworben. Sie blieb aber leider und bleibt auch noch an vielen Orten auf Fälle aus der Klasse der Bemittelten beschränkt, da das Massiren, das Kneten, Klopfen, Streichen nicht wohl, jedenfalls nicht zufriedenstellend, von dem Patienten selbst ausgeführt werden kann, und die Kosten für die Dienste eines geschulten Masseurs oder einer geschulten Masseuse für die meisten Patienten unerschwinglich sind.

Um diesem Uebelstande abzuhelfen empfahl schon im Jahre 1887 Dr. H. SAHLI in Bern, Schweiz, statt der Dienste des Masseurs oder der Masseuse die Anwendung einer 3—5 Pfund schweren massiven Eisenkugel, einer sogenannten Vollkugel. Diese Art Kugeln sind für Artilleriezwecke schon längst obsolet, wurden aber noch in den Napoleonischen Kriegen viel verwendet.

Trotzdem die unschätzbare Bedeutung dieses ebenso einfachen als rationellen Mittels ohne weiteres einleuchtet, habe ich doch gefunden, dass es unter der Menge der vielen empfohlenen Behandlungsmethoden übersehen worden ist, und es erscheint mir nützlich auf dasselbe, wie ich schon zweimal in deutschen medicinischen Gesellschaften gethan, wiederholt aufmerksam zu machen.

Man lässt einfach den Patienten in der Rückenlage eine 3—5-pfündige eiserne Kugel täglich eine gewisse Zeit, etwa 5—10 Minuten lang auf seinem Bauche herumrollen. Eine solche rollende Kugel massirt

sehr energisch und gleichmässig. Ihre Wirkung lässt sich dadurch, dass man sie mit der Hand etwas andrückt noch verstärken. Das Verfahren lässt sich auch in der Weise modificiren, dass man abwechselnd mit den Rollbewegungen die Kugel auch Fall- oder Klopfbewegungen ausführen lässt, indem man sie mehr oder weniger hoch hebt, und, ohne sie aus der Hand zu lassen, auf den Bauch fallen lässt. Man kann dabei die Kugel, je nach der gewünschten Fallintensität, von der Bauchhaut entfernen oder auch damit in Berührung lassen.

Man lässt den Patienten den ganzen Bauch massiren, und dabei der Gegend des Colon, speciell aber der Region des S. Romanum besondere Aufmerksamkeit schenken. Die Richtung der Rollbewegungen ist ziemlich gleichgültig, nur müssen die letzteren doch nach einem bestimmten Plan ausgeführt werden, so dass alle Teile des Abdomens an die Reihe kommen. Vielleicht bietet es einen Vorteil, die Kugel über dem Colon in der Richtung vom Coecum gegen die Flexura sigmoidea hin zu bewegen, in der Absicht den Darminhalt auch mechanisch weiter zu befördern.

Auf diese Weise kann auch ein Ungeübter den Bauch gehörig durchkneten.

Die Patienten führen die Methode im Allgemeinen gerne aus.

Die Kugel kann man mässig erwärmen oder mit Wolle überziehen. Ich empfehle dieselbe vor Anwendung im Bett zu haben. Man wählt eine bestimmte Zeit täglich, am besten nach dem Erwachen morgens vor dem Aufstehen, und suche pünktlich Stuhlgang zu erzielen.

In mehreren Fällen von Magendilatation, in welchen ich die Bauchmassage mittelst der Kugel täglich ausführen liess, schien mir dieses Mittel als adjuvans von grossem Wert zu sein.

230 2d ave., New York.

## NEW YORKER MEDICINISCHE MONATSSCHRIFT.

Organ für praktische Aerzte in Amerika.

Redigirt von

DR. MAX EINHORN.

## EDITORIELLE NOTIZEN.

15. Januar 1893.

**Die Milch immunisirter Thiere und die Zukunftstherapie der Infektionskrankheiten.**

Vor nicht langer Zeit hat EHRLICH bekanntlich die Entdeckung gemacht, dass gegen Tetanus immunisirte Thiere eine Milch liefern, die die Antitoxine des Tetanus enthält, und dass es möglich ist, mit derselben, ähnlich wie mit dem Blutserum, andere Thiere tetanusimmun zu machen. Der Gedanke lag nahe, dass diese Thatsache nicht nur für Tetanus Geltung hat, sondern auch in vielen anderen Infektionskrankheiten, wo Schutzstoffe oder Alexine im Blut gebildet werden, der Fall ist; d. h. die im Blute und in den Körpersäften gebildeten Schutzstoffe finden sich als solche in der Milch der betreffenden Thiere vor. In der That haben nun mehrere Autoren (GAMALFIA und KLEMPERER) in den letzten Monaten Versuche nach dieser Richtung in Bezug auf das Verhalten der Milch Choleraimmunisirter Ziegen angestellt und gefunden, dass Choleraalexine in derselben vorhanden waren. G. KLEMPERER hat seit Juni 1892 zwei Ziegen theils mit erwärmter, theils mit giftiger Cholera bouilloncultur so weit immunisirt, dass die subcutane Injection von 0,05 gr. ihrer Milch zum Schutz der Meerschweinchen gegen intraperitoneale Cholera vergiftung ausreichten. Ob nun diese ebenso wichtigen wie interessanten, durch Thierexperimente, gewonnenen Thatsachen auch für den Menschen Geltung haben, hat nun Klemperer soeben untersucht und in der Berliner Klinischen Wochenschrift (1892, No. 50) veröffentlicht. Klemperer ging in seinen Versuchen folgendermassen vor: er injicirte Menschen subcutan die Milch von Choleraimmun Ziegen, und suchte später durch das Verhalten des Blutes der so behandelten Menschen festzustellen, ob Choleraalexine darin waren. Dieses geschah einfach dadurch, dass das Blutserum dieser Versuchspersonen Meerschweinchen eingespritzt wurde und nun nachgesehen, ob sie Choleraimmun wurden. Es zeigte sich, dass 5 Cc. Milch einer mässig hoch gegen Cholera immunisirten Ziege, deren Injection dem Menschen sehr geringe, schnell schwindende, Beschwerde machte, *einen solchen Grad des Impfschutzes bei einem Manne hervorgebracht hat, dass 0,25 Cc. seines Blutserums ein Meerschweinchen gegen Cholera vergiftung festigten.* Es ist kaum zu zweifeln, dass die Ziegen durch Injection erneuter Giftmengen noch mehr



choleragiftfest gemacht werden können, und so eine noch stärker Choleraantitoxisch wirkende Milch liefern würden.

Bei der jetzt so brennenden Cholerafrage, dürfte es sich sicherlich verlohnen, dass auch auf dieser Seite des Oceans Anstalten getroffen werden, um die Experimente der Cholera prophylaxe oder vielleicht gar Therapie weiter zu entwickeln und zu praktischen Resultaten zu bringen. Damit wäre ein grosser und bedeutungsvoller Schritt auf dem Gebiete der Infectionskrankheiten geschehen!

---

## REFERATE.

---

Innere Medicin. — Referirt von Dr. AD. ZEDERBAUM.

**Typhoid Fever successfully treated with Fel Bovis.** By Dr. Adolph Zeh in New York. (Merck's Bulletin, Febr. 1892.)

Verfasser berichtet über zehn eigene Fälle von Typhus, die mit Ochsen-galle behandelt wurden. Ausserdem erwähnt er von noch anderen 48 Typhusfällen seiner Collegen, bei denen dieselbe Therapie angewandt wurde. Die Resultate waren ausnahmslos sehr befriedigend. Die Temperatur wurde, ohne jedwede antipyretische Mittel, auf einem niedrigen Niveau erhalten, das subjective Befinden der Patienten war gut, der Verlauf im Allgemeinen sehr günstig. Das Fel bovis wurde verabreicht in Dosen von 2 bis 4 Gran, in Pillen oder Kapseln, 3 bis 6 Mal täglich. Am besten hat sich das „Fel bovis purificatum siccum“ von MEKCK bewährt. Daneben wurde, wie gewöhnlich, für Stimulation gesorgt. Die Diät bestand aus flüssiger Kost (Milch, BEEFTEA, GrüTze).

**Vier Falle von Bilsenkrautvergiftung und ein Fall von Atropinvergiftung.** Von Dr. Rudolph in Magdeburg. (Centralbl. für klin. Med., No. 40, 1892.)

In den hier mitgetheilten Fällen zeigten die Erscheinungen der Hyoscyamin- und Atropinvergiftung die grösste Aehnlichkeit. Die Kardinalsymptome (Trockenheit der Schleimhäute der Lippen, des Mundes und des Rachens, geröthetes Gesicht, weite Pupillen) waren bei sämmtlichen sechs Patienten zu constatiren, psychische Störungen (hochgradiger Aufregungszustand, Hallucinationen) fehlten nur bei dem einem Patienten, der die Samen blos einer einzigen Bilsenkrautkapsel genossen hatte. Die Therapie bestand in Entleerung des Magens durch Magenpumpe oder Brechmittel, oder durch beides, und in subcutanen Morphiuminjectionen. Verfasser zieht aus seinen an diese Fälle geknüpften Beobachtungen folgende Schlüsse: 1. Tritt bei Hyoscyaminvergiftung ein Zustand der Erregung auf, was in der Regel geschieht, so ist derselbe mit Hallucinationen verbunden, die bei der Atropinexaltation fehlen können; 2. Hyoscyamin bewirkt zuweilen im Gegensatz zu Atropin Schlaf, und in diesem Hyoscyaminschlaf sind die Pupillen eng wie während des normalen Schlafes; 3. Morphium ist bei den Atropin- und Hyoscyaminexaltationen ein vorzügliches Therapeuticum, nur darf die Dosis nicht zu klein bemessen werden.

**Diarrhoe, Brechdurchfall, Cholera und Wasserkur.** Von Prof. W. Winternitz in Wien. (Blätter f. klin. Hydrotherapie, October 1892.)

Durch kein bekanntes und unschädliches Mittel seien, nach W., Diarrhoe und Erbrechen — diese beiden Cardinalsymptome der Cholera — mit solcher Sicherheit zu stillen, wie durch die *Wasserkur*. Die Stillung der sogen. Vorläuferdiarrhoe, die eigentlich schon als Cholera zu betrachten ist, bleibt unstreitig Hauptaufgabe ärztlicher Thätigkeit. W. GULL constatirt, dass von 13,089 Fällen von Diarrhoe, die während der Epidemie des Jahres 1849 in England von Anfang an behandelt wurden, nur 27 Mal Cholera sich entwickelte. Der Modus der Wasserbehandlung, wie sie in diesen Fällen von W. seit 27 Jahren ausgeübt wird, besteht in Folgendem: Patient wird in ein kaltes Leintuch gewickelt, drei Minuten lang kräftig abgerieben, darauf in ein 8 bis 12° kaltes Sitzbad gesetzt, an allen nicht eingetauchten Theilen gut eingewickelt und durch zehn Minuten unter fortwährendem Frottiren des Bauches in dem Bade belassen. Nach dem Aussteigen aus dem Bade wird um seinen Leib eine feuchte und darüber eine trockene Binde fest umgelegt. Patient wird rasch angekleidet; er bekommt ein Glas Wein und wird für etwa  $\frac{1}{2}$  Stunde in die freie Luft gebracht. Die wohlthuende Wirkung aller dieser Maassnahmen kann nur derjenige würdigen, der, wie W., Gelegenheit hatte dieselben an sich selbst zu erproben. In mehreren Cholera-Epidemien sah W. zahlreiche sicher prämonitorische und Cholera-Diarrhoen, sowie auch das Erbrechen promptest auf diese Weise zum Stillstande kommen, und in keinem so behandelten Falle sah er die wirklich algide und asphyctische Form zum Ausbruche zu gelangen.

**Pneumonia treated by Ice-Cold Applications.** By Dr. W. Fred. Jackson in Brockville, Ont. (The Therap. Gaz., Oct. 15, 1892.)

B. hat seit dem vorigen Winter 25 Fälle von Pneumonie mit eiskalten Kompressen behandelt und berichtet ausführlich über die schwereren von ihnen. Die Erfolge dieser Behandlung waren so ausgezeichnet, dass er letztere auf's dringendste zur Nachahmung empfiehlt. Ein Handtuch wird in eiskaltes Wasser getaucht, ausge-rungen, um den Thorax des Patienten gelegt und durch eine Flanellbinde hier festgehalten. Diese Komresse wird je nach Umständen (Schmerzhaftigkeit bei Athmung, Temperaturhöhe, Dyspnoe) alle 5 bis 10 Minuten oder auch seltener gewechselt. Gesicht und Extremitäten werden von Zeit zu Zeit mit einem in kaltes Wasser getauchten Schwamm abgewaschen.

**Ueber kritisches Lungenoedem bei krupöser Pneumonie.** Von Dr. Ferdinand Kornfeld in Wien. (Centralblatt für klin. Med., 1892, No. 37.)

Ein 37jähriger kräftiger Mann, Potator, wurde unter hohem Fieber und schweren Krankheitssymptomen in die medicin. Klinik des Prof. DRASCHE aufgenommen, ohne dass man Anfangs in der Lage war, einen localen Krankheitsherd nachzuweisen. Bei weiterer Beobachtung constatirte man zunächst einen pneumonischen Herd in der rechten Fossa infraspinata. Es schloss sich daran das markante Bild einer Pneumonia migrans. Cyanose, zeitweises Fieberdeliriren, dabei gute Spannung des Pulses. Die Infiltrationsherde breiteten sich successive fast über die ganze rechte Lunge und einen grossen Theil des linken Unterlappens aus. Gegen Abend des siebenten Krankheitstages traten die Symptome der Krise ein. Temperatur 39,0, Bewusstlosigkeit, De-

lirium, stertoröses Athmen, profuser Schweiß, Expectoration stockend. Daneben deutlich nachweisbares *Lungenoedem*, welches sich durch dichte, über der ganzen Lunge hörbare, feuchte Rasselgeräusche von verschiedener Blasengrösse kund gab. Trotz aller Zeichen eines schweren Collapses war jedoch die *Pulsspannung* constant eine *sehr gute* geblieben, die Herzaction kräftig, von mässiger Frequenz (100 Pulsschläge in der Minute). Nach 3 Stunden waren die bedrohlichen Erscheinungen vorüber: Sensorium frei, Delirium geschwunden, Cyanose geringer, Respiration erleichtert, Expectoration leicht, schaumig, pflaumenbrühähnlich. Von da ab günstiger Verlauf. — Erlahmung des linken Ventrikels resp. des ganzen Herzens (EICHHORST) als Ursache für die Entstehung des Lungenoedems fällt in diesem Falle ohne Weiteres weg, da die Herzkraft während der ganzen Dauer der Krankheit kein einziges Mal geschwächt erschien. K. ist geneigt anzunehmen, dass es sich hier um eine rein *angioneurotische* Störung im Entzündungsgebiete gehandelt habe, die sich bei ungestörter Leistungsfähigkeit des Körpers abspielte.

## Krankheiten des Verdauungsapparates.

Referirt von Dr. MAX EINHORN.

### 1. Pilokarpin gegen Singultus. Von Prof. Dr. B. Stiller. (Centralbl. für Klin. Medicin, 1892, No. 42.)

S. theilt mit, dass er in Fällen von chronischen, nervösen oder hysterischen Singultus seit längerer Zeit Pilokarpin mit Erfolg angewandt hat. Die Dose war: Pilokarpin mur. 0,1, Aq. dest. 10,0—3 bis 4mal täglich 10 Tropfen. Bei dieser Behandlung trat mit Beginn der Muedication eine sichtliche Abnahme der Anfälle sowohl in Betreff ihrer Heftigkeit wie Häufigkeit ein, und bei Fortgebrauch des Mittels durch 1—3 Wochen hörten die Anfälle meist vollständig auf. Veranlassung zu dieser Mittheilung war eine Veröffentlichung von Dr. C. LE NOBEL, wo dieser Autor einen Fall von Influenza mit heftigem Singultus beschreibt, in welchem ein Infusum Jaborandi denselben rasch beseitigte.

### 2. Einfluss einiger Arzneimittel auf die Salzsäureabscheidung des Magens. Von Prof. Dr. Leubuscher und Dr. A. Schaefer. (Deutsche Med. Wochenschr., 1892, No. 46.)

L. und S. haben den Einfluss verschiedener Arzneimittel auf die Salzsäuresecretion untersucht. Sie bedienten sich als Probemahlzeit rohen gehackter, Frisches ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Pfund) mit etwas Wasser und Kochsalz. Das zu untersuchende Mittel wurde gleich nach der Mahlzeit verabreicht. Der Mageninhalt wurde dann später zu verschiedenen Phasen der Verdauung entnommen und auf HCl auch quantitativ geprüft. Es stellte sich heraus, dass Pilokarpin die Secretion des Magens vermehrt, Atropin dagegen dieselbe herabsetzt. Morphinum und Opium hatten, per os. gereicht, kaum einen Einfluss auf die Magenverdauung ausgeübt, dagegen setzten beide Substanzen, wenn subcutan verabfolgt, die Magensecretion ganz bedeutend herab.

Nervenheilkunde.—Referirt von Dr. G. W. JACOBY.

**A Study of the Artefacts of the Nervous System. The Topographical Alterations of the Gray and White Matters of the Spinal Cord Caused by Autopsy Bruises and a Consideration of Heterotopia of the Spinal Cord. By Ira Van Gieson. (N. Y. Medical Journal, September 24th, October 1st and October 15th, 1892.)**

Kenntniss der künstlich hervorgerufenen Veränderungen des Central Nervensystems ist von grosser Wichtigkeit, da solche Veränderungen leicht für Entwicklungsfehler, oder für das Resultat krankhafter Prozesse gehalten werden können. Die Sorgfalt, welche bei der Herausnahme des Gehirns und Rückenmarks sowohl, wie bei deren Zubereitung für mikroskopische Untersuchung, nöthig ist um derartige Artefacta zu vermeiden, wird noch immer nicht genügend gewürdigt. Eine häufige Ursache der Artefacta am Rückenmark ist Quetschung des Organs während der Herausnahme. Hierdurch entstehen topographische sowohl, wie mikroskopische Veränderungen der beiden Rückenmarks Substanzen. In der vorliegenden Arbeit bespricht Verfasser fast ausschliesslich die topographischen Artefacta.

Solche topographische Veränderungen, durch sorglose Manipulationen hervorgebracht, sind von allen Beobachtern als congenitale Missbildungen angesehen worden. Bis jetzt sind etwa 31 Fälle congenitaler Malformation beschrieben worden, und bis auf sechs erwiesen sich alle als nichts anders als Artefacta des frischen Rückenmarks. Diese, unter den Namen Heterotopie der weissen oder der grauen Substanz, bezeichnete Veränderung, wurde zuerst von ARNOLD PICK beschrieben und diese ersten Fälle gehören zu den Wenigen, bei welchen keine Täuschung vorgekommen ist.

Verf. hat sich der Mühe unterzogen diese künstlichen Veränderungen genau zu studiren und diese sehr werthvolle Veröffentlichung seiner Resultate ist in folgende Abschnitte getheilt :

I. Betrachtung der Rückenmarks-Missbildungen im allgemeinen.

II. Analyse der veröffentlichten Fälle wahrer Heterotopie des Hirns und der Medulla oblongata.

III. Die Methoden der Herausnahme des Hirns bei Autopsien und ihre Beziehung zu den künstlichen Missbildungen.

IV. Beschreibung der acq̄dentellen Contusionen des Hirns wie sie gewöhnlich bei Autopsien entstehen.

V. Beschreibung der Resultate, welche experimentell durch Contusionirung des Hirns hervorgebracht werden.

VI. Analyse der Fälle, irrtümlich als Hirn-Missbildung aufgefasst.

VII. Die Diagnose der Hirn-Contusionen. Allgemeine Bemerkungen.

Die lange, äusserst mühevoll und mit zahlreichen Illustrationen versehene Arbeit, muss im Original gelesen werden.

**Trional als Hypnoticum. Von A. Boettiger. (Berliner klinische, Wochenschrift, Oct. 17, 1892.)**

Nach den Ergebnissen der an Thieren gemachten Experimente sollte eine Steigerung der Schlafwirkung bei den Sulfonylgruppen entsprechend der Anzahl der in das Molekül eingeführten Aethylgruppen, gefunden werden ; d. h. dass eine Superiorität des Tetronal mit vier, über das Trional mit drei, und dieser beiden über das Sulfonal mit zwei Aethylgruppen existiren sollte. Praktisch, herrschen hierüber aber verschiedene Meinungen und es scheint nur das anerkannt zu werden, dass wir in dem Tetronal und Trional gebrauchbare Hypno-

tica besitzen. Versuche, welche Boettiger an Kranken mit Trional angestellt hat, ergeben, dass diesem eine exquisit hypnotische und sedative Wirkung zukommt, während unangenehme Nebenwirkungen bei Einhaltung gewisser Grenzen in der Dosirung nur äusserst selten zu beobachten sind. Die schlafferzeugende Wirkung tritt meist sehr schnell ein; als höchste erlaubte Dosis nennt B. drei Grammes. Gewöhnung bei längerem Gebrauch scheint nicht statt zu finden. Mit Chloralamid ist Trional etwa so zu vergleichen, dass zwei Grammes des letzteren, drei bis vier des ersteren entsprechen.

Amylenhydrat kommt dem Trional an Promptheit der Wirkung nahe, ist aber wegen seines schlechten Geschmackes nicht so leicht zu nehmen; zwei grammes Trional entsprechen circa drei gr. Amylenhydrat. In einzelnen Fällen vermag das Trional auch das Hyoscin zu ersetzen. Letzteres wird aber wegen der Bequemlichkeit seiner subcutanen Anwendung, bei Erregungszuständen doch den Vorzug behalten.

**An Undescribed Variety of Hereditary Oedema.** By W. F. Milroy.  
(N. Y. Med. Journal, Nov. 5, 1892.)

Es wird hier ein Oedem der Unterextremitäten beschrieben, welches wegen der hereditären Geschichte und des congenitalen Auftretens von grossem Interesse ist. Ein genaues Studium des Stammbaumes der Familie ergiebt, dass in sechs Generationen, bestehend aus 97 Individuen das Oedem bei 27 Personen auftrat. Die beständigen Characteristika dieses Oedems waren: 1. Congenitales Auftreten mit stetigem Wachsthum in gleichem Verhältniss zum Körperwachsthum. 2. Beschränkung des Oedems auf einer oder beiden Unterextremitäten. 3. Permanenz des Oedems, und 4. vollständige Abwesenheit jedwelcher anderen Symptome.

Pathogenetisch giebt uns Verfasser keinen Aufschluss über diese Eigenthümliche Affection.

**Gynäkologie. Referirt von Dr. BRETTAUER.**

**Das Scheidensecret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber.**  
Von Dr. A. Doederlein. (84 Seiten, 1 Holzschnitt, 5 Tafeln). Leipzig 1892.

In dieser Monographie teilt uns Verfasser die Untersuchungen und deren Resultate mit, die er an 195 Schwangeren der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig gemacht. Es lassen sich sehr leicht zwei Arten von Scheidensecret unterscheiden, das *normale* und das *pathologische*, welche beide ungefähr in demselben Procentsatze gefunden werden. Das normale Secret (55,3 Procent), bestehend aus abgestossenen Plattenepithelien und einzelnen Schleimkörperchen, bedeckt die Schleimhaut in dünner Schichte als weissgraue breiige Masse die intensiv sauer reagirt. In diesem Secret lässt sich beinahe immer und oft in Reinkultur der sog. Scheidenbacillus nachweisen. Derselbe lässt sich nur auf zuckerhaltigem Nährboden bei Körpertemperatur züchten, verursacht Gährung als deren Produkt mit Sicherheit die Milchsäure erkannt wird. Neben diesen Bacillen wurde auch mehrere Male der Soorpilz angetroffen. Es wurde durch diese Untersuchungen nicht nur die Abwesenheit von anderen Coccen erwiesen, ja, es zeigte sich sogar dass eine Staphylococcuscultur in die Scheide gebracht nach kurzer Zeit zu Grunde ging.

Im Gegensatz zu diesem Secret ist das pathologische (44,6 Procent). Dasselbe reagirt schwachsauer, neutral oder sogar alkalisch, ist dünn-

flüssig, weisslichgelb und enthält wie sich schon durch ein Deckglaspräparat herausstellt, zahlreiche Keime, die sich bei Tierversuchen als pathogen erweisen. In acht Fällen — neun Procent der Fälle mit path. Secret oder vier Procent der Gesamtzahl — fanden sich Streptococcen, denen D. den Hauptanteil bei der Entstehung des Puerperalfiebers zuschreibt, während in den übrigen Fällen wohl die Bedingungen zur Entwicklung von pathogenen Keimen günstigere, die Gefahren der Selbstinfection jedoch, bei Ausschluss einer Infection von aussen, nicht erheblich vermehrt waren.

Am Schlusse dieser Arbeit, die des Verfassers interessante und neuen in einwandfreier Weise durchgeführten Untersuchungen wiedergibt, werden „Schlussfolgerungen für die praktische Geburtshilfe“ gezogen. Nach denselben ist bei 90 Procent der physiologischen Geburten eine innere Desinfection zu verwerfen und das Touchiren auf ein Minimum zu beschränken. Es muss wohl ein Unterschied gemacht werden zwischen Gebäranstalt und Privathaus, in welchem letzteren die Verhältnisse sich eher günstiger gestalten. Wenn möglich sollte das Secret jeder Schwangeren untersucht werden und bei Anwesenheit von pathogenen Keimen die ausgiebigste Behandlung eingeleitet werden, wie dies in der Schwangerschaft leicht geschehen kann.

Es gelang Verfasser bei einzelnen Schwängern mit pathologischem Secrete durch täglich öfters wiederholte Ausspülungen mit 1 Procent Milchsäurelösung das Secret dauernd in das Normale zu verwandeln, in dem die Scheidenbacillen wieder in vorherrschendem Grade zur Entwicklung gelangten

**Zur Chlorzinkanwendung.** Von J. Düvelius, Berlin. (Centraibl. f. Gyn. 1892, No. 46.)

D. behandelte acute und chronische Blennorrhoe der Vagina, chronische Endometritis mit Erosion der Portio mit Chlorzink. Bei der erstgenannten Affektion kam das Mittel in Form von Irrigation mit einer  $\frac{1}{2}$ —1 % Lösung zur Anwendung, und ist Verfasser der Ansicht, dass es mehr leistet als die meisten der bisher gebrauchten Mittel. Bezüglich der Applikation an und in dem Uterus von 50 % Chlorzinklösung gibt Verfasser zu, dass oft schon nach sechsmaliger Aetzung der Fluor verschwindet und Erosionen heilen. Dagegen illustriert er an zwei Fällen, dass das Mittel nicht absolut gefahrlos ist und auch Folgerscheinungen haben kann, die schlimmer sind als das ursprüngliche Leiden.

In beiden Fällen waren es vorzeitige Ablösungen der Schorfe, die Blutungen verursachten und Verfasser zwangen, einmal zu tamponiren und bei der zweiten Frau zu curettiren.

Bei erodirten Lippen kann es bei Chlorzinkätzungen zur Heilung von zufällig anwesenden kleinen Cervixrissen kommen, durch das wiederholte Verschorfen und endliche Restitution auf dem Wege der Granulation. Werden diese Beobachtungen am Cervix auf die Applikation des Mittels in dem Uterus übertragen, so lässt sich leicht begreifen, dass bei der tiefgreifenden Zerstörung der Schleimhaut keine Regeneration derselben, vielmehr Narbenbildung und eventuell auch Verwachsungen resultiren können, Möglichkeiten, die den Verfasser bewogen, von der intrauterinen Anwendung des Chlorzinks in Zukunft abzustehen und es an der Portio nur in schwächeren Lösungen zu gebrauchen.

**Ovariectomy in Old Women.** By Joseph Taber Johnson, M. D. (Virginia M. Month., 1892, No. 9.)

Verfasser gibt die Krankengeschichten von drei Fällen, die er mit glücklichem Erfolge operirte. Diese guten Resultate sind um so er-

freulicher, wenn man neben dem hohen Alter, 67 und 68 Jahre, die bedeutende Grösse der Tumoren — 52, 56 und 64 Pfunde — berücksichtigt. In einer beigegebenen Tabelle von 38 Fällen, operirt im Alter von über 67 Jahren, finden sich nur zwei Todesfälle, wogegen in einer von SPENCER WELLS verfassten Statistik von 24, im Alter von 60—68 Jahren stehenden Frauen 6 starben. Verbesserte Antisepsis, schnelleres Operationsverfahren und Vorkehrung gegen Shock glaubt Verfasser begründen die guten Resultate.

### Kinderheilkunde. Referirt von Dr. SARA WELT.

**Zur Kenntniss der Diuretinwirkung im Kindesalter.** Von Dr. Demme. (Bericht aus dem Jenner'schen Kinderspital in Bern, 1891. Centralblatt für Klin. Med., No. 32.)

D. kommt nach seinen Erfahrungen zu dem Resultate, dass das Diuretin auch im Kindesalter und zwar vom Ablauf des ersten Jahres anwendbar ist. Dasselbe darf als ein zweckmässiges, von schädlicher Nebenwirkung freies Diureticum betrachtet werden. Bei einem auf mehrere Wochen ausgedehnten Gebrauch des D. bei Kindern, wurde weder eine cumulative Wirkung, noch eine den therapeutischen Effekt abschwächende Gewöhnung an das Mittel beobachtet.

Der bei Scharlachnephritis oft hochgradige Hydrops scheint nach Ablauf des ersten acuten Stadiums der Nephritis durch Diuretin rascher als durch andere Behandlungsmethoden beseitigt zu werden. Ebenso wird Hydrops der Hautdecken und der Körperhöhlen bei Mitralklappenerkrankungen mit Kompensationsstörung, nach Kompensirung des Klappenfehlers durch Digitalis, bei Anwendung des D. rasch abgeheilt.

Kinder von 2—5 Jahren dürfen 0,5—1,5 g., solche von 6—10 Jahren 1,5—3,0 g. Diuretin als Tagesdosis, am Besten in 100 g. Wasser mit Zusatz von 10—12 Tropfen Kognak und 2,5 g. Zucker nehmen.

Der diuretische Effect des D. scheint durch Einwirkung auf die Nierenepithelien zu Stande zu kommen, und mag ausserdem noch eine besondere Beeinflussung des Circulationsapparates durch das Diuretin bestehen.

**Weibliche Epispadie mit Nabel-Urachusfistel.** Von L. Fuerst. (Arch. f. Kinderheilk., XIV. B. VI. Heft.)

Wegen des relativ seltenen Vorkommens von Nabel-Urachusfisteln beim weiblichen Geschlechte sieht sich F. zu seiner Mittheilung veranlasst. Ein zehn Wochen altes Mädchen mit ausgesprochener Epispadie; die Clitoris war vollkommen gespalten, ebenso die beiden labia majora; an der grossen, tief inserirten und excoriirten Nabelstelle konnte man aus einer feinen Oeffnung Urinräufeln bemerken; und wurde bei Druckerhöhung der Urin im Strahle aus der Fistel entleert. Bei der Operation an dem drei Monate alten Kinde drang F. bis zum Blasenscheitel vor und verschloss die Communication mit der Urachusfistel durch Abbindung. Nach Abtragung des oberhalb der Ligatur liegenden Theiles, wurde der abgebundene Urachusrest versenkt, Vereinigung der Wunde mit Seidennähten; Heilung per primam intentionem.

Als ursächliches Moment nimmt F. eine Störung in der Umbildung der Allantois zu Blase und Urachus, verbunden mit einer Entwicklungsstörung in den äusseren Genitalien an.

**Der Verlauf des Scharlachs durch die Grippe complizirt.** Von Dr. M. A. Philippoff. (Archiv f. Kinderhkl. XIV. B. H. 6.)

Während der in den letzten zwei Jahren in Russland vorherrschenden Grippe hatte P. Gelegenheit 45 Fälle von Scharlach zu beobachten; davon 16 im vereinlichen Verlauf mit der Grippe; in drei Fällen war die Grippe durch Pneumonie complizirt; sonst war der Krankheitsverlauf ein ziemlich verwickelter, aber dennoch gutartiger, weil es nur selten zu starker Entwicklung der Complicationen kam.

In diagnostischer Beziehung stellten die Fälle ein gewisses Interesse dar, weil die Eruption oft nur unbedeutend und schnell vergänglich war, und deshalb leicht übersehen werden konnte; besonders, da die so selten bei Scharlach vorkommenden Reizerscheinungen des Respirationstractus von der Diagnose des Scharlachs ablenkten.

In prognostischer Beziehung zieht P. auf Grund seiner Beobachtungen den Schluss, dass der vereinliche Verlauf der Grippe mit dem Scharlach die heftigen und gefährlichen Anfälle beider Krankheiten mildert, den Verlauf des Scharlachs mässiger und ungefährlicher macht und die Entwicklung der gefährlichen Complicationen mit Nephritis, u. s. w. gleichsam verhütet.

**Incontinence d'urine liée à l'hypertrophie de la rate.** Par Octave Bobulescu. (Revue des Malad. de l'Enf. X. Mai 1892.)

Zwei Fälle. Die erste Beobachtung betrifft einen 4jährigen Knaben mit enorm vergrösserter Milz, der ein ganzes Jahr lang an Intermittens gelitten hatte; seit dieser Zeit bemerkten die Eltern eine Schwellung des Leibes und bald stellte sich eine Incontinenz des Urines beim Laufen oder Springen ein; unter Behandlung mit Chin. sulf. ging die Milzschwellung zurück und die Incontinenz verschwand.

Im zweiten Falle handelt es sich um einen fünfjährigen an Intermittens leidenden Knaben mit starker Milzschwellung. Während des Anfalles bestand häufiger Harndrang und beim Laufen oder Springen Incontinenz; welche letztere nach Verabreichung von Chinin. sulf. und folgender Verkleinerung des Milztumors verschwand.

Beide Kinder stammten von gesunden nervös nicht belasteten Eltern und hatten niemals an Enuresis nocturnagelitten. Kein abnormer Zustand an den Genitalorganen; und wurde die Incontinenz durch den Druck der vergrösserten Milz auf die Blase und die nachfolgende Relaxation des Sphincter vesicae bedingt.

**Affection peu connue des Amygdales.** M. Hicquet. (Revue de Laryng., d'Otol. et de Rhin. Paris Juin, 1892.)

Die Beobachtung betrifft ein 13jähriges Mädchen, welches seit einem Monate an Schluckbeschwerden litt. Kein Fieber. Die Krypten der kaum vergrösserten Mandeln zeigten sich mit käsigen, weissgrauen Massen gefüllt, und konnte man dabei an eine Mycosis faucium denken. Doch sah man an den Belägen kleine Filamente, welche das Aussehen von in die Krypten eingepflanzten Bürstenhaaren hatten.

Bei der mikroskopischen Untersuchung stellte es sich heraus, dass diese Filamente aus Lamellen verhornter Zellen zusammengesetzt waren.

**Paraffin in Diphtheria.** By Sydney Turner. (The Brit. Med. Journal, September 19th, 1891.)

Während einer im April 1891 in Gloucester herrschenden Diphtherieepidemie behandelte T. 30 Fälle — Kinder und Erwachsene — mit localen Applicationen von Paraffin. Nach Abkratzung der diph-



theritischen Beläge wurden stündlich Pinselungen mit Paraffin vorgenommen; und sah er dabei in 24—48 Stunden Heilung eintreten. Doch setzt er die Pinselungen noch 2—3 Tage nach dem Verschwinden der Beläge fort. T. rät das Paraffin für den jedesmaligen Gebrauch aus der Kanne zu entnehmen, da es durch das Stehen in offenen Gefässen an Wirksamkeit zu verlieren scheint. T. glaubt auch, dass die Zerstäubung des Paraffins im Krankenzimmer einen günstigen Einfluss auszuüben vermag. Neben den Pinselungen bekamen die Patienten 3—4 stündlich eine Mixtur von Tinct. ferri perchlor. und Kali chlor. Alle genasen.

**Incubation Period of Mumps.** By Arthur Stedman. (Brit. Med. Journ., 1892, II.)

Bei einer in St. John's Foundation Schools im October 1887 stattgefundenen Epidemie fand es sich, dass die Incubationsdauer des Mumps zwischen 14—21 Tagen schwankte; doch betrug sie am häufigsten 17—18 Tage.

## Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

(110 West 34. Strasse.)

Sitzung vom 27. Mai 1892.

Vorsitzender: Dr. A. SCHAPRINGER.

Schriftführer: Dr. E. FRIDENBERG.

### Vorstellung von Patienten.

**P i s k o** stellt einen Jungen vor, der nicht sprechen will. Das Kind ist sechs Jahre alt, kräftig entwickelt, vollkommen gesund; die Tonsillen wurden vor einigen Wochen wegen Hypertrophie entfernt. Bei dieser Gelegenheit wurden die Stimmbänder vollkommen normal befunden. Eltern und fünf Geschwister vollkommen gesund. Kein Idiotismus in der Familie. Der Junge selbst macht keineswegs den Eindruck eines blödsinnigen Jungen. In den ersten 20 Monaten hat er eine Pneumonie und wiederholt Convulsionen gehabt. Seit vier Jahren ist er vollkommen gesund.

**P o l l i t z e r** stellt einen Fall von Impftuberculose durch Circumcision vor.

Patient 1 Jahr alt, Eltern gesund. Wurde circumcidirt nach jüdischem Ritus, d. h. die Wunde wurde nach der Circumcision von dem Beschneider ausgesogen. Die Circumcisionswunde heilte nicht, es entwickelte sich vielmehr an ihrer Stelle ein stetig langsam zunehmendes Geschwür. Bis zum achten Monat war der Allgemeinzustand nicht gestört, die Ernährung eine gute. Um diese Zeit trat eine Schwellung der Inguinaldrüsen auf, auf die allmählich eine gleiche Affection der anderen Lymphdrüsen folgte. Die Inguinaldrüsen vereiterten und wurden incidirt.

*Status praesens:* Schwächlicher, abgemagerter Knabe. Ein charakteristisches tuberkulöses Geschwür, 1 Zoll lang, hat einen Theil der unteren Fläche des Penis, sowie die Glans und Frenum zerstört. Vergrößerung sämtlicher fühlbarer Lymphdrüsen. Symptome einer miliaren Tuberculose der Lunge. Kalter Abscess von Hühnereigrösse in der rechten Leistenegend.

## Discussion.

Willy Meyer glaubt, es wäre an der Zeit, officiell gegen diesen Unfug einzuschreiten. Ein halbes Dutzend einschlägiger Fälle seien in dieser Gesellschaft allein in den letzten Jahren vorgestellt worden.

Oberndorfer demonstrirt einen Fall von eigenthümlicher **Haut-erkrankung**.

Jacob Mainzer, 50 Jahre alt, Schneider, verheirathet, in Deutschland geboren, wurde am 16. Mai v. J. in der Hautabteilung des Deutschen Dispensary aufgenommen und gab folgende Krankengeschichte an. Vor ungefähr drei Wochen, zwei Tage nachdem er sich hat rasieren lassen, bemerkte Patient einen Ausschlag an der rechten Wange, und zwar einen roten, etwa erbsengrossen Fleck, welcher langsam wuchs. Eine Woche später liess Patient sich wieder rasieren und beobachtete Tags darauf einen ähnlichen Fleck an der linken Wange und zwei Tage später am Haarboden. Zu keiner Zeit bestand Jucken noch Schmerz. Nur in den letzten Tagen ist Bleisalbe gebraucht worden.

Patient hat nie früher etwas ähnliches bemerkt und kann sich überhaupt nicht erinnern, einen Gesichtsausschlag gehabt zu haben.

War nie venerisch erkrankt, ausser einem Tripper vor 20 Jahren. Hat anno 1870 Typhus (abdominalis) überstanden, seit der Zeit niemals ärztliche Hülfe gebraucht.

*Status praesens*: Die Erkrankung ist an drei Stellen localisirt.

1. Obere Hälfte der rechten Wange.
2. Oberer Drittel der linken Wange, ein wenig am Ohrläppchen übergreifend.
3. Grösster Teil des Vertex, woselbst der Haarwuchs stark grau und sehr dünn ist.

Jeder Plaque ist sehr unregelmässig, aber scharf begrenzt und besteht augenscheinlich aus sehr dicht aneinander gereihten, zum Teil confluirenden, kaum tastbaren, klein- bis grossstecknadelkopfgrossen Knötchen von blutroter Farbe. In fast allen Efflorescenzen sind stark erweiterte Gefässäste deutlich sichtbar, wie kleinste Teleangiectasien. Die die erkrankten Stellen bedeckende Epidermis ist stark verdünnt, gespannt und im Ganzen glatt, zeigt aber hier und da kleine dünne, fest adhärente Schüppchen, nach deren Entfernung keine in die Tiefe dringende Pfröpfe zu sehen sind.

Bläschen, Pusteln und Krusten fehlen gänzlich.

Sonst ist die Körperoberfläche gesund. Der Allgemeinzustand des Patienten ist vortrefflich. Er ist rüstig, hat guten Appetit etc. etc.

Auf den ersten Blick bot die Erkrankung grosse Aehnlichkeit mit Lupus erythematosus acutus dar. Dagegen sprach aber die geringe Schuppung und das Fehlen der von der Rückseite der Schuppen in den Talgfollikeln eindringenden Pfröpfe. Ausserdem wäre der Verlauf ein fast zu rapider zu nennen. Von kompetenter Seite ist die Ansicht ausgesprochen worden, dass es sich um eine Tinea trichophytina handle. Dagegen möchte der Vortragende erwidern, dass eine solche Ausdehnung des Processes, wie sie in diesem Falle in drei Wochen zu Stande gekommen ist, mit dieser Diagnose nicht im Einklang steht. Ferner ist die Abschuppung eine zu geringe. Vesikulation ist nicht vorhanden. Endlich zeigte die mikroskopische Untersuchung einiger Schuppen die völlige Abwesenheit von Conidien und Mycelfäden. In diesem Stadium des Processes fehlen genügende Anhaltspunkte zu einer bestimmten Diagnose. Der Fall wird aber unter steter Beobachtung bleiben und hofft Vortragender, dass der weitere Verlauf Aufklärung über die genaue Natur der Affection verschaffen wird.

Pollitzer stellt einen Fall von *Urticaria perstans* vor.

Patient 32 Jahre alt, Portier mit kräftigem Körperbau und ausgezeichnetem Allgemeinbefinden, leidet an der fraglichen Affection seit  $1\frac{1}{2}$  Jahren. Die Eruption besteht aus zahlreichen hellroten, unregelmässig geformten Plaques am Stamm und den Armen, von der Grösse einer Linse bis zu der eines Dollarstückes, unbedeutend infiltrirt. Die Eruption verursacht keine subjectiven Beschwerden und hat sich seit Beginn des Leidens nicht verändert. Die rote Farbe der Plaques verschwindet unter Fingerdruck.

Wird die Haut über den Plaques durch Kratzen gereizt oder erhitzt sich der Patient bei seiner Arbeit, so entwickeln sich an den betreffenden Stellen, resp. ausschliesslich an ihnen, kleine Quaddeln, denen der Urticaria ähnlich. Ausdrücklich bemerkt, besteht keine universelle Urticaria factitia.

Die Affection zeigt Aehnlichkeit mit chronischer Urticaria, mit Urticaria factitia und vielleicht mit Urticaria pigmentosa.

Der Vortragende wird über den interessanten mikroskopischen Befund eines excidirten Stückes an anderer Stelle ausführlicher berichten.

Mit steigender Atropinbehandlung (bis zu  $\frac{1}{50}$  Gran viermal täglich!) und unter dem lokalen Gebrauch einer Ichthyollanolin salbe trat eine bedeutende Besserung ein.

E. Fridenberg stellt einen Fall von **Revolverschuss in die rechte Orbita** vor.

Der Patient, ein Mann von 28 Jahren, legte sich vor mehreren Monaten, in selbstnörderischer Absicht, einen Revolver grösseren Kalibers an die rechte Schläfe und drückte ab. Er fiel hin, will aber die Besinnung nicht verloren haben, merkte aber sofort dass er am rechten Auge blind war. Er wurde in's Harlem Hospital geschafft, wo ich ihn am folgenden Tage zum ersten Male sah.

Patient war soporös. Fieber mittleren Grades. Das rechte Auge stark hervorgetrieben. Die Lider geschwollen und gespannt. Es wurde Blutung, vielleicht auch Fremdkörper, in der Orbita diagnostiziert und die sofortige Operation empfohlen. Dieser Eingriff wurde vom behandelnden Arzte erst am fünften Tag gestattet und fand ich eine Revolverkugel — Caliber 42 — und mehrere lose Knochenstücke in der Tiefe der Orbita. Nachdem diese entfernt waren und durch ein von der Schläfe durch die Orbita durchgeführtes Drain für Secretabfluss gesorgt war, genas der Patient in verhältnissmässig kurzer Zeit. Durch den Aufschub bedingt, hatte sich eine oberflächliche Nekrose der Cornea eingestellt, nach welcher ein dichtes Leukom zurückblieb.

Willy Meyer stellte einen Knaben vor, den er mittelst blutiger Refractur einer alten verheilten **Unterschenkelfraktur** von Schmerzen beim Gehen befreit hatte. Er empfiehlt die supramalleolare Osteotomie, die er jetzt 12 Mal ausgeführt hat, jedenfalls für den traumatischen Plattfuss wie auch für den Plattfuss im Allgemeinen.

Willy Meyer stellt einen Mann vor, der an **Prostatabscesses** gelitten und durch die DITTEL'sche Operation geheilt worden war. Der 27jährige Patient hatte nie Gonorrhoe oder Lues gehabt, und klagte nach einem im kalten Zimmer genommenen heissen Bade bald über erschwertes Uriniren. Nach vielen Stunden versuchte er ohne Erfolg zu uriniren. Nach innerlicher Behandlung entwickelte sich bald Harnträufeln aus der überdilairten Blase. Im Deutschen Hospital wurde die Blase durch den Katheter entleert und der Fall weiter mit Katheterisiren und Auswaschungen behandelt. Es stellten sich allmählig ausstrahlende Schmerzen in den Hüften und Fieber ein. Die Diagnose wurde auf Proctalsabscess gestellt und wurde dieselbe nach DITTEL durch prärectale Präparation und directen Schnitt glücklich eröffnet. Nachbehandlung einfach. Heilung in 5 Wochen.

Pisco stellt einen Fall von **Extensorenlähmung** vor. Patient, 35 Jahre alt, verheirathet, Cigarrenmacher, bemerkte vor 11 Wochen, dass er nicht im Stande war, wie vorher, die geschlossenen Hände zu öffnen und nahm ungefähr 10—15 Sekunden, bis er im Stande war, die Finger zu öffnen. In Folge dessen war er gezwungen, die Arbeit aufzugeben, und kam in ärztliche Behandlung. Dynamometer rechts 26, links 25, vom ersten Tage an unverändert bis heute, ebenso Arsen und Jodkali ohne Erfolg.

#### Discussion.

G. W. Jacoby. Der Fall sei durchaus keiner von Extensorenlähmung; es handelt sich hier um denselben Fall, welchen er (JACOBY) vor einigen Wochen in der N. Y. Neurologischen Gesellschaft vorgestellt hat mit der Bezeichnung Myotonia Acquisita. Diese Fälle sind äusserst selten und von grosser Bedeutung bei Beurteilung der Pathogenese der THOMSEN'schen Krankheit. Weitere Ausführungen, welche Redner machte, sollen Teil einer späteren Veröffentlichung bilden.

#### Präparate.

Adler demonstrirt ein **Herz**.

Patient, Mann, 20 Jahre, bis dato gesund, hereditär nicht belastet, nie an Rheumatismus leidend, erkrankte an Schüttelfrost und Fieber. Zwei Tage später im Deutschen Hospital aufgenommen, konstatierte man ein leichtes, systolisches Blasen über der Mitrals. T. 103°–106°. Blasen wird lauter. Hemorrhagien unter der Haut, dann im Gehirn. Paresen, spontane Schwellung der linken Schulter, nicht eitrig, entschieden rheumatisch. Nach 7 Tagen Exitus.

#### Section.

Infarkte und Blutungen in Haut, Peritoneum, Pleura, Perikard, Niere und Nierenkapsel, Milz und Leber. Puriforme Erweichungen, keine eigentlichen Abscesse. Am Herzen Hypertrophia und Dilatation des linken Ventrikels, weniger ausgesprochen des rechten Ventrikels. Verruköse Auflagerungen und Substanzverluste an der Mitrals und an den Aortenklappen. Infarkte und Erweichung des Herzmuskels. Mikroskopisch fand man die Embolien theils bacteriell theils rein fibrinös. In den Hauthämorrhagien ausgedehnte Verstopfung durch Kokken auch bei grösseren Gefässen. Der Fall stellt eine Uebergangsform dar von der rheumatoiden Form der Endocarditis maligna zur Endocarditis ulcerosa. Trotz Anamnese wird die Endocarditis wohl eine rekurrirende gewesen sein.

Langmann demonstrirt zwei Nieren mit subakuter perenchymatöser Nephritis und ein „cor villosum“.

Der 31jährige Patient, Barkeeper, früher gesund und nur mässiger Trinker, litt einige Wochen an Anschwellungen der Füsse und des Gesichtes mit Dyspnoe. Im Deutschen Hospitale constatirte man Pleuraerguss, Herz vergrössert, Cylinder, Blutkörperchen und Eiweiss im Harn. Eiweiss verschwand. Es stellte sich wochenlange Polyurie bis zu 5-, 6-, 7660 grm. pro die. ein. Urin leicht, ohne Eiweiss oder Zucker. Am 6. Mai Quantität wieder normal, dann wieder Eiweiss, Cylinder, Blutkörperchen. Zeichen von Pericarditis. Am 17. Mai Exitus.

Interessant ist, dass keine Schrumpfniere vorliegt. Polyurie ist ein seltenes Symptom, selbst wenn chronische Nephritis längere Zeit bestanden hat.

#### Discussion.

Adler. Es fehlt der Nachweis, dass nur eine subakute Nephritis vorliegt. Die Nieren sind auffallend blass, aber weder fleckige Hyper-

aemie, noch fettige Stellen. Es fehlt die mikroskopische Untersuchung. Die Harnverhältnisse sind diejenigen, die bei chronischer Nephritis gefunden werden. Vielleicht handelte es sich um symptomatische, hochgradige Polyurie auf nervöser Basis. Für Diabetes insipidus fehlt Bulimie. Diabetes insipidus sui generis ist entschieden ausgeschlossen.

Bei Alkoholismus mit nephritischer Ueberreizung kommt Polyurie vor.

Langmann. Bei der Sektion war das Bild ein anderes als jetzt. Die Nieren waren entschieden geschwollen.

Langmann demonstriert einen Leberabscess.

Derselbe wurde nicht intra vitam erkannt, trotzdem er 1500 grm. enthielt. Patient, 27 Jahre alt, litt einige Wochen an Stiche in der rechten Seite und Husten. Man fand hinten eine Dämpfung bis zum Angulus Scapulae, vorn bis zur vierten Rippe. Die Leber etwas nach unten. Diagnose Pleuritis. T. 102°–104°, fiel zur Norm. Später Schüttelfröste, höheres Fieber. Punktion, zweimal, im Interkostalraum, blutiges Serum. Herz nach links oben verschoben. Lungestark komprimirt. Empfindlichkeit im Unterleib. Erneuerte Punktion an derselben Stelle entleerte 1 Liter sehr übelriechenden Eiters, dann Blut. Am folgenden Tage Exitus.

#### Sektion.

Leberabscess der konvexen Oberfläche, fast bis in den linken Lappen hineinreichend. Eine Perforationsöffnung adhärirte an das unverehrte Zwerchfell. Beide Lungen unten fest mit der Pleura verwachsen. Leichte Peritonitis mit grösseren Mengen klaren Serums. Herzbeutel: blutiges Serum, keine entzündliche Reizung.

Der Fall ist interessant wegen der diagnostischen Schwierigkeiten. Es fehlen etiologische Momente. Das gewöhnliche Zeichen, Dämpfung vorn höher als hinten, war nicht vorhanden. Interessant ferner, die enorme Verdrängung des Herzens durch die Verdrängung des linken Leberlappens nach oben.

#### Discussion.

A. Jacobi. Es kommen in unserem Klima ziemlich viel Leberabscesse vor. Die grössere Anzahl derselben ist wohl auf Dysenterie zurückzuführen. Es gibt aber auch andere Ursachen. Eine, ohne Zweifel, ist die Carbolsäure-Operation der Hemorrhoidalknoten. In einem Falle dieser Operation erkrankte Patient nach 24 Stunden unter Schüttelfrost. Zeichen der Pyaemie traten auf. Endlich brach ein Leberabscess in den Magen durch. Die Operation wird gewöhnlich in der Office ausgeführt und wird wahrscheinlich viele sekundäre Pyaemien verursachen. Leberabscesse können sehr lange, gelegentlich Jahrelang getragen werden.

#### Schluss und Vertagung.

---

Sitzung vom 24. Juni 1892.

Vorsitzender: BALSER.

Schriftführer: EINHORN.

#### Vorstellung von Patienten.

Dr. H. Goldenberg stellt einen Patienten mit Verbrennung zweiten Grades vor. Heilung trat unter feuchtem Thiolverband (1:3) schnell ein. Die Haut hat sich ohne Schmerzen in drei Tagen erneuert.

## Discussion.

Pollitzer bemerkt, dass Thiol bei allen nässenden Affectionen mit Erfolg angewandt wird.

Goldenberg fügt hinzu, dass Jodoform bei Verbrennungen nicht viel nützt.

Goldenberg stellt ferner einen Fall von Lymphangioma circumscriptum vor. Es handelt sich hier wahrscheinlich um eine Lymphneubildung. Therapeutisch dürfte man nur von einer Zerstörung der einzelnen Bläschen etwas erwarten.

## Discussion.

Pollitzer bemerkt, dass man wohl hier durch Elektrolyse etwas erreichen könnte. Redner hat die betreffenden Fälle in London gesehen und stimmt mit GOLDENBERG'S Diagnose überein.

Oberndorfer fragt, ob die Bläschen sich nicht nach ihrer Zerstörung wieder erneuern.

Jacobi fragt, ob nach Anstechung eines Bläschens sich nicht etwas Fluss von Lymphe einstellt.

Goldenberg und Pollitzer meinen, dass dies nicht der Fall ist.

Koller hat an der Conjunctiva derartige kleine Lymphbläschen beobachtet, die nach Entfernung sich nicht erneuern.

Goldenberg stellt sodann einen Fall vor von Gesichtseczem, das als Dishydrosis bezeichnet wird, mit Magenstörungen verbunden. Es handelt sich um eine cystische Degeneration der Schweissdrüsen.

## Discussion.

Jacobi äussert den Wunsch, dass der Vortragende die Aetiologie genauer studirt. Redner fand bei der Frau eines Collegen, deren Sclera etwas gelblich gefärbt war und wo die Diagnose „perniciöse Anaemie“ lautete (es waren nur zwei Millionen rothe Blutkörperchen im Kubikcentimeter), Bläschen am Gesichte, die beim Anstechen Flüssigkeit austreten liessen.

G. W. Jacobi hat verschiedene ähnliche Körper an den Fingern gesehen, zweimal am Gesichte, bei letzteren bestand Morbus Basedowii; vielleicht steht also eine Gefässstörung vor.

C. Heitzmann hat dieselbe Störung bei zwei kräftigen Männern gesehen; er möchte Goldenberg ersuchen, nachzusehen, ob hier nicht Adenom der Schweissdrüsen vorliegt.

Pollitzer hat einen Fall in London gesehen, wo es sich um ein Adenom gehandelt hatte; dort war ein Tumor vorhanden, hier sind es nur Bläschen.

Goldenberg bemerkt, dass ihm Dr. Stieglitz bei Anfertigung der Präparate behülflich war. Es handelt sich um Cysten, wie man dies unter dem Mikroskope deutlich sieht.

A. Jacobi hebt hervor, dass in dem Fall, den er erwähnt hat, die Bläschen keine Sudamina waren, sondern sich wie Knötchen anfühlten.

Stieglitz bemerkt, dass hier keine Adenombildung vorhanden war, ebensowenig Entzündungsbildung, dagegen handelt es sich einfach um cystische Bildungen.

Goldenberg erwähnt, dass er therapeutisch den Paquelin angewandt hat und fragt, ob man nicht vielleicht Atropin innerlich geben soll.

Pollitzer ist gleichfalls der Meinung, dass die Zerstörung die Hauptsache sei.

Jacobi fragt, ob man nicht die Faradisation anwenden sollte.

Oberndorfer stellt einen Fall vonluetischer Initialsclerose vor, wo ein Exanthem vorhanden war, das der Tuberculosis verrucosa cutis ähnlich war.

Georg W., 27 Jahre alt, seit einem Jahr verheiratet, wurde am 13. Juni 1892, sub. No. 664, in der Hautabteilung des Deutschen Dispensary aufgenommen. Er erzählte, dass er vor drei Monaten eine kleine rote Papel an der Unterlippe bemerkt habe. Durch Rasiren wund gemacht, wurde dieselbe allmählig grösser und zugleich erhaben. Sie wurde vom Patienten selbst behandelt mit Bleisalbe, Coldcream, Jodoform etc., veranlasste zu keiner Zeit Schmerzen, weder spontan noch bei Berührung, doch bemerkte dabei Patient eine immer zunehmende Schwäche. Seit einigen Tagen ist das Schlingen wegen Halsschmerzen erschwert. Vor 5 Jahren leichter Tripper, sonst keine venerische Erkrankung.

*Status* bei der Aufnahme: In der Mitte der behaarten Unterlippe zeigt sich eine etwa centimetergrosse, grobhöckerige, blassrote, ziemlich feste Geschwulst, umgeben von dicker, gelber Kruste. Die Lippe selbst ist nur wenig angeschwollen.

Fauces gerötet und mässig geschwellt. Am hinteren Umfange der linken Tonsille eine ungefähr centimetergrosse, grauweisse, mit zackigen Rändern versehene, seichte Exulceration. Nirgends vergrösserte Drüsen abzutasten. Kein Husten. Auscultation der Lungenspitzen negativ.

Es besteht in der Familie keine Tuberculose. Weder Narbe am Penis, noch Exanthem, noch irgend welche Spuren desselben zu entdecken. Es schwankte damals meine Diagnose zwischen syphilitischem Initialgeschwür und tuberkulösem Geschwür, doch fehlten für beide genügende Anhaltspunkte, und es wurde deshalb eine indifferente Behandlung eingeschlagen. Verschrieben wurde nur eine 16 % Borsalbe.

Am 20. d. Mts. stellte sich Patient wieder vor. Die Krusten waren abgefallen und hinterliessen eine geschwürige Fläche. Aus der Tonsillensexulceration war ein tiefes, scharfgeschnittenes Geschwür geworden. Kein Exanthem. Keine Adenopathie. Verordnet zur lokalen Behandlung: Empl. mercur. saponat; innerlich: kal. jodat. 12,0, Hydrarg. bijodat 0,1, Aq. 100,0, davon dreimal täglich einen Theelöffel voll.

22/vi/92. Es besteht jetzt ein polymorphes, allgemeines Exanthem, und zwar an der Stirne, Erythema exsudativum ähnlich, am Körper und an den Extremitäten Acne-Lichen- und Echthyma ähnlich. Am Scrotum und Penis befanden sich eine Anzahl seichter, scharfgeschnittener, erbsengrosser Geschwüre, darunter einige, die eine täuschende Aehnlichkeit mit Ulcus molle besaßen. Unter dem linken Unterkieferwinkel eine deutlich angeschwollene Lymphdrüse. Tonsillengeschwür jetzt kraterförmig. Centrum der Lippenläsion mehr elevirt und Rand tiefer und breiter verschwärt. Auf den ersten Blick konnte man damals meinen, dass man mit einem Jodexanthem zu thun habe, besonders beim Anblick des Ausschlages an der Stirne und der acneiformen und echthymaformen Eruption am Stamm und den Extremitäten, doch besaßen die meisten Skrotalgeschwüre und einige am Mundwinkel und an den Nasenflügeln leicht schuppende, flache, schinkenrote Papeln eine für Lues fast absolut charakteristische Beschaffenheit. Ausserdem hatte Patient im Ganzen nur ungefähr 3,5 Jodkalium in zwei Tagen eingenommen. Doch wurde die bisherige interne Therapie ausgesetzt, das Emplastrum fortgesetzt und ausserdem dem Patienten 0,015 Hydrarg. protojodat. dreimal täglich in Pillenform verschrieben.

Wie Sie Patienten heute Abend sehen, hat sich sein Zustand seither in fast keiner Weise verändert, nur ist die Lippenulceration um ein Weniges grösser und die Adenopathia inframaxillaris eine viel bedeutendere geworden.

Dr. GLITSMANN, der die Güte hatte, den Kranken heute zu untersuchen, hält das Rachengeschwür für ein exulcerites, syphilitisches Gumma.

#### Discussion.

Gleitsmann hat den Patienten zum ersten Male gesehen. Beim Ansehen der Tonsille fragte es sich nur, ob es eine spezifische oder tuberculöse Affection sei; allein hier deutete alles darauf hin, dass es sich um eine spezifische Affection handle.

Goldenberg meint, dass diese Affection nicht wie Chancre der Lippe aussieht; er meint, dass der Ausschlag den Eindruck eines Jodexanthems macht.

Oberndorfer fügt hinzu, dass Patient früher niemals eine veneryische Krankheit gehabt und nur eine Gonorrhoe vor vier Jahren durchgemacht hat. Hier handelt es sich gleichwohl um eine typische syphilitische Affection; Patient hat Lues, aber es sei ungewiss, ob dies eine Initialaffection sei.

#### Demonstration von pathologischen Präparaten.

A. Seibert. JACOBI hat auf dem letzten pädiatrischen Congress angeführt, dass bei der Wasserstoffsperoxyd-Behandlung der Diphtherie Aetzungen der gesunden Schleimhaut entstehen. Redner hat nun Diphtheriemembranen mit Wasserstoffsperoxyd behandelt (10 Min.); zum Vergleich wurde auch Javelwasser und Chlorwasser genommen; die Kultur erschien prompt aus der mit Wasserstoffsperoxyd behandelten Membran, dagegen nicht in den mit den beiden anderen Lösungen behandelten Membranstückchen. Die LAVERAK'sche Lösung löst Diphtheriemembranen schnell auf. JACOBI hatte ferner hervorgehoben, dass die BAGINSKI'sche Methode für den praktischen Arzt ungeeignet sei. SEIBERT hat die Membranen direkt untersucht und hat LÖFFLER'sche Bacillen mit Methylenblaulösung stets darin gefunden.

#### Discussion.

A. Jacobi. Man könnte ja noch immer sagen, dass zwar Coccen nach der Wasserstoffsperoxyd-Behandlung wachsen, nicht aber die Bacillen; allein das beweise doch immer, dass es ein schlechtes Antisepticum sei. Redner ist entschieden gegen das Wasserstoffsperoxyd aufzutreten, weil es viel Schaden angerichtet hat, Ulcerationen etc.

Kilian meint gleichfalls, dass SEIBERT's Experimente noch nicht vollständig sind; er habe gesehen, dass  $H_2O_2$  nie auf die LÖFFLER-Bacillen eingewirkt hat. BAGINSKI's Methode sei doch noch nicht zu verwerfen; das Anlegen der Cultur ist charakteristisch.

Seibert betrachtet seinen Vortrag als eine vorläufige Mitteilung. BAGINSKI's Culturen haben ihn oft im Stich gelassen, weil zuweilen keine Bacillen wuchsen, wo welche vorhanden waren.

Kilian hebt hervor, dass es natürlich leicht ist, Bacillen zu finden, allein schwer zu entscheiden, ob es Diphtheriebacillen sind.

Langmann demonstrirt ein Herz mit spontaner Ruptur des rechten und linken Ventrikels. Es handelt sich um einen Mann, der erst vor 14 Tagen krank wurde. Patient bekam plötzlich einen Stich in der Herzgegend und einen Schwindelanfall; seitdem haben sich die Schwindelanfälle öfters wiederholt. Als Redner den Patienten sah, war der Puls 100, etwas Emphysem in der Lunge; R. H. U.: Bronchialathmen, im Mediastinum nichts vorhanden. Das Hauptsymptom bildeten die heftigen Schmerzen in der Herzgegend und ab und zu Husten. Zwei Stunden später starb Patient plötzlich. Die Sektion ergab: Der Herzbeutel mit etwas Fibringerinnseln angefüllt, das Herz selber zeigt



an zwei Stellen Rupturen, der Riss im linken Herzen geht schräg durch und muss wohl zuerst stattgefunden haben, während der Riss im rechten Ventrikel mehr gerade und grösser ist; letzterer muss wohl später stattgefunden haben und war die plötzliche Ursache des Todes. Die Ursache der Ruptur wird wohl in lokaler Verfettung des Herzmuskels zu suchen sein.

Schluss und Vertagung.

Sitzung vom 23. September 1892.

Vorsitzender : Dr. W. BALSER.

Schriftführer : Dr. A. SCHAPRINGER.

Dr. M. Einhorn demonstriert die **Gastrodiaphanie** an drei Patienten; von diesen litten zwei an **Magendilatation**, während der dritte Fall eine Patientin mit **Gastroptose** betraf. Bei letzterer sah man die Durchleuchtungsfigur in der Nabelgegend beginnen und bis zur Symphyse herunterreichen. Anknüpfend an die vorgestellten Fälle berichtet Redner über einen Patienten, bei dem die Gastrodiaphanie ein negatives Resultat ergab, d. h. es kam keine Spur von Durchleuchtung zustande, obgleich das Gastrodiaphan leuchtend im Magen lag. Es handelte sich um einen Fall von Verkleinerung des Magens und carcinomatöser Verdickung der vorderen Wand desselben. Da sowohl die Cardia als auch der Pylorus nicht verengt waren, hielt Vortragender das Resultat der Gastrodiaphanie für wichtig.

Der Wert der Gastrodiaphanie würde nach Redner in Folgendem bestehen :

1) Man kann mittelst der Durchleuchtung eine Magendilatation schnell erkennen.

2) Man ist im Stande, eine Gastroptose sicher zu eruiren.

3) Man vermag einen Tumor der vordern Magenwand oder schwere Verdickungen derselben daran zu erkennen, dass sie schlecht zu durchleuchten, resp. gar nicht mehr durchleuchtbar sind.

An der Discussion über Dr. Einhorn's Demonstration beteiligten sich Dr. A. JACOBI, Dr. F. LEVISEUR, Dr. C. KOLLER, Dr. MANGES und Dr. FREUDENTHAL.

Dr. Pollitzer demonstriert einen Patienten, der eine **seltene Form von Antipyrinexanthem** darbietet. Der 62jährige Mann, Schneider von Profession, nahm vor einigen Tagen zwei Gramm Antipyrin in Ein-Grammdosen binnen zwei Stunden. Als er am folgenden Morgen erwachte, fand er seine Lippen und Zunge angeschwollen, und gleichzeitig einen Ausschlag, der an folgenden Stellen localisirt war : an den Eingängen der äusseren Gehörgänge, dem rechten obern und linken untern Augenlid, am linken Nasenflügel, am Lippenrand, beiden Handrücken und der Glans penis. Dieser Ausschlag bestand in Blutextravasaten, mit blasiger Abhebung der Haut an der Mehrzahl der genannten Stellen. Schon früher einmal hatte sich bei demselben Manne nach Einnahme einer grössern Antipyrinmenge ein ähnlicher Ausschlag gezeigt.

Dass Antipyrinausschläge auf Störungen des vasomotorischen Systems der Haut beruhen, ist aus dem häufigern Vorkommen von Erythemen, Blasen und Quaddeln zu ersehen. P. glaubt die verhältnissmässig schweren Symptome im vorgestellten Falle auf den grössern Gefässreichtum der befallenen Stellen (Schleimhautübergänge) zurückführen zu müssen.

Dr. Levisieur hatte vor zwei Jahren Gelegenheit, einen ganz ähnlichen Fall zu sehen. Es war damals gerade die Grippe-Epidemie

und das Einnehmen von Antipyrin gang und gäbe. Der Patient, ein Herr von ungefähr 46 Jahren, hatte schon früher bemerkt, dass er Antipyrin nicht vertragen konnte. Dessungeachtet nahm er eine Dosis von 0,5 dieses Mittels ein. Schon nach einigen Stunden begann heftiges Jucken und Brennen der Haut. Am nächsten Morgen stellte sich Patient Dr. L. vor. Um Mund, Lippen und Kinn, an den Ohren, am Penis und Scrotum befanden sich Blasen auf geröteter Basis. Einige dieser Blasen waren schlaff, andere prall gefüllt, und wieder andere hatten sich in oberflächliche Geschwüre verwandelt. Auch auf der Zunge und innen auf der Lippenschleimhaut befanden sich kleine Blasen. Die Wunden schmerzten sehr, namentlich die an den Genitalien befindlichen. Innerhalb drei Tagen war der Ausschlag unter Anwendung lindernder Umschläge und Pasten verschwunden. Herr Dr. I. ADLER erwähnte diesen Fall in seinem höchst interessanten Vortrag „Ueber die Influenza“, wie sich wohl einige der Anwesenden erinnern werden.

Dr. Goldenberg erwähnt, dass bei ihm selbst nach Einnehmen von Antipyrin jedesmal an derselben Körperstelle, dem Scrotum, eine ungefähr dollargrosse Quaddel aufträte.

Dr. WILLY MEYER demonstriert das Präparat eines durch Säureverschlucken stricturirten Oesophagus eines 2½jährigen Kindes. Dasselbe hatte im October 1890 in einem unbewachten Augenblick Kalilauge verschluckt. Nach heftigen Initialsymptomen war nach ungefähr fünf Tagen Schlucken wieder möglich. Wenige Wochen später erst Erscheinungen von Stricture. Der hinzugezogene Arzt hielt sofortiges Bougiren für nicht indicirt, als er aber nach einigen Monaten nach bedeutender Verschlimmerung der Verengerung den Oesophagus sondiren wollte, passirte die Sonde nicht in den Magen. Das Kind ging dann durch die Hand verschiedener Specialisten Montreal's und Toronto's. Stets wurde die Sonde auf ihrem Wege aufgehalten. Frühjahr 1891 Vorschlag operativen Eingreifens, der leider von den Eltern verweigert wurde. Gegen Spätsommer solche Verschlimmerung, dass die Operation als einzige Rettung auch den Eltern erschien. Das Kind wurde von denselben nach New York gebracht und kam in die Behandlung von M. anfangs September. Bougirversuch unter Narcoese und hängendem Kopf erwies eine dehnbare Stricture, anscheinend ringförmig, hinter der Cartilago cricoidea, und eine enge, röhrenförmige, beginnend circa in der Höhe der Bifurcation der Trachea. Wiederholte Bougirversuche mit Sonden verschiedenster Art und verschiedensten Kalibers waren stets ohne Erfolg, dieselben wurden vielmehr regelmässig in der Tiefe aufgehalten, wobei das Kind schwere dyspnoische Attaquen zeigte.

Operation am 30. September. In Anbetracht der doppelten Stricture, wo die obere dem Messer direct zugänglich war, wurde von primärer Gastrostomie abgesehen und die externe Oesophagotomie an typischer Stelle gemacht. Dieselbe durchtrennte ein spornmässig in das Lumen vorspringendes Narbenband. Der sichtbare Sporn nach innen zu, wurde an zwei Stellen quer angeschnitten und dann nach Art der HEINECKE MIKULICZ'schen Pyloroplastik in die Länge gezogen und vernäht. Ein von der Speiseröhrenwunde aus in den Magen abwärts vorgeschobenes conisches Bougie Nr. 11 franz. drang ohne Schwierigkeit in den Magen. Dasselbe blieb liegen, die Schleimhaut der Oesophaguswunde wurde mit den Hauträndern vernäht, um eine permanente Lippenfistel anzulegen. Schon am nächsten Tage konnte ein conischer Catheter Nr. 12 in den Magen vorgeschoben und das Kind nun regelmässig ernährt werden. Im Laufe der nächsten acht Wochen wiederholte allmähliche und forcirte Dilatation des Oesophagus.

Jedesmal Recontraction. Da auch retrograde Dilatation in Anbetracht der langen röhrenförmigen Stricture wenig Erfolg versprach, interne Oesophagotomie am 23. November bei hängendem Kopfe in tiefer Chloroformnarkose mit Hülfe des OTIS'schen Urethrotoms. Dasselbe wurde bis Nr. 40 aufgeschraubt und die Verengung nach links und vorne, später noch einmal nach rechts und vorne durchschnitten. Vorher war durch gründliche Spülung mit THIERSCH'scher Lösung das Operationsfeld möglichst desinficirt worden. Nach der Incision mässige, venöse Blutung, die auf Eiswasserborirrigation stand. Temperatur Nachmittags normal, Kind sehr unruhig. Abends 105 $\frac{1}{2}$ °; allgemeine Hyperästhesie. Es entwickelte sich nun allmählig eine schwere Meningitis, der das Kind trotz sorgsamster Pflege am neunten Tage nach der Operation erlag. Ein am Tage nach der Operation eingeschobener dicker Catheter fiel förmlich in den Magen. Seine Gegenwart liess das Kind auf das Regelmässigste ernähren.

Section: Keine Mediastinitis, keine Pleuritis, keine Peritonitis. Eitrige Meningitis. Sonst alle Organe gesund. Offenbar waren durch die innere Oesophagotomiewunde Streptococcen eingedrungen, die die weiten Lungencapillaren passirten, dann aber in den engeren Gehirncapillaren als infectiöse Embolien festgehalten wurden. Der mit dem Urethrotom ausgeführte Schnitt ist circa drei Zoll lang, durchdringt die Muscularis, jedoch nicht die Wand des Oesophagus. Er hat das Kaliber bedeutend erweitert. M. ist überzeugt, dass hier durch die innere Oesophagotomie eine wirkliche Heilung der Speiseröhrenstricture eingetreten wäre, hätte nicht die nach der Operation eingetretene Infection das Kindchen in der eigenthümlichen Weise hinweggerafft.

Um die innere Oesophagotomie der grossen Gefahr der ihr so leicht folgenden Sepsis, resp. Pyämie, zu entkleiden, schlägt M. vor, behufs Ausführung dieser Operation stets den betreffenden Theil der Speiseröhre aus dem Intestinaltractus auszuschalten, d. h. zur Gastrostomie stets die externe Oesophagotomie hinzuzufügen, und umgekehrt. Das zwischen diesen beiden Oeffnungen gelegene Stück der Speiseröhre kann dann gründlichst desinficirt werden, der innere Schnitt unter Irrigation ausgeführt und durch Einschieben, resp. Einziehen desinficirter Jodoformschwämme eintreten, bez. Regurgitiren von Pharynx- oder Mageninhalt mit Sicherheit vermieden. Die Ernährung durch die Gastrostomiewunde kann dabei ohne Störung fortgehen. M. erhofft, durch diese Anordnung der Operation die bisher so verhältnissmässig schlechte Prognose der Speiseröhrenstricture nach Verätzung erheblich zu bessern und eventuell in einer Anzahl von Fällen wirkliche Heilung zu erreichen. Die bei der innern Urethrotomie in Verwendung kommenden Instrumente sollen hiebei Anwendung finden, eventuell für den speciellen Fall angepasst werden.

Dr. Franz Förster demonstrirt einen von ROTTER angegebenen **Sterilisationsapparat**. Derselbe besteht aus drei in einander passenden, länglichen Kästchen. Dieselben sind aus stark verzintem Eisenblech angefertigt und sind mit gut schliessenden Deckeln versehen; ausserdem bietet das grössere Kästchen noch Platz zum Unterbringen eines Rostes und einer nach dem Princip des Bunsen'schen Brenners eingerichteten Alcohollampe. Das Ganze, äusserst compact, ist von einer Grösse, welche es uns ermöglicht, den Apparat bequem in der Handtasche unterzubringen.

Als Sterilisationsapparat mag derselbe für den praktischen Arzt genügen, für den Chirurgen und Gynäcologen jedoch ist derselbe entschieden zu klein.

Dr. F.'s Verwendung für den Apparat ist denn auch eine andere, als ursprünglich wohl in der Absicht des Fabrikanten lag; er glaubt

dadurch eine Vereinfachung der Vorbereitungen zur Operation zu erzielen und ausserdem mangelhafter Asepsis möglichst auszuweichen Seine Instrumente sterilisirt Redner in einem grössern Apparat durch Kochen in ein oder mehr Procent Natrium-Carbonicumlösung, dieselben werden dann in ein steriles Handtuch eingerollt. Am Ort angekommen, werden nun die drei Kästchen auseinander genommen, die Instrumente in die zwei grösseren gelegt und mit gekochtem Wasser übergossen, darauf bedeckt. Ueber der mitgebrachten Alcohollampe wird sodann jede der beiden Schalen 3—4 Minuten lang kochend erhalten und bis zum Gebrauche bei Seite gestellt. Die Instrumente werden bei der Operation direct der Schale entnommen. Das dritte Kästchen ist für Nadeln und Nähmaterial, Catgut u. s. w. bestimmt und wird zu dem Zweck mit einigen Unzen Alcohol versehen.

Eine derartige Anwendung des Apparats berechtigt, sich in folgenden drei Punkten der Asepsis sicher zu sein: 1) Reine Schalen für Instrumente. 2) Steriles Wasser. 3) Sterile Instrumente.

Dr. F o e r s t e r demonstirt sodann ein kleines Metallkästchen, welches er sich zur Unterbringung von Scalpellen machen liess. Dasselbe bietet Raum für zwei Messer. Boden sowohl wie Decke sind mit länglichen Einschnitten versehen, welche erlauben, dasselbe nebst Inhalt geschlossen zu sterilisiren, indem die Flüssigkeit bequem durch die Einschnitte ein- und ausfliessen kann.

Dr. S a r a W e l t demonstirt einen aus der Scheide eines Kindes entfernten Fremdkörper mit folgender Krankengeschichte:

Ende März dieses Jahres wurde das  $4\frac{1}{2}$  Jahre alte, blühend aussehende Mädchen, M. S., in meine Office gebracht. Das Kind soll stets gesund gewesen sein, doch hatte sie bis vor einem Jahre an Enuresis nocturna gelitten, die jedoch spontan verschwand. Seitdem litt Pat. an starkem Ausfluss aus der Vagina und es stellte sich bald darauf auch bei einer jüngern Schwester, die mit ihr im selben Bette schlief, das Uebel ein. In den letzten Monaten hat sich der Ausfluss bedeutend verschlimmert, und bemerkte die Mutter häufig Blutflecken in der Wäsche, mitunter jeden Tag. Bei der Inspection erschienen die Labia majora stark geschwollen, geröthet und excoriirt; die ganze Vulva war mit eitrigem Ausflusse beschmiert. An der Innenseite der Schenkel fand sich ein, jedenfalls durch Kratzen hervorgerufenes Eczem. Das Allgemeinbefinden der Patientin war bis auf häufiges Kopfweh sehr gut.

Für die Behandlung leisteten Ausspülungen mit einer Lösung von Kali hypermangan. und Einblasen von Jodoformpulver wesentliche Dienste und die Patientin machte gute Fortschritte, doch kam die Mutter bald mit der Klage, dass das Kind in der Nacht wieder stark geblutet hätte. Bei einer nochmals vorgenommenen Untersuchung an der nun abgeschwollenen Vulva bemerkte Dr. W. hinter dem ziemlich grossen Orificium der Vagina etwas, das erst ein dunkler Schleimhautklumpen zu sein schien. Dr. W. ging mit einer kleinen Pincette darauf ein und entfernte aus der Vagina in der leichtesten Weise eine zum Glück geschlossene Sicherheitsnadel. Dieselbe, über zwei Zoll lang, war schräge in der Scheide gelegen. Vollständige Heilung folgte in kürzester Zeit.

Dr. F r e u d e n t h a l wirft die Frage auf, welcher von den gegenwärtig im Handel befindlichen Wasserfiltrirapparaten der beste sei.

Dr. L. W e b e r: Von sachverständiger Seite wird der Pasteur'sche Apparat als der beste empfohlen.

Dr. W e b e r regt die Besprechung der Behandlung des Abdominaltyphus, speciell mit antiseptischen Mitteln, als zeitgemäss an.

Dr. A. Jacobi ist mit der Wirkung des Naphthalins, mit welchem Mittel er ziemlich ausgedehnte Erfahrungen gesammelt hat, sehr zufrieden gewesen. Handelt es sich um ein frühes Stadium der Erkrankung, so soll dem Naphthalin Calomel vorangeschickt werden. Resorcin hält er nicht für zweckdienlich beim Unterleibstypus, weil es durch den Magensaft gelöst wird. Dieser Einwurf trifft das Naphthalin nicht, aber auch ebenso wenig Bismuth, Salicin und Salol. In neuester Zeit wird Benzonaphthol empfohlen, welches im Magen ebenfalls nicht löslich ist. Ueber letzteres Mittel besitzt Dr. J. noch keine ausreichende Erfahrung.

Dr. L. Weber erwähnt, dass er in zwei Fällen von Abdominaltyphus, welche er vor Kurzem zu beobachten Gelegenheit hatte, von jeder Darreichung irgend eines Arzneimittels absah, die Patienten jedoch grosse Mengen Wassers trinken liess, zwei bis drei Quart per Tag, wie das von gewisser Seite als Behandlungsmethode vorgeschlagen worden war. Der Erfolg war in beiden Fällen ein günstiger.

Dr. W. Balsler berichtet über 35 in letzterer Zeit im Deutschen Hospital zur Behandlung gelangte Fälle von Typhus abdominalis. Im Anfangsstadium wurde Calomel verabreicht, später Resorcin. Die Resultate waren im Ganzen sehr zufriedenstellende, Naphthalin zu nehmen weigerten sich gewöhnlich die Patienten wegen des widerlichen Geschmacks des Mittels.

Dr. F. Cohn hat kürzlich das Institut für Infectionskrankheiten in Berlin besucht und teilt mit, dass man daselbst gegenwärtig Versuche mit Antityphin, einem neuen Toxin, anstelle.

Dr. A. Jacobi bespricht die Eingiessungen von Salz- oder alkalisiertem Wasser bei acuten Darmerkrankungen.

Dr. L. Weber hat in einem Falle von abundanter Magenblutung bei einer Frau die Samuel'sche Methode der Salzwassereinspritzung mit überraschend gutem Erfolge anzuwenden Gelegenheit gehabt.

Dr. Kiliari weist darauf hin, dass diese Methode bei gewissen Fällen von unstillbarem Erbrechen, wie z. B. nach Magenresection, mehrmals mit gutem Erfolge angewendet worden sei, ein Umstand, der, wie er glaubt, in weiteren Kreisen noch wenig bekannt geworden ist.

Schluss und Vertagung.

---

## Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

Sitzung vom 3. October 1892.

17 West 43. St.

Präsident: C. HEITZMANN.

### Pathologische Präparate.

Boldt demonstrirt eine Anzahl von Uteri, die er durch Totalextirpation gewonnen hat. Redner plädiert für die Totalexstirpation des Uterus, sobald die Diagnose auf Carcinom der Portio gemacht worden ist. Nur Ovarien sind zurückzulassen. Kontraindication der Operation ist, sobald man nicht ganz im Gesunden operieren kann. Redner bedient sich bei der Operation des Catgut; die Konvaleszenzzeit ist dadurch herabgesetzt, (nur 14 Tage).

## Discussion.

Foerster hält das Präparat vom Cervixcarcinom für sehr wichtig; er glaubt gleichfalls, dass der Uteruskörper entfernt werden soll; man möchte aber auch gleich die Ovarien mit entfernen, da sie häufig später erkranken.

L. Weber. Es ist vom pathologischen Standpunkte interessant, dass Boldt, Fälle gesehen hat, wo in einem Präparat sich ein Carcinom des Uteruskörper und ein Carcinom des Cervix vorfinden, und von einander durch vollständig gesundes Gewebe getrennt waren. Seiner Ansicht nach sei dies ein sehr seltenes Vorkommniss.

C. Heitzmann möchte darauf aufmerksam machen, dass man bei der Diagnosenstellung stets das Mikroskop zu Hilfe nehmen soll.

Boldt äussert sich in seinem Schlusswort dahin, dass, sobald die Ovarien gesund sind, und die Frau noch nicht das Climacterium erreicht hat, dieselben zurückbleiben können, hauptsächlich beim Cervixcarcinom. Redner habe bei Entfernung der Anhänge schlechte Erfahrungen gehabt. Auf WEBER's Bemerkungen möchte Redner erwähnen, dass etwa 20 Fälle von zwei getrennten Carcinomen in einem Uterus in der Litteratur angeführt werden; ein Zusammenhang zwischen beiden konnte nicht gefunden werden.

Darauf findet die angekündigte Discussion über **Die Pathologie und Therapie der Cholera** statt.

C. Heitzmann: **Die Pathologie und Therapie der Cholera.**

(Abgedruckt in der **MEDICINISCHEN MONATSSCHRIFT**.)

(RACHEL übernimmt während dessen das Präsidium).

L. Heitzmann: **Die Aetiologie und Prophylaxis der Cholera asiatica.** (Abgedruckt in der **MEDIC. MONATSSCHRIFT**).

L. Weber: **Behandlung der Cholera.** (Abgedruckt in der **MEDIC. MONATSSCHRIFT**).

Fortsetzung der Discussion.

A. Jacobi räth, sich bei den Injectionen von physiologischer Kochsalzlösung, der Glutai zu bedienen, nicht aber der Infra- oder Supraclaviculargegend, weil dann leicht Oedema Glottidis entstehen kann. Die Behandlung der Cholera, wie sie eben hier besprochen wurde, wurde im hiesigen Hafen durchgeführt. Auf Swinburn Island sind die Patienten mit Tannineingiessungen und Kochsalzinfusionen mit Erfolg behandelt worden. Die Tannineingiessungen können nicht überall ausgeführt werden, weil sie der Darm zuweilen nicht behält; es kommt dann alles schussweise heraus. Redner möchte folgende Anekdote anführen:

Im Jahre 1849 hat Stephen Smith unter den Cholera-Kranken einen im Hospital gesehen, der darum bat, sich selber behandeln zu dürfen. Da die Sterbeziffer der Cholerakranken damals sehr gross war, so lag kein Grund vor, Patienten seine Bitte zu verweigern. Patient wünschte ein Zimmer für sich zu haben und einen Eimer Eiswasser. Als ihm dies gewährt wurde, begann Patient alle 10 Minuten Eiswasser zu trinken; er brach zwar, fuhr aber immer fort zu trinken; er wurde gesund und machte sich später über die Aerzte lustig, die nicht soviel zu thun vermochten, wie er.

Die Erklärung dafür, dass er gesund wurde, mag vielleicht teilweise darin liegen, dass Patient durch das fortwährende Trinken mehr Wasser in seinen Körpergeweben behalten konnte.

Was die intravenösen Injectionen anbetrifft, so sind dieselben bereits im Jahre 1839 gemacht worden, wie aus einem Bericht im **Lancet**

ersehen werden kann; viele sind damals mit dieser Behandlung nicht consequent genug gewesen.

Die Quarantäne anlangend, so weiss jeder, dass man hier im Hafen nicht genügend vorbereitet war; die Verwaltung ist eine schlechte. Die Berichte der Kommission werden bald veröffentlicht werden, und man wird sich über so Manches wundern. Die allgemeine Stimmung ist für eine National-Quarantäne, welche hoffentlich auch bald von der Regierung eingeführt werden wird.

Dr. Rachel. Cantani macht deswegen Tannineingiessungen, weil er die Tanninlösung als bacillentötend gefunden hat. Nach Analogie der Behandlung der Diarrhöen bei Kindern mit Tannin, wo Redner vielfach Erfolg erzielt hat, dürfte diese Behandlung auch in der Cholera zu empfehlen sein. Cantani hält die Hypodermoklyse für besser, als die intravenösen Injectionen, weil die Resorption eine innigere Vermischung der Flüssigkeit mit dem Blut bewerkstelligt. Redner schlägt vor die Einspritzung in der Bauchhöhle vorzunehmen.

Einhorn erwähnt, dass er selber die Cholera im Jahre 1876 in Russland durchgemacht; er trank während der ersten Tage der Krankheit fortwährend Eiswasser, und glaubt, dass dies viel zum glücklichen Ueberstehen der Krankheit beigetragen hat.

Cook hält Auswaschungen des Magens für ausgezeichnet, um die Pilze zu zerstören; auch wenn Erbrechen da ist, bleibt doch ein Teil der Antiseptika im Darm zurück. Redner glaubt, man müsse die Cholera durch locale Zerstörung der Pilze behandeln; er hat zu diesem Behufe Guajacol erfolgreich gegeben.

Kilian möchte nur darauf aufmerksam machen, dass RIEDEL die intravenösen Transfusionen den hypodermischen Einspritzungen vorzieht; man hat nämlich während des Kollapszustandes nicht so viel Zeit, um die subcutanen Kochsalzinjectionen auszuführen. Was die von Rachel eben empfohlenen intraperitonealen Injectionen anbelangt, so sind dieselben bereits gemacht worden, allein nicht mit Erfolg.

A. Jacobi macht darauf aufmerksam, dass manche Fälle von acuter Nephritis choleraähnliche Symptome hervorrufen können; ihm gelang es zweimal, eine derartige Diagnose zu stellen, und die Section hat dieselbe bestätigt.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Heitzmann verliest den von GOELET an die Gesellschaft geschickte Einladung, sich an der diesjährigen Versammlung der American Electrotherapeutic Association zu beteiligen.

Als Kandidat wird Dr. ALBERT POHLY, 118 E. 90. St., von Dr. F. TOREK vorgeschlagen.

Schluss und Vertagung.

Dr. MAX EINHORN,  
protokollierender Secretär.

## Allelei.

Das in unsrem letzten Hefte angekündigte Stiftungsfest des 32jährigen Bestandes der New Yorker Deutschen Medicinischen Gesellschaft, welches am 17. December v. J. stattgefunden hat, ist in allen Beziehungen glänzend ausgefallen. Die angesehensten deutschen Aerzte New York's waren fast sämtlich vertreten, im Ganzen waren etwa 200 Aerzte mit ihren Damen, welche übrigens zum ersten Male bei dem Stiftungsfeste sich beteiligen, erschienen. Es wäre recht erfreulich, wenn auch die regelmässigen *Sitzungen* der D. Med. Ges. eine

solch' rege Teilnahme aufzuweisen hätten! Auch Ehrenmitglieder, die nicht zu unseren Fachgenossen gehören, schmückten die langen Reihen der an den langgestreckten Tafeln vom Comité in geschickter Weise placirten Teilnehmer des Banketts. Unter diesen Gästen heben wir hervor die Herren CARL SCHURZ, den Ex-Gesandten Herrn OSCAR STRAUS, den General-Consul Herrn FEIGEL, Herrn CARL H. SCHULTZ und den Redakteur der N. Y. Staats-Zeitung, Herrn Dr. J. H. SENNER. Die Anordnungen des Festes waren in sachverständiger Weise von einem Comité, bestehend aus den Doctoren LEONARD WEBER, FR. FOERSTER und W. FREUDENTHAL, getroffen worden. Selbstverständlich durften bei einer so festlichen Gelegenheit die üblichen Reden nicht ausbleiben. Letztere waren z. T. humoristischer Natur, z. T. ernst, und bezogen sich fast sämtlich auf Fragen der ärztlichen Thätigkeit und des ärztlichen Standes. Den Reigen eröffnete Dr. WEBER mit einer Begrüssung der versammelten Gäste. Ihm folgten Dr. C. HEITZMANN, als vorletzter Präsident der D. Med. Ges., Dr. LILIENTHAL, Dr. A. JACOBI, Dr. F. LANGE, Dr. BOLDT, Dr. SENNER und Dr. LUSTGARTEN. Dem Bankett schloss sich ein fröhliches Tanzkränzchen an, bei welchem die Herren Aerzte, ohne Unterschied des Alters und der Specialität, mit einander wetteiferten, das Fest bis zuletzt in bester Stimmung zu erhalten.

Dr. Louis Pasteur, der weltberühmte Chemiker und Biologe, vollendete am 27. December v. J. sein siebenzigstes Lebensjahr. Ein solenner Festakt wurde ihm zu Ehren, nach einem ausführlichen Kabelgramm der „N. Y. Staats-Zeitung“, im Festsale der Sorbonne gegeben. Die „vierzig Unsterblichen“ hatten sich, soweit ihr Alter, Gesundheits- und Kräftezustand es ihnen ermöglichte, eingefunden. Pasteur selbst wurde vom Präsidenten Carnot, auf dessen Arm er sich lehnte, zu seinem Stuhle geleitet. Zu dem Festakt hatten sich die Minister, das diplomatische Korps, hohe Officiere und die Spitzen der künstlerischen und wissenschaftlichen Welt eingefunden. Professor Duruy hielt die Festrede, in welcher er Pasteur's Verdienste um die exakte Wissenschaft und den Wert seiner Forschungen und Untersuchungen für das praktische Leben hervorhob. Nachdem Professor Duruy seine Rede beendet, überreichte der Präsident der Akademie der Wissenschaften dem greisen Gelehrten die grosse goldene, ihm von der „Academie Française“ gewidmete Medaille. Tiefgerührt umarmte Pasteur den Präsidenten, während die illustre Gesellschaft in laute Beifallsrufe ausbrach. Dann folgten wieder Reden, eine schöner als die andere. Pasteur selbst sprach nicht öffentlich, hielt aber nach Beendigung des Redekakts eine Art Empfang ab, bei welchem er den Händedruck und die Glückwünsche von vielen Hunderten seiner Verehrer über sich ergehen lassen musste.

Es sei hier erwähnt, dass auch die hiesige Deutsche Medicinische Gesellschaft dem gefeierten Gelehrten ihre Huldigungen telegraphisch dargebracht hatte.

Einige kurze biographische Notizen über den Lebenslauf Pasteur's werden hier am Platze sein:

Louis Pasteur, geboren am 27. December 1822 zu Dole im Departement Jura, erhielt nach Erlangung des Doktorgrades (1847) im November 1848 den Lehrstuhl der Physik am Lyceum von Dijon, ging 1849 als Professor der Chemie an die Universität Strassburg und von dort Ende 1854 nach Lille, um daselbst die neugebildete Fakultät der Wissenschaft zu organisiren, deren Dekan er wurde. Drei Jahre später siedelte er nach Paris über, um die wissenschaftliche Leitung der Normalschule zu übernehmen. Im December 1863 erhielt er die Berufung zum Professor der Geologie, Physik und Chemie an der



Schule der Schönen Kunst und 1867 die zum Professor der Chemie an der Sorbonne. In der Zwischenzeit wurde er Mitglied des Instituts. Die Wissenschaft verdankt ihm wichtige Arbeiten über die Molekularchemie, welche ihm schon 1861 den Preis Jecker und später andere Auszeichnungen brachten. Ganz besonders ausgezeichnet hat er sich aber auf dem Gebiete der Gährungschemie sowie der Mykologie. Ihm verdankt die Oenologie das sog. Pasteurisieren der Weine, ebenso hat er die Ursache der Körperchen (Corpuscules-) Krankheit der Seidenraupen entdeckt und gelehrt, ihr durch die Zellengrainirung vorzubeugen, ein Verfahren, für welches ihm unter anderen die österreichische Regierung 1872 einen Ehrenpreis von 10,000 fl. verliehen hat. Nicht weniger wichtig ist P.'s Entdeckung der Bacterien des Milzbrandes, welche eine neue Aera in die Erforschung der ansteckenden Krankheiten begründet; im Jahre 1878 hat er zugleich den wichtigen Nachweis geliefert, dass die Bacterien als fruchtbare Todeskeime sich nur bis zu einer gewissen Maximalgrenze der Bluttemperatur im Blute fortpflanzen, daher auch ihre Ansteckungsfähigkeit bei Thieren mit einer höheren Bluttemperatur erlischt. Zu seinen berühmtesten Entdeckungen gehört diejenige der Anti-Wasserscheu-Impfung, über deren wirklichen praktischen Wert übrigens das Urtheil der wissenschaftlichen Welt noch nicht feststeht. In New York ist bekanntlich ein Pasteur Institut eingerichtet, welches unter Leitung von Pasteur's Schüler Dr. Paul Gibier steht und in dem die Pasteur'sche Impfmethode mit wechselndem Erfolg angewandt wurde.

Die am 5. d. M. stattgefundene Beamtenwahl der hiesigen Academy of Medicine ergab folgendes Resultat: Präsident, Dr. D. B. St. John Roosa; Vice-Präsident, Dr. Lewis A. Stimson; Verwaltungsrat, Dr. A. M. Jacobus.

### Büchertisch.

**Manual of Practical Medical and Physiological Chemistry.** By Charles E. Pellew, E. M., with Illustrations, New York, D. APPLETON & Co. 1892.

Das vorliegende Buch der organischen Chemie für Mediciner ist besonders praktisch und gut eingerichtet. Es behandelt im ersten Abschnitt die *Kohlehydrate*, im zweiten *Fette*, im dritten *Eiweisssubstanzen*, im vierten die anorganischen Bestandteile des Körpers, im fünften Wasseranalyse, im sechsten animalische Gewebe und Säfte, im siebenten die Verdauung, im achten den Urin und im neunten die mikroskopische Untersuchung desselben. Vorzüglich sind die Abbildungen vieler Krystalle (so z. B. Leucin, Tyrosin, Cystin, Trippelphosphate, Calciumoxalat, Kochsalz, Harnstoff, Harnsäure) sowie auch anderer in der Medicin eine Rolle spielender Substanzen (Cylinder, Samenkörperchen, Tripperfäden, u. s. w.). Die verschiedensten in der Medicin gebräuchlichen Reagentien werden eingehend besprochen, und der Abschnitt über die Verdauung enthält genaue Angaben über die modernen chemischen Untersuchungen des Magens. Wir können das Buch aufs beste empfehlen.

**Umsturz der Harvey'schen Lehre vom Blutkreislaufe und Erklärung der natürlichen Blutbewegung.** Von Dr. F. Jezek. Mit zahlreichen Abbildungen im Texte. Leipzig, Verlag von PETER HOBING, 1892.

Verfasser hat viele Tierexperimente behufs Beantwortung mannigfacher Kreislaufsfragen vorgenommen und ist durch seine Versuche

zu Schlüssen gelangt, die mit der HARVEY'schen Lehre nicht harmoniren. Nach J. bildet sich nach Unterbindung von Blutgefässen *kein* Kollateralkreislauf; das Herz erfährt im lebenden Körper *keine* periodische Volumveränderung im Sinne der Systole oder Diastole und wirkt nicht als Druckpumpe bei der Bewegung des Blutes. J. erklärt die Blutbewegung durch den in den Lungen abwechselnd herrschenden positiven und negativen Druck. Solange der positive Luftdruck in den Lungen (Inspiration) herrscht, werden die Blutgefässe zusammengedrückt, und ihr Inhalt strömt in das linke Herz; sobald aber der Luftdruck negativ wird (Expiration), müssen sich die Gefässe innerhalb der Lungen mit Blut ansaugen, und somit strömt das Blut aus dem rechten Herzen in die Lungen hinein. Auf die Einzelheiten können wir hier nicht eingehen. Verfasser stellt am Schluss seines Werkes folgende Sätze auf:

1. Die Ursache der Blutbewegung liegt nicht im Herzen, sondern in der Lunge.

2. Die Ursache der Pulswelle ist in letzter Instanz nicht die Herzwirkung, sondern die durch periodische Verkleinerung und Erweiterung des Gefässdurchmessers hervorgerufene Druckdifferenz.

3. Das Herz besitzt nicht die ihm zugeschriebene Kraft und wird nur durch die Zu- und Abnahme der Spannkraft der Blutflüssigkeit völlig passiv bewegt. Auf Grund dieser Sätze glaubt Verfasser behaupten zu können, „dass die HARVEY'sche Theorie falsch ist und dass die Lehre vom Blutlauf einer Aenderung in dem von ihm angeregten Sinne bedarf.“ Wir glauben jedoch, dass J. etwas zu kritisch mit der seit Jahrhunderten bestehenden HARVEY'schen Lehre verfahren ist.

Die Verdienste HARVEY's werden stets ungeschmälert bleiben, auch wenn es sich wirklich durch gründliche Forschungen zeigen sollte, dass einige Punkte modificirt werden müssen; in der Hauptsache wird die alte Lehre von der Blutcirculation ewig als einer der fundamentalsten Sätze der Medicin unerschüttert dastehen.

MAX EINHORN.

---

### Personalien.

Verzogen: Dr. LEOPOLD STIEGLITZ, nach 133 E. 61. St.

---

### An die Leser.

*Geschäftliche Zuschriften*, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17—27 Vandewater Street, New York.

*Manuscripte*, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

*Herr Karl Kahler*, unser einziger Vertreter, ist eben im Interesse unseres Blattes im Osten thätig. Da derselbe dieses Jahr nicht reisen wird, so erweisen uns die geehrten Abonnenten einen grossen Gefallen, wenn sie ihren Abonnements-Beitrag einsenden.

---

### Billig zu verkaufen.

"WOODS COMPLETE MEDICAL LIBRARY, 100 VOLUMES" gebunden und neu. Nähere Auskunft ertheilt.

MEDICAL MONTHLY PUBL. CO.  
27 Vandewater Str.

# New Yorker Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

unter Mitwirkung von

Dr. J. Brettauer, Dr. W. Freudenthal, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. H. Goldenberg,  
Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Krug, Dr. S. J. Meltzer,  
Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. A. Schapring, Dr.  
A. Seibert, Dr. F. Torek, Dr. S. Welt, Dr. Ad. Zederbaum.

herausgegeben von

Dr. MAX EINHORN.

Verlag der Medical Monthly Publishing Company, 17-27 Vandewater Street, N. Y.

---

---

Bd. V.

New York, 15. Februar 1893.

No. 2.

---

---

## ORIGINALARBEITEN.

### I.

#### Bemerkungen über motorische Neurosen des Herzens.

Von

Dr. GEORGE W. JACOBY,

New York.

Vorgetragen in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York  
am 9. Januar 1893.

Bei einer sehr grossen Anzahl der Personen, welche uns wegen einer motorischen Störung des Herzens consultiren, sind wir nicht im Stande irgend welche anatomische Veränderung klinisch zu entdecken, und es lässt sich keine mechanische Ursache für die Störung ausfindig machen. Es ist also gerechtfertigt, wenn wir die Ursache der veränderten Function in einer Störung des complicirten Nervenapparates des Herzens suchen. Wenn auch unser Wissen über neurotische Störungen des Herzens, durch Fortschritt in der cardialen Physiologie, um ein bedeutendes gefördert worden ist, so stehen wir doch in vielen Beziehungen auf einem unsicheren Boden und haben als Unterhalt beider Beurtheilung dieser Zustände nichts als unbeweisbare Theorien. Wenn wir aber darüber nachdenken, wie eingehend die Verbindungen des Herzens mit Gehirn und anderen Organen, mittelst der Vagi und des sympathischen Nervengeflechts sind, so sollten wir uns über das häufige Vorkommen functioneller Störungen des Herzens nicht wundern, und müssen anerkennen, dass es sich hier um ein Thema handelt, welches praktisch und theoretisch unser Interesse vollauf beanspruchen darf.

Das Thema, welches ich mir gewählt habe, ist leider ein sehr breites

und dehnbares, so dass ich, um demselben auch nur einigermaßen Gerechtigkeit widerfahren lassen zu können, alles Fremdartige streng aus dem Rahmen meiner Betrachtungen ausschliessen muss. Demgemäss habe ich über solche Störungen, welche von organischer Erkrankung des Herzens, der Gefässe oder des centralen Nervensystems herrühren, nichts zu sagen. Ich gebe gerne zu, dass gelegentlich Patienten, mit organischer Herzerkrankung, Symptome zeigen, welche rein neurotischen Ursprungs sind, und in keiner Beziehung zu der vorhandenen organischen Erkrankung stehen, und derartige Fälle sind auch als zu unserem Thema zugehörig, von anderen beschrieben worden; es erscheint mir aber praktisch, sie von meinen Betrachtungen fern zu halten, da sie doch mehr oder weniger unklar sein müssen und uns eher Schwierigkeiten in den Weg legen, als im Stande sind solche wegzuräumen.

Wegen der nothwendigen Einschränkung muss ich um Entschuldigung bitten, wenn meine Bemerkungen unvollständig und fragmentarisch erscheinen. Das Thema, wie ich es zu besprechen gedenke, lässt sich praktisch eintheilen in Arythmien des Herzens, bestehend in Intermittenz und Irregularität, und abnorm verlangsamte und abnorm frequente Herzaction, resp. als Bradycardie und Tachycardie bekannt.

Intermittenz, ist jene Form der Arythmie, bei welcher von Zeit zu Zeit ein vollständiges Aussetzen der Herzaction, im allgemeinen von einem stärkeren oder kräftigeren Herzschlag gefolgt, stattfindet. Dieses wird gewöhnlich von dem Patienten in sehr unangenehmer Weise empfunden, und als plötzlicher Ruck beschrieben. Es mag sich hier um wahre oder falsche Intermittenz handeln; bei letzterer setzt der Puls aus, aber das Herz bleibt regelmässig, während bei ersterer der Herzschlag selbst aussetzt, so dass wir weder am Herzen noch an den Arterien irgend welches Zeichen von Contraction finden. Die falsche Intermittenz hat man gelegentlich mit Verlangsamung der Herzaction, Bradycardie verwechselt, weil das Herz selbst, nicht untersucht wurde; dadurch dass die Pulsschläge allein gezählt wurden, und diese nur die Hälfte oder ein Drittel der wirklichen Zahl der Herzschläge betrogen, entstand der Irrthum.

Unregelmässigkeit des Herzens mag complet oder incomplet sein. In beiden Formen besteht eine Unregelmässigkeit des Rythmus und der Spannung; bei der incompleten Form aber wechselt die Zahl der Pulsationen von Augenblick zu Augenblick, oder eine Anzahl hoher Pulsationen folgt einer grösseren oder geringeren Anzahl niedrigerer Pulsationen mit vollständiger Unregelmässigkeit und einem beständigem Wechsel von Höhe und Spannung. Im Gegensatz zur Intermittenz bringt die Irregularität keinerlei subjectives Gefühl hervor. Es wird von den meisten Beobachtern der Versuch gemacht, die Intermittenz von der Irregularität streng zu sondern, und es ist verschiedentlich behauptet worden, dass Unregelmässigkeiten des Herzens von grösserer Bedeutung sein sollen, als Intermittenzen und andererseits wiederum, dass das umgekehrte Verhältniss das Richtige

sei. Es wollte mir nie einleuchten, dass diese strenge Sonderung der beiden Phänomene irgend welche Berechtigung hätte, da deren Vorkommen bei ein und demselben Patienten nicht aussergewöhnlich ist. Diese Formen der Arythmie mögen persistent oder temporär sein. Sind sie persistent, so halte ich es für wahrscheinlich, dass sie von irgend welcher organischen Erkrankung des Herzens, ob eine solche zu entdecken ist oder nicht, abhängig sind. Im Allgemeinen wird es sich wohl hier um eine Muskelerkrankung handeln. Sind sie temporär, so sind sie gewöhnlich von mangelhafter Blutmischung abhängig, oder sie sind rein neurotisch. Sehr häufig muss die Ursache für deren Zustandekommen in einer Störung der Verdauung gesucht werden, und ist dann die Arythmie durch einen Reflex vom Unterleib auf den Vagus, zu erklären; in derselben Art hervorgebracht, findet man diese Erscheinungen als integralen Theil einer allgemeinen Neurasthenie. Häufig finden wir, dass eine Arythmie durch psychische Einflüsse entsteht; hier muss nun betont werden, dass solche psychische Arythmien immer in Form von Intermissionen vorkommen, und nur durch psychische Einflüsse deprimirender Natur hervorgebracht werden.

Arythmien werden gelegentlich im Verlauf von Chorea sowie auch nach plötzlichem Schreck beobachtet. WEBER in Boston hat zwei Fälle beschrieben, welche nach letzterer Ursache entstanden. Deren Auftreten als Prodromal-Symptom bei Psychosen, z. B. acute Manie, ist nicht selten. Von allen Ursachen, welche ich bei der Entstehung von Arythmien wirksam gefunden habe, sind toxische Einflüsse in Verbindung mit Excessen sexueller Natur, am häufigsten gewesen. Die toxischen Einflüsse bestanden in dem übermässigen Gebrauch von Thee, Kaffee, Tabak und Alkohol. Alle diese Elemente sind bei dem Zustandekommen von Arythmien wohl bekannt; ich möchte aber besonderes Gewicht in dieser Beziehung auf den Einfluss von Alkohol legen. Ich habe verschiedene Male das Vorkommen von Arythmien, besonders Intermittenzen, bei Leuten bemerkt, welche eine nicht unmässige Quantität Alkohol aus Gewohnheit zu sich nahmen; da aber diese Leute auch an Tabaksgebrauch gewöhnt waren, liess es sich nicht bestimmen, welchen Einfluss der Alkohol als solcher, auf das Hervorbringen dieser Arythmien ausgeübt hat. Zwei Fälle waren aber für mich beweiskräftig, dass wir in dem Alkohol ein direktes Causal-Element sehen müssen.

Beide dieser Fälle betrafen Frauen, welche in Folge von Gemüthserregungen sich dem unmässigen Gebrauch von alkoholischen Stimulanzien ergeben hatten. Bei beiden Patientinnen entwickelte sich eine multiple alkoholische Neuritis mit motorischen Symptomen, und in beiden trat zu einer Zeit, wo noch keine anderen als sensorische Symptome vorhanden waren, eine ausgeprägte Intermittenz der Herzaction ein, so dass bei der einen Patientin ungefähr vier Intermissionen per Minute eintraten, während bei der anderen jeder fünfte oder sechste Herzschlag verloren ging. Dieser Zustand blieb Monate lang unverändert, bis in Folge des vollständigen Entziehens des Alcohols, eine

complete Regelmässigkeit wieder eintrat. Unzweifelhaft hat es sich hier um eine alcoholiche Neuritis einiger cardialen Nervenendungen gehandelt.

#### Verlangsamte Herzthätigkeit. (Bradycardie.)

Obgleich die Bezeichnung Bradycardie erst seit den letzten Jahren herrührt und von GROB als Gegenbezeichnung zu dem Ausdruck Tachycardie angewandt wurde, ist die Verlangsamung der Herzaction als Folge von Erkrankung schon längst bekannt. Nach RIEGEL soll der Ausdruck nur auf solche Fälle angewandt werden, bei welchen der Puls unter 60 Schläge pro Minute fällt, und TAYLOR möchte die Bezeichnung nur für solche Fälle angewandt wissen, bei welchen der Puls sich nicht über 40 Schläge pro Minute erhebt. Im grossen Ganzen betrachte ich den Ausdruck Bradycardie als einen unzweckmässigen, da er nur ein Symptom representirt, und dieses Symptom Ausdruck verschiedenerlei Ursachen sein kann. Benutzen wir die Bezeichnung überhaupt, so sollten wir sie streng begrenzen und nur auf solche Fälle anwenden, bei welchen die Verlangsamung des Pulses von einer Innervationsstörung abhängig ist. Eine Durchsicht der ziemlich bedeutenden Literatur des Gegenstandes kann uns darüber nicht im Zweifel lassen, dass abnorme Zustände der Herzinnervation eine Verlangsamung dieses Organes hervorbringen können, ohne dass dasselbe selbst erkrankt zu sein braucht. Ob aber Bradycardie jemals als reine Neurose vorkommt, in demselben Sinne wie eine paroxysmale Tachycardie, ist mehr als zweifelhaft. Sicher ist, dass verlangsamte Herzaction für gewöhnlich als Symptom einer organischen Erkrankung, sei diese des Herzens, der Arterien, oder des Gehirns, aufzufassen ist. Eine geringe Verlangsamung der Pulsfrequenz ist nichts ungewöhnliches bei Störungen in dem Verdauungsapparat; besonders ist dieses der Fall bei Magenerweiterung. Diese Fälle sind so aufgefasst worden, dass man die verlangsamte Herzaction durch einen Reflex auf den cardialen Vagus, oder von dem Unterleibssympathicus, zu erklären versuchte. Gewiss, nach den Experimenten von GOLTZ und anderen fehlt es dieser Annahme nicht an physiologischer Basis, aber ich bin gewohnt, derartige Vorkommnisse auf Prozesse von Autointoxication zurückzuführen, und ich bin noch nicht bereit anzuerkennen, dass ich unrecht habe. Das Vorkommen von verlangsamter Herzaction bei sonst gesunden Individuen ist nach meinen Erfahrungen ein sehr seltenes, und wenn wir den Ausdruck Bradycardie nur auf derartige Fälle anwenden, so glaube ich nicht, dass meine Erfahrung eine Ausnahme bilden wird. Bradycardie als Neurose ist von anderen beschrieben worden und soll sie sowohl transitiv wie permanent vorkommen. Die Behauptung, welche verschiedenerseits aufgestellt wurde, dass Fälle von Bradycardie, welche in Verbindung mit Angina Pectoris auftreten, reine Neurosen sind, wird wohl kaum bewiesen werden können; denn auch der Ausdruck Angina Pectoris ist ja nur Bezeichnung für ein Symptomencomplex. Hierfür beweisführend ist ein Fall von Angina Pectoris mit Bradycardie, beschrieben

von HEINE. Bei diesem Patienten kam das Herz während einer Zeitdauer von vier bis fünf Schlägen zum vollständigen Stillstand; bei der Section fand sich der rechte Phrenicus in einer verkalkten Masse eingebettet, und der N. cardiacus, sowie die Zweige des linken Vagus, in ähnlichem Zustande.

Als wirkliche Herzneurose scheint die Bradycardie in jener Form aufzutreten, welche SEELIGMUELLER mit dem Namen Neurasthenia Cordis belegt hat. Hier findet man Schwäche des Herzimpulses und der Herztöne mit deutlicher Verlangsamung. Beim Aufstehen des Morgens steigt der Puls nicht über 40 pro Minute; später wird er frequenter, bis 50 oder 60, aber selten mehr. Bei schweren Fällen ist diese Schwäche eine dauernde, bei anderen nur temporär. SEELIGMUELLER glaubt hier eine wahre Innervationsstörung sehen zu können, ob aber der Vagus, der Sympathicus oder die Medulla Oblongata hieran betheiligt sind, lässt sich nicht entscheiden. Von allen Formen der Bradycardie, ist diejenige Verlangsamung der Herzaction am besten bekannt, welche bei organischen Erkrankungen des Nervensystems vorkommt; derartige Fälle gehören ebensowenig in den Rahmen dieser Bemerkungen, wie jene von Bradycardie abhängig von Erkrankungen des Herzens oder seiner Gefässe. Es mag mir aber verziehen werden, wenn ich von einer Reihe Fälle spreche, welche sehr interessant und durchaus nicht selten sind, deren Pathologie aber noch hochgradig mangelhaft erscheint. Es handelt sich hier um das Vorkommen von verlangsamter Herzaction und Convulsionen. Diese Combination wird nach SÉÉ, bei Fettherz und Atherom der Arterien beobachtet, und er hat dieses Vorkommniss siebenmal bei Männern und dreimal bei Frauen gesehen, welche alle im Alter zwischen 25 und 40 Jahren standen. Die Fälle aber, welche ich im Sinne habe, unterscheiden sich in sofern von jenen, da sie keine entdeckbare Zeichen einer Herz- oder Gehirnkrankheit darboten. Ich besitze Krankengeschichten zweier derartigen Fälle, welche aber viel an ihrem Interesse einbüßen, da die Section mangelt. Der eine Fall betraf einen 40-jährigen Mann, welcher seit zwei Jahren an ausgeprägten epileptischen Anfällen litt. Sein Puls schlug zu jeder Zeit, als ich Gelegenheit hatte ihn zu untersuchen, ungefähr 48 pro Minute. Andere Zeichen einer Herz-, Nieren- oder Gehirnerkrankung bestanden nicht.

Der zweite Fall betraf einen 45-jährigen Mann, welcher seit 9 Monaten, in verschiedenen Zwischenräumen, mehrfache Anfälle von Bewusstlosigkeit, welche ich für epileptische hielt, hatte. Sein Herzschlag betrug 60 pro Minute und war intermittent. Kein vernehmbares Geräusch. Nieren normal. Kein Zeichen einer organischen Gehirnerkrankung. Dieser Patient starb ausser meiner Beobachtung, und Dr. J. A. IRWIN schrieb mir, dass sein Puls während fünf Tage, vor eingetretenem Tode, zwischen 17 und 26 Schlägen pro Minute schwankte. Es fällt mir durchaus nicht ein, die Behauptung aufzustellen, dass in diesen Fällen keine organische Erkrankung vorlag, ich erwähne sie aber wegen des interessanten Symptomencomplexes ohne klinische nachweisbare Erklä-

rung. Ob die Experimente von LANDOIS, welche nachweisen, dass venöse Stauung in der Medulla, epileptiforme Anfälle mit verlangsamtem Puls hervorzubringen vermag, irgend welches Licht auf derartige Fälle werfen, ist zweifelhaft.

Was die Bradycardie anbelangt, möchte ich schliesslich des praktischen Punktes Erwähnung thun, welcher kürzlich von DEHIO empfohlen worden ist. Es soll nämlich ermöglicht werden, Fälle von verlangsamter Herzaction abhängig von Erkrankung des Herzens selbst (cardial) von solchen klinisch zu unterscheiden, bei welchen der verlangsamte Puls von directer oder indirecter Reizung des medullaren Inhibitionscentrum des Vagus (extracardial) abhängig ist. Indem Atropin die Vagus Endigungen am Herzen lähmt, bringt eine Injection dieses Alkaloid in solchen Fällen eine Erhöhung der Pulsfrequenz zu Stande, bei welchen die Bradycardie extracardialen Ursprungs ist, während sie auf die cardialen Fälle ohne Einfluss bleibt. Eine einzelne Einspritzung soll zur Stellung der Diagnose genügen. Ich besitze nach dieser Richtung hin keine Erfahrung.

#### Paroxysmale Tachycardie.

Eigentlich sollte ich, ehe ich auf die sehr interessanten Fälle von Tachycardie eingehe, jene von nervöser Palpitation besprechen; dies um so mehr, da es behauptet worden ist, dass Tachycardie nur ein Anfall von übermässiger Palpitation sei. Die Fälle von Palpitation sind aber so bekannt, dass es mir leicht verziehen wird, wenn ich nicht hierauf eingehe. Wer jemals einem tachycardischen Anfall mit beigewohnt hat, nachdem er viele Fälle von Palpitation gesehen, wird sofort erkennen, dass er hier einen Zustand vor sich hat, welcher total von irgend etwas Vorhergesehenem abweicht.

Seit dem 1889 erschienenen Artikel von BOUVERET, worin alle bis dahin veröffentlichten Arbeiten über die Tachycardie zusammengefasst sind, sind verschiedene wichtige Beiträge zu diesem Thema geliefert worden. Ich kann hier unmöglich auf diese grosse Literatur eingehen, möchte aber besonders die Arbeit von DÉBOVE und BOULAY hervorheben, da diese viel zu unserem Verständniss dieser Fälle beiträgt. Die verschiedenen Varietäten der Tachycardie, besonders die Fälle von symptomatischer Tachycardie, können nicht Gegenstand meiner Bemerkungen sein, und werden sich diese ausschliesslich auf solche Fälle beschränken, welche paroxysmal und ohne erkennbare Ursachen auftreten.

Der tachycardische Anfall ist immer plötzlich in seinem Auftreten und gewöhnlich unerwartet. Prodromal-Symptome sind selten vorhanden, sind aber solche gegenwärtig, so sind sie unbestimmt und unverlässlich, und bleiben sich in den verschiedenen Attacken nicht immer gleich. Das erste Symptom ist die plötzliche Erhöhung der Pulsfrequenz von dem Normalen bis 180-240, oder, wenn man sich auf das Zählen verlassen kann, sogar bis zu 300. Es besteht hierbei niemals irgend welche Unregelmässigkeit des Rythmus, wie bei den Fällen von



übermässiger Palpitation. Intermittenz besteht auch nicht, die Schläge sind alle von ein und derselben Intensität, so dass, wie bei dem fötalen Herz, man die Systole von der Diastole nicht unterscheiden kann; gleichzeitig sind aber die einzelnen Schläge klar, deutlich und sehr kurz. Das Herz schlägt stark und energisch, so dass der Schlag leicht gesehen und gefühlt werden kann. Andere Symptome mögen nicht vorhanden sein, in welchem Falle der Patient nicht genöthigt ist, sich hinzulegen, sogar vielleicht seiner Beschäftigung nachgehen kann. In Allgemeinen aber bedingen die Symptome ein sich Hinlegen. Während oder zwischen öfters wiederkehrenden Anfällen mag der Spitzenstoss verschoben, die Herzdämpfung verbreitet sein, und ein systolisches Geräusch an der Spitze gehört werden. Diese Symptome sind aber immer transitorisch und ist ihnen keine organische Bedeutung beizumessen.

In direktem Gegensatz zur schnellen und starken Herzthätigkeit steht die auffallende Herabsetzung der arteriellen Spannung. Wie von DÉBOVE und BOULAY richtig behauptet, ist dieses Symptom mindestens ebenso wichtig, als die Rapidität der Herzaction; der Puls mag sogar in der Femoralis ganz unfühlbar sein, während das Herz klar und deutlich schlägt. In allen Anfällen, welche ich gesehen habe, war dieser Contrast zwischen Herzthätigkeit und Spannung in den Arterien während des Anfalles deutlich ausgeprägt; er besteht aber nicht nothwendiger Weise während des ganzen Anfalles, und kann es vorkommen, dass die Spannung sich unter dem untersuchenden Finger ändert.

DÉBOVE und BOULAY glauben, dass dieses Symptom bei der Diagnose zwischen symptomatischer und essentieller Tachycardie von differentiellen Werthe ist. Der Anfall hört ebenso plötzlich auf, als er anfängt; dem Ende des Anfalles mögen einige stärkere und langsamere Herzschläge vorangehen, und gewöhnlich wird dieses Aufhören von einer sehr unangenehmen Empfindung begleitet, welche von dem Patienten verschieden beschrieben wird.

Einer meiner Patienten, dessen Wissen über die Pathogenese der Erkrankung von früheren ärztlichen Rathgebern bereichert worden war, sagte mir, er fühle „wie der Vagus an seiner Stelle zurückfällt“.

Andere Patienten sprechen von einem Ruck, einem Stoss etc. in der Cervicalgegend. Die einzelnen Paroxysmen dauern verschieden lang, von einigen Minuten bis einigen Stunden oder gelegentlich auch Tagen. BOUVERET hat es versucht, die Fälle mit langdauernden von solchen mit kurzen Anfällen zu trennen; aber diese Eintheilung ist eine rein gekünstelte und entbehrt jeder praktischen Anwendung. Der oben erwähnte Patient hat während eines Zeitraumes von zwei Jahren, von Februar 1889 bis Februar 1891, die Zeit des Anfanges und des Endes aller Anfälle sorgfältig aufgeschrieben, und diese interessante Liste beweist zur Genüge, wie verschieden die Dauer der Anfälle bei ein und demselben Patienten sein kann. Im Ganzen hatte er während dieser zwei Jahre 63 Anfälle, wovon die Mehrzahl von einigen Minuten bis zu

24 Stunden, einige über 36 Stunden und ein einzelner Anfall länger als drei Tage dauerten.

Die Intervalle zwischen den einzelnen Anfällen sind ebenso verschieden als die Anfälle selbst. Ein anderes Symptom, welches im Allgemeinen vorhanden ist, ist Störung der Harnabsonderung. Während des Anfalles ist die Harnmenge gewöhnlich vermindert, aber bei einem meiner Patienten wurde der Anfall jedes Mal mit Absonderung einer sehr grossen Menge eines klaren, hellen Urins beendet. In einem von HUBER beschriebenen Falle trat eine solche Polyurie während der Anfälle ein. In einzelnen der veröffentlichten Fälle bestanden auch pupillare Symptome (Myosis oder Dilatation). Starke Schweissabsonderung ist sehr häufig, und ist der Anfall von sehr langer Dauer, so wird manchmal Temperatursteigerung beobachtet. Ob aber diese Temperaturerhöhung nicht nur ein von Lungencomplication herrührendes, secundäres Symptom ist, kann nicht bewiesen werden.

Dieses sind die essentiellen Symptome des tachycardischen Anfalles; andere Symptome sind secundär und hängen mehr oder weniger von der Dauer des Anfalles, sowie von dem psychischen Zustande des Patienten ab. Sie sind sehr variable. Die Erkrankung wird durch ihre paroxysmale Natur gekennzeichnet, und der Patient ist immer einer Wiederkehr des Anfalles ausgesetzt. Subjectiv und objectiv befindet sich der Patient zwischen diesen einzelnen Paroxysmen vollständig wohl, und, was zur Stellung der Diagnose nothwendig ist, es lässt sich gar keine Herzstörung nachweisen. Die Aetiologie dieser Fälle wird, so lange unser Wissen über deren Pathogenese noch ein so theoretisches bleibt, wie es heute ist, unaufgeklärt bleiben müssen.

Psychische Einflüsse, Schreck, Diätfehler, körperliche Ueberanstrengung sind alle beschuldigt worden, die Erkrankung selbst, sowie die einzelnen Anfälle hervorgebracht zu haben. Alles, was wir mit Sicherheit behaupten dürfen, ist, dass es sich um eine Erkrankung des Erwachsenen handelt (bei Kindern und Säuglingen ist sie nie beobachtet worden), und dass die bestbekanntesten Ursachen in körperlicher und geistiger Ueberbürdung bestehen. Dass nervöse Prädisposition, Hysterie und Neurasthenie irgend welchen besonderen Einfluss auf die Entstehung der Erkrankung ausüben, ist sehr zweifelhaft. Ehe ich jetzt zur Besprechung der Pathogenese dieser Fälle schreiten kann, wird ein kurzer Ueberblick über den Stand unseres physiologischen Wissens nöthig sein. Der nervöse Mechanismus des Herzens ist ein ausserordentlich complicirter und dessen Studium von so grossen Schwierigkeiten umgeben, dass es nicht Wunder nehmen darf, wenn unsere Kenntnisse hierüber noch sehr unvollständig sind. Der Stand unseres Wissens ist etwa wie folgt: Die Contraction des Herzens ist automatisch und rythmisch regelmässig; der Herzrythmus hängt entweder von der Wirkung der Herzganglien, welche hauptsächlich basal gelegen sind, ab, oder wird durch eine eigene contractile Kraft der Herzmuskelsubstanz selbst, ohne Einwirkung irgend welcher Ganglien hervorgebracht. Es ist, nach den Experimenten von GASKELL auf

niedere Thiere und nach den embryologischen Forschungen von HIS und ROMBERG, wahrscheinlich, dass letztere Annahme die richtige ist. HIS und ROMBERG wurde es ermöglicht, den Beweiss zu liefern, dass alle Ganglien des Herzens dem sympathischen Systeme angehören; da nun alle sympathische Ganglien rein sensorischer Natur sind, müssen die Herzganglien ebenfalls sensorisch sein, und können daher keine motorischen Functionen besitzen, welche ihre Annahme als automatische Herzentren berechtigen würde.

Physiologisch spricht ebenfalls sehr Vieles gegen die motorischen Eigenschaften dieser Ganglien und für ihre sensible Natur. Wenn diese Ganglien auf irgend welche Weise den Herzrhythmus controlliren, so geschieht dies als Reflex mittelst ihrer sensorischen Eigenschaften. Wie dem auch sein mag, wird das Herz in seiner Thätigkeit, von allgemeinen Einflüssen, durch seine eingehende Verbindung mit den sympathischen und cerebrospinalen Centren sehr leicht beeinträchtigt.

Diese Verbindung wird durch zwei, vom Central-Nervensystem zum Herzen gehende Fasergruppen, welche dem Vagus und dem Cervical-Sympathicus angehören, hergestellt. Diese Fasergruppen haben entgegengesetzte und antagonistische Wirkungen auf das Herz; die eine Gruppe setzt die Herzaction herab, inhibirt sie, während die andere dieselbe erhöht oder accelerirt. Beide Fasergruppen lassen sich bis in das Central-Nervensystem verfolgen, und kann das Herz vom Central-Nervensystem aus erregt werden, gleich ob diese Erregung direkt, oder indirekt als Reflexwirkung, zu Stande kommt. Inhibition der Herzaction kann also durch Impulse hervorgebracht werden, welche von der Medulla ausgehen, durch Stimulation des Vagusstammes (Accessoriusfasern) sowohl, wie durch Stimulation, welche auf einem Reflexweg das Herzhinhibitionscentrum erreicht. Dieses Inhibitionscentrum übt beständig seine zurückhaltende Kraft auf das Herz aus, und diese Kraft wird durch Reizung verstärkt.

Die Einzelheiten des Processes, welche bei Hervorbringung des beschleunigenden Impulses in Kraft treten, sind nicht so bekannt, es kann aber nicht bezweifelt werden, dass deren Production ebenfalls vom Central-Nervensystem beherrscht wird. Es ist wahrscheinlich, dass wir in der Medulla Oblongata ein Centrum haben, dessen Reizung eine Beschleunigung der Herzaction hervorbringt, und es wird angenommen, dass die Wirkung dieses Centrums intermittent ist, im Gegensatz zu der Wirkung des inhibitorischen Centrums, welches, wie gesagt, constant ist. Die Annahme, dass die Wirkung des beschleunigenden Centrums ebenfalls constant ausgeübt wird, würde es uns ermöglichen, Vieles in der antagonistischen Wirkung der verlangsamenden und beschleunigenden Nerven zu verstehen, was jetzt noch im unklaren ist.

Welche Veränderungen am Herzen selbst infolge dieser verlangsamenden und beschleunigenden Wirkung eintreten, ist bis jetzt nur Muthmassung.

Das Hauptinteresse dieser besprochenen Fälle muss in der Frage nach ihrer Natur gesucht werden. Dass es sich thatsächlich um eine nervöse Erkrankung handelt, kann wohl nicht bezweifelt werden, aber ob es sich um eine Erkrankung functioneller Natur handelt, ist nicht so sicher. Viel hat das Zusammenwerfen von Fällen permanenter Tachycardie mit solchen paroxysmaler Natur gethan, um unser Wissen hierüber zu verschleiern. Fälle von permanenter Tachycardie sind unstreitig immer von organischer Erkrankung des Herzens (Muskelerkrankungen) oder des Centralnervensystems abhängig; auch ist behauptet worden, dass die Ursache der paroxysmalen Tachycardie, ohne klinische Symptome einer organischen Erkrankung, in Erkrankung der Herzwandungen, gesucht werden muss. Pathologische Ergebnisse sind aber weit davon, die Richtigkeit dieser Annahme zu beweisen, da alle Veränderungen, welche am Herzen gefunden worden sind, als secundäre Störungen infolge der Ueberbürdung des Herzmuskels, oder durch Innervations-Anomalien hervorgebracht, aufgefasst werden können. In keinem Falle von paroxysmaler Tachycardie, bei welchem das Nervensystem untersucht wurde, konnte hier irgend welche Läsion gefunden werden; auch sollte uns die Abwesenheit einer solchen Läsion keineswegs überraschen, da dieser negative Befund in vollem Einklang mit dem paroxysmalen Character, dem plötzlichen Anfang und Aufhören der Anfälle, sowohl wie mit dem vollständigen Fehlen jedwelcher klinischen Symptome in den anfallsfreien Zeiten, steht. Wir sind aber auch nicht zur Annahme berechtigt, dass die Tachycardie Theilerscheinung einer uns bekannten allgemeinen Neurose bildet. Hysterie und Neurasthenie können ausgeschlossen werden; an Morbus Basedowii ist in einigen Fällen gedacht worden, und bei solchen mit Tremor und Schweissausbruch auch mit gewisser Berechtigung, aber niemals begegnen wir bei BASEDOW einem derartigen Puls mit solch ausgeprägter Herabsetzung der Pulsspannung. Die Störung muss in einem definirbaren Theil des Nervensystems liegen. Die Theile, welche in Frage kommen, sind der Vagus, der Sympathicus, die cerebralen Verlangsamenden oder beschleunigenden Centren, oder die Ganglien des Herzens selbst. Beim jetzigen Stand unserer physiologischen Kenntnisse sind letztere auszuschliessen. Ob es sich um Störungen im Bereiche des Vagus oder des Sympathicus handelt, wird durch verschiedene Theorien nach beiden Richtungen hin beantwortet, und es lässt sich viel zu Gunsten der verschiedenen Anschauungen sagen. Transitorische Gleichgewichtsstörungen, wie psychische Erregungen, welche im Stande sind, Palpitationen hervorzurufen, können unmöglich genügen, um diese tachycardischen Anfälle hervorzubringen. Es muss sich um Störungen grösserer Intensität handeln. Daher die Annahme, dass die Anfälle entweder von einer Lähmung des Vagus oder von einer Reizung des Accelerans oder Beides zusammen herrühren.

Eine Reizung des Sympathicus ist nicht schwer zu verstehen, da wir Analogien hierfür in anderen Nervenbereichen finden.

Das Hervorbringen eines Anfalles durch Percussion des Thorax (wie

es oft geschieht), dessen Auftreten mit Blässe des Gesichtes, Dilation oder Verschiedenheit der Pupillen, profuses Schwitzen, manchmal einseitig, hervorstehende Bulbi, Kälte der Extremitäten, deuten auf den Accelerans als Ursache hin. Ferner auch die Möglichkeit, die Anfälle durch einige tiefe Athemzüge zu unterbrechen; denn wäre die inhibitorische Eigenschaft des Vagus aufgehoben, so liesse sich diese nicht so leicht wieder herstellen.

BRANNAN glaubt, dass es sich um eine temporäre Störung der Herzinnervation durch Sympathicusreizung handelt, und WOOD nimmt an, dass der Ausbruch von einer Nervenentladung abhängig ist, welche das Analogon des epileptischen Paroxysmus bildet, und dass die entladene Läsion das Beschleunigungs-Centrum des Sympathicus betrifft. Fälle, welche ganz und gar auf eine Sympathicus-Störung hinweisen, welche aber von Polyurie begleitet sind, wie der HÜBER'sche Fall, müssen uns an reine Sympathicus-Reizung zweifeln machen, da es doch schwer fällt, diese Harnvermehrung hierauf zurückzuführen. Es scheint, als ob es sich in derartigen Fällen um einen allgemeineren Einfluss handeln müsse.

Andererseits lassen LEHR sowohl wie DEHIO den Einfluss des Sympathicus vollständig ausser Frage, und nehmen die Stellung ein, welche auch von vielen anderen vertreten wird, dass die Regulirung der Herzaction ausschliesslich vom Vaguscentrum aus geschieht. Dass die Erkrankung nicht von einer Läsion der Vagi selbst abstammt, geht daraus hervor, dass unter solchen Umständen die Störung entweder von Anfang an permanent sein, oder es bald werden würde. NOTHNAGEL und andere, und vielleicht zeugt die Mehrzahl der klinischen Fälle hierfür, nehmen an, dass die Störung im Vaguscentrum liegt; und dass es sich nicht um eine Vagus-Lähmung, welche schwer zu verstehen wäre, handle, sondern um eine paroxysmale Unterbrechung der normalen Vagus-Reizung.

Klinisch finden wir, dass die Fälle sehr verschieden sind, und dass es schwer fällt, ja unmöglich ist, in einem gegebenen Falle anzugeben, welcher Nerveneinfluss gestört ist. Im grossen Ganzen glaube ich nicht, dass wir mit der einen oder der anderen Partei Theil nehmen dürfen, sondern dass wir uns mit der Erklärung begnügen müssen, dass wir es mit einer bulbären Neurose zu thun haben. Vergegenwärtigen wir uns den Antagonismus zwischen den beschleunigenden und den verlangsamenden Nerven, so können wir begreifen, dass irgend eine Aenderung in den sich gegenüberstehenden Wirkungen dieser beiden Nerven, das Gleichgewicht aufheben, und eine Störung in dem normalen Herzrhythmus hervorbringen würde. Gewiss werden durch die Annahme einer bulbären Neurose alle Symptome, welchen wir in den verschiedenen Fällen begegnen, erklärt. Einzelne dieser Fälle sind ausserordentlich complicirt und können durch keine Hypothese verstanden werden, welche den Process näher zu localisiren versucht. So in einem Fall von BUNZL-FEDERN, bestanden neben der paroxysmalen Tachycardie, Lähmung des linken Trochlearis, Parese des rechten

Levator Palpebrarum, und vollständige Reactionslosigkeit der Pupillen auf Licht, Convergenz und Accommodation, mit normalem Fundus. Diese paralytischen Symptome waren sicherlich neuritisch oder nuclear; wenn aber die Tachycardie von derselben Ursache abhängig war, dann müsste diese constant und nicht paroxysmal gewesen sein. Ich bin im Stande, einen noch lehrreicheren Fall, welchen ich später in extenso veröffentlichen will, hier mitzutheilen. Ein Patient im Alter von 46 Jahren, mit einer Vorgeschichte von rheumatischen Schmerzen und geistiger Ueberarbeitung und Aufregungen, bekommt im Alter von 43 Jahren einen Anfall von Tachycardie, welcher einige Stunden dauerte, und welcher nach der Beschreibung zu urtheilen, keineswegs von den Anfällen anderer typischer Fälle abwich. Patient wurde zu jener Zeit genau untersucht, ohne dass irgend welche Symptome einer organischen Erkrankung entdeckt wurden. Solche tachycardische Anfälle wiederholten sich nach verschiedenen Zwischenräumen, und dauerten von einigen Minuten bis zu mehreren Stunden. In einigen konnte er herumgehen, während er in anderen sich ins Bett legen musste. Der Puls soll während der Anfälle unzählbar gewesen sein. Im Alter von 46 Jahren consultirte er mich wegen anderer Symptome, welche während der vorhergegangenen drei Monate zum Ausbruch gekommen waren; diese bestanden in einer Diplopie, abhängig von einer linksseitigen Abducenslähmung, und Occipital-Schmerz. Ferner konnte ich Ungleichheit der Pupillen sowie eine leichte Zungenatrophie constatiren. Die Pulsfrequenz war 120 in der Minute; Herz und Nieren scheinbar gesund. Seitdem sind zwei Jahre vergangen; jetzt zeigt Patient eine doppelseitige Abducenslähmung, Myosis und Pupillenstarre, ausgesprochene Zungenatrophie, und sein Puls schlägt nie weniger als 120, manchmal mehr. Er hat seit drei Jahren keinen tachycardischen Anfall gehabt.

Dass es sich hier um einen Fall von bulbärer Kerndegeneration handelt, wird wohl nicht bezweifelt werden, und dass die primäre Tachycardie, welche jetzt durch einen permanenten Puls von 120 ersetzt worden ist, das erste Symptom dieser Erkrankung darstellte, ist für mich auch sicher. Diesen Fall, welcher jetzt eine organische Erkrankung darstellt, hätte ich gewiss, wenn ich ihn zu Anfang gesehen hätte, als Neurose aufgefasst. In meiner Erfahrung, und je mehr ich sehe, desto mehr werde ich hierin bestärkt, sind Neurosen öfters die Vorläufer organischer Erkrankung. Ich habe soeben ein Mädchen mit allen Symptomen einer organischen Rückenmarkserkrankung unter Behandlung, welche vor Jahren wegen einer hysterischen Paraplegie mit Erfolg behandelt wurde. Der CHARCOT'sche Fall einer hysterischen Person mit lang bestehenden Contracturen, bei welcher Post Mortem eine Sclerose der Seitenstränge gefunden wurde; Neurastheniker, welche nach Jahren Paretiker werden, sind uns Allen bekannt. Solche Sachen können kaum Zufälle sein. Es scheint mir als wahrscheinlicher, dass die organische Erkrankung ein direktes Ergebniss der functionellen Störung darstellt. So lange das Gleichge-

wicht des Nervensystems nach functioneller Störung, wieder hergestellt werden kann, solange Abnutzung durch reparative Prozesse wieder ausgeglichen wird, solange dürfen wir von functioneller Erkrankung sprechen, sobald aber die Kraftausgabe dauernd grösser ist als die Krafteinnahme, sobald haben wir Läsion und damit auch organische Erkrankung. So in allen diesen Fällen von motorischen Herzneurosen; was wir heute als reine Herzneurose ansehen, mag eine Zeitlang unverändert in diesem Zustande verharren, und dann entweder besser werden oder in organischer Erkrankung enden. Die Prognose der Herzneurosen ist nicht durch die cardialen Symptome allein zu bestimmen.

663 MADISON AVE.

## II.

### Antisepsis oder Asepsis in der Nasenchirurgie?

Von

Dr. W. FREUDENTHAL,

New York.

Mit dem Fortschreiten der antiseptischen Wundbehandlung in der allgemeinen Chirurgie nahm auch die antiseptische Behandlung der in der Nase gesetzten Wunden zu, und es wurden namentlich in den letzten Jahren Stimmen laut, die für eine energische antiseptische Wundbehandlung auch in der Rhinologie eintraten. Doch beweist schon die Verschiedenheit der in Vorschlag gebrachten Methoden, dass es mit der Antisepsis in der Nase seine eigene Bewandniss haben muss. Während nämlich die Einen entschieden für eine offene Wundbehandlung eintreten, empfehlen die Anderen einen „hermetischen Abschluss“ der Nasenhöhlen. Demgemäss verhält sich auch die von beiden Seiten empfohlene Therapie.

Um uns nun eine richtige Anschauung der hier vorliegenden Verhältnisse zu schaffen, müssen wir folgende Fragen entscheiden:

- 1) Ist eine strenge Antisepsis in der Nasenchirurgie möglich? und
- 2) ist sie nothwendig?

Die Schwierigkeit eine nach fast allen Richtungen hin offene Höhle mit ihren verworrenen Nebengängen nach unseren jetzigen Kenntnissen genau antiseptisch zu behandeln, wird von Niemandem angezweifelt. Der eigenthümliche Bau mancher Nasensepta oder Muscheln ist zuweilen so ungünstig für unsere Zwecke, dass z. B. hinter einem devirten Septum oder einer im Wege liegenden Muschel sich leicht verhältnissmässig grosse Mengen Secrets stauen und durch Zersetzung eine Fäulniss hervorrufen können. Eine Drainage ist nicht möglich. Wir müssen uns also fragen, auf welche Weise erreichen die bis jetzt bekannten Methoden den Endzweck einer günstigen und schnellen Heilung? Oder wenigstens, wie können die jetzt gebräuchlichen Me-

thoden der Nasenantisepsis mit unseren theoretischen und praktischen Erfahrungen in Einklang gebracht werden? Wegen der Neuheit der Nasen-Chirurgie überhaupt wurde nur wenig über diesen Gegenstand bisher veröffentlicht, und die wenigen diesbezüglichen Artikel stammen meistens von amerikanischen Laryngologen her.

In einem lesenswerthen Vortrag tritt Dr. RICE<sup>1)</sup> für folgenden modus operandi ein: „Einige Tage vor der Operation lässt er zweimal täglich die Nase mit einer antiseptischen Lösung auswaschen. Da er jedes Mal 1—2 Quart der Flüssigkeit dazu benutzt, so empfiehlt er zunächst ein salinisches Wasser, und dann Sublimat (1:4000), das letztere nur in geringer Quantität. Oder er nimmt nur eine Sublimatlösung in der Stärke von 1:10,000 und spült damit vom Retropharynx die Nase aus. So gut diese Idee auf den ersten Blick auch zu sein scheint, so müssen wir uns doch fragen, ob wir damit auch wirklich unsern Zweck erreichen können. Ist Eiter vorhanden, der sich irgendwo angesammelt hat, so wird er, so lange nicht das Grundleiden beseitigt ist, Abends wiederkommen, wenn man Morgens ausspült, und Morgens wieder vorhanden sein, wenn man den Abend vorher ausgespült hat. Man wird also *direkt vor der* Operation ganz ebenso verfahren müssen, als ob man niemals ein antiseptisches Mittel angewandt hätte. Sind andere Schädlichkeiten vorhanden, so wird ganz entschieden dasselbe eintreten. Eine einige Tage vorher vorgenommene Desinfection wird also zum Mindesten nichts nützen.

Und wenn man mich fragt, ob dieselbe antiseptische Ausspülung selbst direkt vor der Operation von Nutzen sei, so möchte ich gleichfalls mit einem entschiedenen „Nein“ antworten. Meine Gründe sind folgende:

Sie Alle wissen, meine Herren, wie viele Bacterienarten, durch die eingeathmete Luft in der Nase zurückgehalten werden, und ich möchte hier auf die experimentelle Arbeit von JONATHAN WRIGHT<sup>2)</sup> hinweisen.

Aus seinen interessanten Beobachtungen möchte ich nur die eine hervorheben. Er fand, dass 10 Liter Luft aus dem Untersuchungs-zimmer seines Laboratoriums 4 Mulden und 125 Bacterien enthielten. 10 Liter derselben Luft hingegen *nach dem* Durchtritt durch die Nase enthielten nur eine Mulde und 24 Bacterien. Wenn auch diese Daten natürlich nicht immer dieselben sind, wie schon WRIGHT erwähnt, so sehen Sie aber doch schon, welch eine enorme Zahl von lebenden Keimen in der Nase abgelagert wird. Und nun denke man sich die Wirkung der antiseptischen Mittel gegen dieselben. Glaubt man wirklich diese Keime durch einen einige Minuten anhaltenden Spray von *leicht* desinficirenden Flüssigkeiten umzubringen, diese Keime, die sonst Stunden oder Tage lang in *concentrirten* antiseptischen Flüssigkeiten liegen müssen, bevor sie absterben? Ja, angenommen selbst, dass wir alle diese Bacterien u. s. w. nicht direkt lebensunfähig machen,

<sup>1)</sup> Antiseptic Nasal Surgery. N. Y. Med. Jour., March 2d, 1889.

<sup>2)</sup> Nasal Bacteria in Health. Jour. of the Am. Med. Assoc., Sept, 21st, 1889.



sondern sie auf rein mechanischem Wege durch die Kraft des Wasserstrahls aus der Nase entfernen, auch *dann* ist noch wenig gewonnen, wiewohl es für uns nicht denkbar erscheint, das die in die Tiefe gedrunghenen Bacterien auf so leichte Weise entfernt werden können. Aber selbst zugegeben, dass dies doch geschieht, was haben wir dadurch gewonnen? Nichts. Um dies zu beweisen, citire ich hier MIQUEL. Er hat gefunden, das ein Cubic-Yard gewöhnlicher atmosphärischer Luft einer Grossstadt 2000 Bacterien, 1 Cubic-Yard Zimmerluft im Winter 45,000 Bacterien enthielt, während die Säle eines lange Zeit hindurch benutzten Hospitals 90,000 Keime in demselben Quantum Luft aufwiesen. Es ist natürlich, dass nicht alle diese Microorganismen infectiös sind, aber es wurde bewiesen, dass gerade einige Arten besonders wirksam sind bei der Erzeugung von Eiterung und Septicaemie, so speciell der Staphylococcus pyogenes aureus und albus, der Streptococcus des Erysipels u. s. w.

Wenn wir nun also schon die Schleimhäute von allen Keimstoffen befreit haben, so dringen mit dem nächsten Athemzuge von den unzähligen in jedem Zimmer befindlichen Keimen eine Unmasse wieder auf dieselbe ein, und bevor wir Zeit haben, unsere Spray- und Douche-Apparate bei Seite zu legen, und unsere Operations-Instrumente zur Hand zu nehmen, ist die Nase in fast derselben Weise mit Bacterien gefüllt, wie vorher. Man könnte einwenden, dass dies auch bei Operationen an den Extremitäten zutreffen müsste. Dies ist aber nicht der Fall, denn erstens kann man dieselben beständig berieseln und zweitens existirt hier nicht die Saugkraft, die wir in der Nase haben. Mit der Nase saugen wir beständig die Luft und alle ihre Bestandtheile ein, selbst wenn wir versuchen, nur durch den Mund zu athmen. Dass aber der gesunde Körper — und mit einem solchen haben wir es ja meistens zu thun — mit den allermeisten dieser Bacterien selbst fertig wird, wissen wir ja zur Genüge, aber gerade auf die wenigen, die er nicht bemeistern kann, auf die kommt es uns an. Und diese letzteren werden sicherlich nicht durch unsere jetzigen antiseptischen Methoden getödtet.

Dass die Operation selbst mit vollständig reinen d. h. sterilisirten Instrumenten geschehen muss, dass der Operateur selbst reine Hände haben muss u. s. w., darüber herrscht heutzutage kein Zweifel, und ich will darüber auch keine Worte mehr verlieren.

Wie aber die *Nachbehandlung* einzuleiten sei, darüber sind sich die Autoren noch gar nicht einig, und es will mir scheinen, als ob diejenigen, die einen festen Verschluss der Nasenhöhle empfehlen, gegenwärtig in der Majorität sind. Ich muss mich aus verschiedenen Gründen dagegen aussprechen. Ein Mal halte ich einen „hermetischen“ Abschluss, wie ihn ROE<sup>1</sup> empfiehlt, für undenkbar. Ob wir biegsame Metalle nehmen und dieselben mit Watte umwickeln, oder

<sup>1</sup> The Aseptic Method as applied to Intra-Nasal Surgery. Verhandlungen des X. internation. medic. Congresses, Bd. IV., pag. 90.

ob wir nur Watte oder Jodoformgaze oder dergl. dazu verwenden, ein hermetischer Abschluss ist immer unmöglich. Wie fest wir den Verband auch machen, wir werden es nicht verhindern können, dass trotzdem Luft vom Retropharynx oder von den Nebenhöhlen der Nase bis an die operirte Stelle gelangt, und zwar nicht immer filtrirte Luft, denn irgendwo muss bei dieser Art der Verpackung immer eine Oeffnung übrig geblieben sein. Ein Verband aber, der alle die kleinsten Gänge der Nase fest abschliesst, würde, wenn man ihn am Lebendem überhaupt machen könnte, derartige starke allgemeine Erscheinungen zur Folge haben, dass man gar bald von selbst davon abstehen würde. Man denke nur daran, welche Folgen die in den Nebenhöhlen der Nase gestaute Luft, ferner die durch den starken Druck auf das Blutgefässsystem des Gesichts ausgeübte Stauung haben müsste, und man wird leicht begreifen, dass von einem „hermetischen“ Abschluss wohl nicht die Rede sein kann.

Wo aber die Tamponade, d. h. aber nicht der hermetische Abschluss, nur zum Zwecke einer weiteren Desinfection als antiseptische Tamponade benutzt wird, kann im Sinne TAVEL'S<sup>1</sup> selbst bei günstigem Verlaufe nicht von einer prima intentio die Rede sein, sondern nur von einem normalen aseptischen Verlaufe. (TAVEL benennt mit prima intentio nur diejenigen Fälle, in welchen eine Heilung ohne weitere postoperative antiseptische Massnahmen erfolgt.)

Dass ferner alle diese Verbände als Fremdkörper lokal irritirend wirken und Oedeme, die bis in die Stirn hinaufreichen, erzeugen können, sind Beobachtungen die ich wiederholt gemacht habe, und die mich dazu bestimmen, wenn möglich von einem festen Verbande abzu-  
sehen.

Schliesslich ist es wohl bekannt, dass diese Verbände durch Reizung der Drüsen eine Secretion derselben veranlassen, oder mit andern Worten, Feuchtigkeit hervorrufen. Feuchtigkeit aber ist das eigentliche Lebensprincip niederer Keime, und Trockenheit ihr grösster Feind.<sup>2</sup> So sehen wir bei der Entfernung dieser Verbände gewöhnlich eine grosse Menge Eiter und anderer zersetzter Massen mit herauskommen. Wir haben künstlich den besten Nährboden für die Entwicklung und das Wachsthum der Bacillen erzeugt. Entziehen wir jedoch dem besten Nährboden für Bacterien seinen Feuchtigkeitsgehalt, so hört das Wachsthum der Organismen auf, und sorgen wir dafür, dass Blut, Eiter und Wundsecrete eintrocknen, so ist damit die Entwicklung niederer Keime abgeschnitten.

Wir müssen also zu der schon von RICE empfohlenen offenen und trockenen Wundbehandlung zurückkehren. Dass bei dieser natürlich von einer stricten Antisepsis nicht die Rede sein kann, ist ausser Zweifel.

<sup>1</sup> Die Sterilität der antiseptisch behandelten Wunden unter dem antiseptischen Verbande. Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte, No. 13 und 14, 1892.

<sup>2</sup> Vergl. C. SCHIMMELBUSCH: Die Durchführung der Asepsis in der Klinik des Hrn. Geheimrath von BERGMANN. Berlin, 1891.

Nachdem wir so gesehen haben, dass weder vor der Operation, noch nachher eine absolute Antisepsis durchführbar ist, kommen wir zu der zweiten, sehr wichtigen Frage: Ist eine Antisepsis bei Nasen-Operationen überhaupt *nothwendig*? Gestatten Sie mir einen kurzen Seitenblick auf das uns etwas ferner liegende Gebiet der Geburtshülfe und der Gynaekologie zu werfen, und so durch Analogie zu zeigen, dass es nicht die Antisepsis ist, von der wir die grössten Erfolge zu erwarten haben, sondern die Asepsis. „Als LAWSON TAIT seine ersten Erfolge veröffentlichte,“ sagt I. VEIT<sup>1)</sup>, „. . . sind nicht wenige Aerzte zuerst ungläubig gewesen; nur in geringer Ausdehnung hat das erste Tausend seiner Laparotomien diese Bedenken beseitigt, das zweite Tausend liess aber nur noch wenig Zweifel an der Wahrheit seiner Erfolge übrig, so dass in dieser Hinsicht das dritte Tausend, das demnächst veröffentlicht werden soll, nur wenig mehr leisten kann, als eine Bestätigung und Stärkung der nunmehr allgemeinen Ansichten. TAIT'S Weg, die principielle Aseptik, hat sich als richtig erwiesen, und es kann uns jetzt ganz gleichgültig sein, wann der eine oder der andere Operateur dies anerkennt; wir wissen, dass die Erfolge der gynaekologischen Laparatomie wesentlich davon abhängen, wie sicher und wie ausgedehnt die Grundsätze der Aseptik in allen Einzelheiten der Technik durchgeführt werden. *Gynaekologie wie Chirurgie* huldigen der Aseptik.“ VEIT kommt endlich bei der Besprechung des geburts-hülflichen Vorganges zu folgenden uns hier interessirenden Schlüssen: 1) eine innere Desinfection (d. h. der Genitalien) ist unter normalen Verhältnissen *niemals* geboten. 2) eine Desinfection nach der Geburt ist weder für aussen, noch für innen normaler Weise angezeigt.

Vergleichen wir nun die ungeheure Infections-Möglichkeit, die bei einer Geburt vorhanden ist, mit den verhältnissmässig einfachen Vorgängen bei Nasen-Operationen, so müssen wir sagen, dass, wenn man schon die Antisepsis hier aufgegeben hat, dies um so leichter und erfolgreicher bei den letzteren wird geschehen können. Es ist ein grosses Wagniss, Ihnen, m. H., die mit der Antisepsis sozusagen aufgewachsen sind, denen die antiseptischen Methoden in succum et sanguinem übergegangen sind, Ihnen, die Gelegenheit hatten, die ungeheuren Vortheile, die die Antisepsis über Tausende und Abertausende von Menschen gebracht hat, mitzuerleben, es ist Kühnheit, Ihnen ein Wort *gegen die Antisepsis* zu sagen. Aber, m. H., ich hoffe, die Zeit ist nicht zu fern, wo wir mit Bestimmtheit sagen können, dass die Antisepsis nur eine Vorstufe der Asepsis war.

Und nun fassen wir die obenerwähnten Vorgänge etwas näher ins Auge. Abgesehen davon, dass es Einem von vornherein widerstrebt, bei einem natürlichen Vorgange, wie die Geburt es ist, Kunstmittel (antiseptica) anzuwenden, müssen wir doch zugestehen, dass durch den Akt der Geburt der ganze Geburtskanal zu einer offenen Wunde wird, und der Infection doch eigentlich Thür und Thor öffnet.

<sup>1</sup> Aseptik der Geburtshülfe. Berliner Klin. Wochenschrift, 16. Mai 1892.

Aber wie wunderbar leicht heilen doch in den allermeisten Fällen *ohne jedes Zuthun* alle diese Wunden, und wie kommt man doch immer mehr zu der Erkenntniss, dass wenn wir alle diese Prozesse sich selbst überlassen, sie am allerschnellsten heilen. Gilt doch schon lange in der Geburtshülfe als oberster Grundsatz das nihil nocere, und diesen Grundsatz, m. H., möchte ich auch auf die rhinologischen Operationen übertragen wissen: keinen Schaden zufügen durch antiseptische und andere Mittel!

Es giebt wenige Organe im menschlichen Körper, die so empfindlich sind gegen alle äusseren Eingriffe, wie die Schleimhaut der Nase, und darum ist es desto besser je weniger wir daran herumarbeiten. Und wenn so grosse Verletzungen im Uterus und in der Vagina per primam heilen, ohne dass wir das geringste dazu thun, wesshalb sollte das auch nicht in der Nase möglich sein? Wenn LAWSON TAIT tausende von Laparatomien erfolgreich auf rein aseptischem Wege zu Ende führt, warum sollte uns das nicht bei viel kleineren Operationen in der Nase gelingen?

Ausserdem, wenn wir in der Bauchhöhle Antiseptica anwenden, so wissen wir wenigstens, dass sie bis zu einem gewissen Grade keinen Schaden anrichten. In der Nasenhöhle, hingegen, ist das ganz anders. Quecksilber, Salicyl-, Carbolsäure haben einen entschiedenen beschädigenden Einfluss auf die Nasenschleimhaut, einen Einfluss, der nicht immer sofort sichtbar ist, sondern oft lange nach der Operation zum Vorschein kommt. Ist es Ihnen nicht oft genug vorgekommen, dass ein Patient zu Ihnen kam und Ihnen sagte, der und der Specialist hätte ihn z. B. von einem Knochen befreit, er könne jetzt vollständig frei athmen, aber trotzdem fühle er sich äusserst unbehaglich. Patient leidet an einem sogenannten trockenen oder anderen Katarrh, der ihm durch unsere antiseptischen Mittel, die ihm die physiologische Function der Schleimhaut zerstörten, zugefügt wurde. Durch unsere operative Antisepsis zerstören wir die physiologische Function der Schleimhäute, und nichts ist in dieser Beziehung schädlicher, als die Einwirkung des Sublimats. Diese meine Erfahrung wird bestätigt durch Untersuchungen, die Dr. WALTHAR<sup>1</sup> in Bern unter der Leitung von Professor TAVEL angestellt hat. Sie beweisen, dass hauptsächlich das Sublimat die physiologische Function der Gewebe angreift und eventuell zerstört, und darum sage ich, fort mit den Antisepticis aus der Nase, so lange es irgend angeht, und namentlich fort mit dem Sublimat.

Es ist eigenthümlich, die Nase und noch mehr der Nasenrachenraum sind der antiseptischen Behandlung am allerschwierigsten zugänglich, und doch — fast möchte ich sagen, gerade deswegen heilen die meisten Wunden so schnell. Seitdem ich anfang adenoide Vegetationen zu operiren bis auf den heutigen Tag, habe ich in Deutschland und hier zusammen über 600 derartige Operationen gemacht. Ich habe anfangs fast stets das MEYER'sche Ringmesser und dann seit drei

<sup>1)</sup> Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte loc. cit.

Jahren die ausgezeichnete GOTTSTEIN'sche Curette angewendet, Instrumente, bei denen immer eine Wunde gesetzt wird, denn es blutet gewöhnlich, meistens allerdings nur wenig. Ich habe *nie* eine antiseptische Behandlung eingeleitet, weder vor der Operation noch nachher. Ich bin ohne jede Vorbereitung mit reinen Instrumenten eingegangen, habe die Massen ausgekratzt und habe dann die Sache sich selbst überlassen. Meist allerdings gebe ich ein leichtes Gurgelwasser (wie Borsäure, Kal. hyperm. arg., etc.), aber mehr ut aliquid fiat, als aus einem anderen Grunde, und trotzdem habe ich noch niemals irgend welche Infection nach derartigen Operationen gesehen. Es ist niemals eine Sepsis eingetreten, und doch wurden hier keine antiseptischen Mittel angewendet.

Wie sind nun alle diese Heilungen zu Stande gekommen? Die vis medicatrix naturae scheint jetzt mehr als je zuvor in ihrem Wesen erkannt zu werden. Schon früher hat HERBERT J. WATERHOUSE<sup>1)</sup> in Edinburgh die antibacterische Kraft des Peritonaeum nachgewiesen. BOUCHARD und Andere haben die Zerstörung der Bacillen durch die Milz beobachtet und deren Entfernung durch die Nieren, wie z. B. bei Typhus abdominalis. Endlich hat BUCHNER<sup>2)</sup> in allerneuester Zeit die keimtödtende Wirkung des Blutserums dargethan. Er hat gezeigt dass jede Serumart nur eine begrenzte Zahl bestimmter Bacterienarten zu tödten im Stande sei, und dass es gewisse Einweisskörper des Serums sind, denen diese keimtödtende Wirkung zukommt. Für diese letzteren schlägt er den internationalen Namen Alexine vor. Wir sehen, dass der Körper für sich selber sorgt, und seine eigene Immunität gegen Bacterien selbst vertheidigt. Wir haben daher Grund genug an einen allgemeinen Antagonismus zwischen den Körperzellen und den Microorganismen zu glauben, selbst wenn man die Frage der Phagocytose noch als eine offene betrachtet. Auch LISTER bemerkte neulich, dass, nachdem nachgewiesen worden war, die in der Luft enthaltenen Partikelchen weniger schädlich sind, als man früher glaubte, dass wir möglicherweise gänzlich die antiseptischen Waschungen und Irrigationen beseitigen können, vorausgesetzt, natürlich, dass wir uns und unsern Assistenten genügend trauen können, um die Einführung von septischen Stoffen in die Wunde von anderen als atmosphärischen Quellen zu verhüten.<sup>3)</sup>

Von diesem Standpunkte aus, werden wir es verstehen können, wie die meisten in der Nase gesetzten Operationen so leicht heilen. Wir begreifen, weshalb gerade die adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum so leicht heilen müssen, selbst wenn auch die Asepsis sich nur auf das Reinhalten der Hände und der Instrumente erstreckt. So lange wir keine Krankheitserreger in das Operationsfeld hineinragen, heilen diese Wunden von selber.

<sup>1)</sup> Virchow's Archiv B, 119. pag. 342.

<sup>2)</sup> Ueber die Schutzstoffe des Serums. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 19, 1892.

<sup>3)</sup> Vergl. I. Wm. White: Antisepsis und Asepsis (Hare's System of Practical Therapeutics.)

Ja, ich glaube, wir müssten in der Nase immer ideale Heilungsergebnisse erzielen, wenn sich die Patienten nicht nach der Operation zu Hause inficiren würden, und diese Spät-Infektion zu Hause oder in der Stadt ist, wie Sie wissen, gar nicht so selten. Als Erläuterung will ich hier einen Fall anführen, der im vorigen Jahre in meiner Praxis vorkam. Ein Colleague schickte mir eine Patientin mit hypertrophischen Nasenmuscheln zur Behandlung und bemerkte, dass Patientin bereits von einem anderen Collegen kauterisirt worden wäre, aber jedes Mal hätten sich ausserordentlich starke Reactionserscheinungen (hohes Fieber, Anschwellung der Mandeln, Kosfschmerz u. s. w.) gezeigt. Er glaube, dass der betreffende Specialist keine sauberen Instrumente gehabt hätte und hoffe von mir bessere Erfolge. Ich war nun hier in Bezug auf die Asepsis noch sorgfältiger als gewöhnlich, aber leider passirte mir dasselbe wie meinem Collegen vor mir. Patientin zeigte auch diesmal starke Reactions-Erscheinungen, und es bedurfte nachher aller meiner Ueberredungskunst, um sie noch einmal zur Kauterisation zu bewegen. Jetzt benutzte ich sogar alle *antiseptischen* Vorsichtsmassregeln, um ja in jeder Beziehung mein Gewissen zu beruhigen. Aber mein Erstaunen war nicht gering, als auch diesmal ebenso wie früher hohes Fieber und alle anderen Reactions-Erscheinungen wieder auftraten. Ich forschte dann nach und fand eine auch für viele andere Fälle zutreffende Thatsache. In dem Hause der Patientin war nämlich beständig eines ihrer 4 Kinder während des Winters an Angina follicularis erkrankt, und von diesen wurde die Mutter inficirt. Die Infektion erfolgte also unabhängig von der Operation durch Contact mit einem an einer infectiösen Krankheit leidenden Patientin. Es ist dieses leider nichts Neues. Denn in einer dicht bevölkerten Stadt wie New York sterben ja die letzteren Krankheiten während des ganzen Jahres nicht aus.

Ich habe im vorigen Winter diese Verhältnisse an einer ganzen Reihe von Patienten untersucht und habe gefunden, — ich möchte Sie hier nicht mit den Details dieser langwierigen Arbeit belästigen — dass bei etwa 40 Procent aller nach der Operation eingetretenen stärkeren Reactions-Erscheinungen diese auf eine direkt nachweisliche Infektion im Hause sei es durch Angina, Diphtherie, Masern, Scharlach oder andern Krankheiten zurückzuführen sind. Häufig gelang mir der Nachweis nicht, wo ich überzeugt war, dass der betreffende Patient, der in einer der hiesigen Miethskasernen wohnte, die respectiven Verhältnisse gar nicht kannte. Ich habe daher die Ueberzeugung gewonnen, dass fast alle stärkeren Reactions-Erscheinungen auf die obige Ursache zurückzuführen sind, und ich habe es mir zur Gewohnheit gemacht, jedesmal vor einer Operation zu fragen, ob eine Infections-Krankheit im Hause ist. Dass trotz der grössten Vorsicht schwere Erkrankungen des Gehirns u. s. w. vorkommen können, beweist der von Dr. QUINLAN beobachtete Fall, wie ein anderer neuerdings veröffentlichter ähnlicher von R. WAGNER, in welchem letzterem, eine letale meningitis eintrat nach galvanokaustischer Behandlung der

mittleren Muschel. WAGNER meint, dass es trotz der grössten Vorsicht unmöglich sei, die Nase völlig antiseptisch zu machen, eine Ansicht, der sich der Referent dieses Artikels SCHECH im Internationalen Centralblatt für Laryngologie anschliesst (pag. 9, 1892.)

Aus den obigen Erläuterungen ergibt sich nun mein Verfahren in der Praxis. Ich lasse vor der Operation alle antiseptischen Ausspülungen fort. Eine Ausnahme mache ich, wie erwähnt, nur dann, wenn ich Secretmassen auf andere Weise nicht entfernen kann. Dann spritze ich mit lauwarmem, vorher sterilisirtem Wasser, leicht aus oder mit der später zu erwähnenden Salzsodalösung. Nachdem ich noch eine saubere Cocainlösung applicirt habe, fordere ich den Patienten auf, sich die Nase zu schnäuzen. Der Zweck dieses Schnäuzens ist, das ganze Operationsfeld mit dem aseptischen Drüsensecret der Nasenschleimhaut zu berieseln. Auf diese Weise habe ich das Terrain für unsere Zwecke genügend aseptisch gemacht und damit alle Vorbereitungen für die Operation beendigt. Die letztere geschieht wie gewöhnlich. Prof. TAVEL<sup>1</sup> empfiehlt die Wunden mit der in Bern gebräuchlichen Salzsodalösung (bestehend aus der physiologischen Kochsalzlösung  $7\frac{1}{2}\text{‰}$  + natr. calcin.  $2\frac{1}{2}\text{‰}$ ) feucht zu erhalten. Ich glaubte, diese Lösung müsste sich auch gut bewähren für die präliminäre Reinigung, da sie die Alkalinität des Blutes besitzt und entschieden nicht schädlich auf die Schleimhaut wirkt. Ich benutze sie seit mehreren Monaten zu meiner grössten Zufriedenheit.

Es ist immer gut, wenn wir die Blutung stillen können, während der Patient in unserm Ordinationszimmer ist. Es überzieht dann eine dicke Blutschicht die ganze Wunde, und die Schutzstoffe des Blutserums verhindern vorläufig jede Infection. Das Blut coagulirt und wir bekommen eine alle Keime fernhaltende Schutzdecke. Sehr häufig fällt diese Decke aber später ab, oder wird durch starkes Schnäuzen oder durch erneuertes Bluten entfernt, und wenn sich dann Patient in Häuser begiebt, in denen eine Infectionskrankheit ist, so kann dann leicht eine Infection eintreten. Um daher die natürliche Schutzdecke zu erhalten, benutze ich ganz besonders dick präparirtes Collodium, welches ich mittels Watte über die ganze Wunde streiche. Ich habe früher mit dem gewöhnlichen Collodium und mit Collophonium zu demselben Zwecke experimentirt, ohne aber zufriedenstellende Resultate zu erzielen. Nachdem ich nun eine dicke Collodiumschicht auf die Wunde gestrichen, thue ich ein wenig sterilisirte Watte in die Nase und lasse den Patienten nach Hause gehen. Ich habe es gut gefunden, anfangs die Wunde täglich mit Collodium zu bestreichen.

Die Nachbehandlung ist natürlich eine offene. ED. ARONSOHN.<sup>2</sup> Ems hat neulich Dermatol zu diesem Zwecke empfohlen. Ich habe jedoch keine Erfahrung darüber, ebensowenig wie über das von

<sup>1</sup> Deutsche Medicin. Wochenschr. No. 29 und 30, 1892.

<sup>2</sup> loc. cit.

BRESGEN<sup>1</sup> sehr gepriesene Pyoctanin. In einem anderen Artikel<sup>2</sup> habe ich des Weiteren über die Anwendung der Trichloressigsäure nach galvanokaustischen Brennungen gesprochen. Ich kann sie *nicht* empfehlen. Das Einzige, was ich gebrauche, wenn ich es für nothwendig halte, ist lauwarmes Wasser, wozu ich jetzt noch die TAVEL'sche Lösung hinzufügen möchte.

Mit diesen einfachen Mitteln glaube ich ebensogute Resultate erzielt zu haben, als früher mit der grossen Menge antiseptischer Proceduren. Ich glaube sogar, dass unsere Resultate viel bessere sein würden, wenn wir mehr auf die physiologische Function der Gewebe Rücksicht nehmen würden, was bisher gänzlich vernachlässigt worden ist. Ich bin überzeugt, dass ein gesunder Mensch keinen guten Nährboden für pathogene Keime abgiebt, und aus diesem Grunde bitte ich Sie, mit der aseptischen Behandlungsweise einen Versuch zu machen. Ich werde mich freuen, wenn Ihre Resultate ebenso gute sein werden, wie die meinigen.

1054 LEXINGTON AVE.

---

## NEW YORKER MEDICINISCHE MONATSSCHRIFT.

Organ für praktische Aerzte in Amerika.

Redigirt von

DR. MAX EINHORN.

---

### EDITORIELLE NOTIZEN.

15. Februar 1893.

---

#### Die Behandlung des Myxödema.

Als die Myxödemfrage vor etwa 4-5 Jahren in Deutschland vornehmlich durch VIRCHOW ins Leben gerufen wurde, war die Therapie gleich Null, heute dagegen haben wir eine rationelle, erfolgreiche Behandlung gegen diese Krankheit. Unter Myxödem versteht man bekanntlich einen chronisch verlaufenden Krankheitsprocess, welcher mit Verdickungen der Haut an verschiedenen Partien des Körpers, ferner mit einer Herabsetzung der intellectuellen Fähigkeiten (Stumpfsinn, Gedächtnisschwäche, Gedankenträgheit, Verlangsamung der Sprache) einhergeht. Die Experimente der letzten Jahre haben mit Sicherheit nachgewiesen, dass das Myxödema mit der Erkrankung der Glandula thyreoidea in enger Beziehung steht. Man kann nämlich bei den Myxödempatienten in der Regel die Schilddrüse nicht fühlen, ausserdem ist vielfach die Beobachtung gemacht worden, dass sich nach STRUMA extirpation zuweilen ein Zustand entwickelt, der dem Myxödema sehr nahe steht

---

<sup>1</sup> Die Verwendung des Pyoctanins in Nase und Hals. Deutsche Med. Wochenschr. No. 24, 1890.

<sup>2</sup> New Yorker Medicin, Monatsschr., Jan. 1892.



(Cachexia strumipriva). Die Glandula thyreoidea ist dann von mehreren Forschern experimentell bei Thieren entfernt worden, und es zeigte sich immer, dass die betreffenden Thiere stumpfsinnig wurden, abmagerten und zu Grunde gingen. Um Thiere nach Schilddrüsenextirpationen am Leben zu erhalten, ist zuerst von SCHIFF und dann von HORSLEY der Versuch gemacht worden, bei ihnen die Glandula thyroidea eines anderen frisch geschlachteten Thieres derselben Species unter die Haut zu implantiren. J. R. ENWALD hat dann versucht, die ihrer Schilddrüse beraubten Thiere vermittelt Injectionen eines frisch bereiteten Extracts der Schilddrüse vor dem Untergang zu schützen. Da alle diese therapeutischen Versuche an Thieren sich als effectvoll erwiesen, lag es nahe diese gewonnenen Thatsachen bei der Behandlung des Myxödems heranzuziehen. G. R. MURRAY hat nun zuerst subcutane Injectionen von Schilddrüsenextract beim Myxödem des Menschen vorgenommen und bedeutende Besserung erzielt; seinem Beispiele folgten dann viele andere Forscher, so DAVIES, SHAW, BEATTY, CARTER, NAPIER, DE BOCELS, BOUCHARD u. A. MACKENZIE und FOX haben in neuester Zeit durch den Genuss von frischem Schilddrüsenextract des Schafes gleichfalls Besserung des myxödematösen Zustandes erzielt. In der deutschen medicinischen Wochenschrift vom 12ten v. M. werden zwei Fälle von Myxödem mitgetheilt, in welchen die Murray'schen Schilddrüsenextract-Injectionen angewandt wurden, und zwar mit gutem Erfolge; der eine Fall wurde von E. MENDEL, der andere von R. WICHMANN veröffentlicht. Da die Murray'sche Methode der Behandlung des Myxödems vermittelt Schilddrüsenextract nicht allgemein bekannt ist, so dürfte es hier am Platze sein, dieselbe genau zu beschreiben. MURRAY'S Vorschrift lautet folgendermassen:

„Unmittelbar nach Tödtung des Schafes wird der Lappen der Schilddrüse mit vollständig sterilisirten Instrumenten herausgeschnitten und auf einer sterilisirten Glasplatte in kleine Stücke zerschnitten, nachdem das umgebende Fett und Bindegewebe entfernt ist. Die Drüsenstückchen kommen in ein sterilisirtes Reagenzglas mit Watterverschluss und werden hierin mit 1 ccm. Glycerinum purissimum und 1 ccm. einer 0,5 % Carbollösung übergossen. Die Mischung wird 24 Stunden kühl gestellt. Darauf wird das Ganze durch ein vorher in Wasser ausgekochtes reines, feines Leinwandläppchen kräftig ausgepresst. So gewinnt man 3 ccm. Extract, das eine trübe Flüssigkeit darstellt, welche in einem sterilisirten Glase mit Glasstöpsel bis zum Gebrauch aufbewahrt wird. Jedesmal sollen 1,5 ccm. injicirt werden, zweimal wöchentlich. Allwöchentlich wird das Extract neu bereitet. Der Kranke erhält also wöchentlich das Extract von nur einem Lappen, also der Hälfte der Schafthyroidea. Später brauchen die Injectionen nicht so häufig gemacht zu werden.“

MENDEL hat in seinem Fall von Myxödem die MURRAY'schen Einspritzungen täglich vorgenommen; zuerst eine halbe, dann Dreiviertel-Spritze angewandt. Es wurden weder örtliche, noch fieberhafte Erscheinungen beobachtet, MENDEL schildert den Erfolg der Behandlung

in seinem Falle mit folgenden Worten: „Patientin gibt an, dass sie freier umhergehen könne, dass sie sich kräftiger fühle, sie zeigt sich redseliger, das Datum giebt sie jetzt genau an. — Die Schwellung ist besonders am Nacken und an den Beinen zurückgegangen, die rechte Gesichtshälfte ist weniger geschwellt. Der Puls ist von 60 auf 70 heraufgegangen, die Urinmenge von 1100 auf 1450 gestiegen. Die Temperatur ist seitdem nie wieder auf den früheren niedrigen Stand von 34,8 gesunken, stieg zeitweise auf 36,4, war meist gegen 36,0.“

Aehnlich war die Besserung, die WICHMANN erzielt hat.

Es darf somit als ausgemacht betrachtet werden, dass das Myxödem nicht mehr zu den unheilbaren Krankheiten gezählt werden kann, und dass wir in den Injectionen des frisch bereiteten Schilddrüsenextractes ein wirksames Heilmittel gegen diese ebenso schwere wie interessante Affection besitzen.

---

## REFERATE.

---

### Krankheiten der Respirationsorgane.

Referirt von Dr. J. W. GLEITSMANN.

**Cauterization in Hypertrophic Rhinitis.** By H. V. Würdemann. (Annals of Ophthalmology and Otology, July, 1892.)

W. analysirt die Wirkung der verschiedenen caustischen Mittel zur Beseitigung von Muschel-Hypertrophien. Er citirt die verschiedenen Autoren, die sich zu Gunsten der Galvanocaustik aussprechen, reservirt dieselbe selbst aber für schwere Fälle, und solche, in denen die chemischen Cauterien ungenügend wirken. Er hatte früher mehrere Fälle von acuter Rhinitis mit Fieber nach Anwendung des Glühóraths und gebraucht jetzt die vom Referenten empfohlene Anwendung von Trichloressigsäure nach Galvanocaustik. Er beobachtete ebenfalls, dass der Schorf trocken, adhärent ist, und als Regel keine Reaction.

In der Mehrzahl der Fälle benutzt er *Accidum chlorromicum*, das er nach der Methode von BOSWORTH anwendet.

**Wann treten nach Operationen in der Nase und im Nasenrachenraume leichte Entzündungen des Ohres oder anderer benachbarter Theile auf?** Von Dr. M. Bresgen. (Wiener Medicinische Monatschrift, Nos. 45, 46 und 47, 1892.)

B. verurtheilt das von einigen Rhinologen gepflegte gänzliche Auserachtlassen einer Nachbehandlung nach galvanocaustischen Operationen in der Nase. Er findet als hauptsächlich Ursachen von entzündlichen Erscheinungen nach solchen: 1) Zu starkes und fehlerhaftes Schneuzen. 2) Eine durch Verschwellung oder anderweitige Verstopfung der Nase bedingte Behinderung des Abflusses von Eiter.

Wenn ersteres zu heftig geschieht, beide Nasenlöcher zu gleicher Zeit geschlossen werden, kann leicht Nasensecret in die Tube und das Ohr gelangen, und empfiehlt er deshalb niemals heftig zu schneuzen und immer nur eine Nasenhälfte zu verschliessen und durch die andere vorsichtig auszublasen. Kindern untersagt er das Schneuzen ganz.

Er bespricht drei nach galvanocaustischen Operationen vorgekommene Todesfälle, und wenn der Nasenluftweg verlegt ist, lässt er dem Brenner sofort den Meissel folgen.

Er empfiehlt ganz besonders nach solchen Operationen wiederum Methylenblau, dem er bei stärkerer Absonderung die Sozjodolsalze folgen lässt.

Bei Blutungen warnt er vor voreiligem Tamponiren, und sucht sie mit in 20 bis 40% Chromsäuerlösung getauchter Watte und Methylenblau zu stillen. Wenn diess erfolglos, legt er lange Wattebäusche vom Boden der Nasenhöhle ausgehend, nach oben zu ein, und entfernt vorsichtig am anderen Tage zuerst die höher gelegenen, um sich zu überzeugen, ob die Blutung steht.

### **Tonsillitis as an Initial Symptom of Acute Rheumatism in the Adult.**

By J. C. Crossland. Journal Am. Medical Association, October 29, 1892.

Ein interessanter Fall von einem kräftigen jungen Mann ohne hereditäre Diathese, der im Zeitraum von 13 Jahren 4 Anfälle von parenchymatöser Tonsillitis—dreimal mit Eiterbildung—mit jedesmal unmittelbar darauf folgendem acuten Gelenkrheumatismus hatte. Bei der zweiten und dritten Attacke waren Tonsillitis und Rheumatismus sehr schwer, letzterer einmal von 5 Monaten Dauer.

C., der bloss die letzte Erkrankung beobachtete, kürzte den Krankheitsverlauf durch ausgiebige Incisionen und antirheumatische Mittel ab.

### **The Medical Treatment of Acute Tonsillitis and Pharyngitis. A Comparative Study based on 169 Cases. By J. E. Newcomb. (Journal American Medical Association, December 10th, 1892.)**

Eine fleissige, streng wissenschaftliche Arbeit, die im Auszug schwer wiederzugeben und von den sich dafür Interessirenden im Original nachgelesen werden muss.

N. experimentirte mit drei Mitteln, mit Salol, Guajac und salicylsaurem Natrium. Die Resultate sind bei jedem Mittel in drei Tabellen zusammengefasst, je nachdem die Verabreichung am ersten oder zweiten Tage, am dritten Tage oder nach dem dritten Tage der Erkrankung begonnen wurde.

Wenn die Medication am ersten oder zweiten Tage begann, wurde durchschnittlich bei Salol nach 12, bei Guajac nach 18, bei salicylsaurem Natrium nach 24 Stunden Besserung beobachtet. Alle Fälle zusammengenommen trat Besserung ein nach Salol in 14½, nach Guajac in 17½, nach salicylsaurem Natrium in 18½ Stunden. N. giebt demnach Salol den Vorzug. Er ordinarie in der Regel 5 Gran zweistündlich in schleimiger Lösung.

### **A New Method of Checking Bleeding after Tonsillotomy. By R. H. W. Dawbarn. (Med. Record, December 17th, 1892.)**

D. umsticht wie die beigefügte Zeichnung klar darstellt, den ganzen Tonsillenstumpf an vier Stellen, bildet dadurch eine Schlinge, die, wenn zusammengezogen, die blutende Stelle comprimirt. Er benutzt hierzu Seide oder Catgut, und macht die zwei horizontalen Einstichstellen circa ¼ Zoll, die verticalen etwas tiefer. Die vier Einstiche sind gleichweit von einander entfernt und bilden nahezu ein Quadrat. Zur Ausführung seien nur zwei Minuten erforderlich und Unterbindung der Carotis, wie thatsächlich öfters gemacht, nie mehr nöthig.

Dem Referenten erscheint es fraglich, ob bei stärkeren Blutungen, bei denen sich der Mund immer rasch mit Blut füllt und die Patienten fast beständig ausspucken, die Umstechung in so kurzer Zeit gemacht werden kann, abgesehen von der Schwierigkeit in den Tonsillenstumpf

zwischen den Gaumenbögen die vorgeschriebenen Einstechungen zu machen.

**Cancer of the Tonsil, Treated by Lactic Acid.** By E. F. Ingals. (N. Y. Medical Journal, December 10th, 1892.)

Der Patient litt nicht an Carcinom, sondern Sarcom der rechten Tonsille und Uvula, welche beide mit der Drahtschlinge entfernt wurden. Die Wunde heilte in drei Wochen, die nach Rückkehr des Patienten nach einem Monat noch kleine offene Stelle wurde mit Pinselungen von 60-procentiger Milchsäurelösung erfolgreich behandelt. Nachher trat Infiltration der rechten hinteren Pharynxwand, später der Zungenbasis und rechten Larynxhälfte auf, welche sämmtlich mit submucösen Injectionen von 8 bis 10 Tropfen, meist 50-procentiger Säure, dreimal wöchentlich behandelt wurden.

Die Injectionen waren bloss in den ersten drei oder vier Monaten von beträchtlicher Blutung gefolgt, und erzielten fast immer eine sehr rasche und energische Reduction der Geschwulstmassen.

Der allgemeine Gesundheitszustand, Kräfte, Gewicht des Patienten, sein Schluckvermögen sind befriedigend, und obwohl I. voraussieht, dass eine Zeit kommen wird, in welcher seine Injectionen keinen Erfolg mehr haben werden, ist er doch überzeugt, das Leben des Patienten dadurch Monate lang unter relativem Wohlbefinden verlängert zu haben.

**Report of 400 Cases of Intubation of the Larynx, with practical Deductions.** By F. E. Waxham. (Journal Am. Medical Association, Dec. 17, 1892.)

W. giebt in gedrängter Kürze und klarer Darstellung seine interessanten Data. Unter dem ersten Hundert Intubirten waren 27, unter den zweiten 34, den dritten 40 und den vierten 38 Heilungen. 134 Fälle waren unter 3 Jahren mit 23.37 Procent Heilungen.

Die reportirten Fälle sind nicht ausgesucht, sondern auch die schlimmsten unter ungünstigsten Verhältnissen eingeschlossen.

W. macht wiederum auf die Gefahr der Bildung einer Membran unter der Röhre aufmerksam und warnt vor Einführung einer grossen, dicht anliegenden Canüle, die nur schwer ausgehustet werden kann. Er zieht, um dieser Gefahr zu begegnen, kleinere vor, und inserirt eine grössere erst, wenn die erstere einige Male ausgeworfen wurde. Grossen Werth legt er auf die richtige Pflege bei der Nachbehandlung und die aus der grösseren Erfahrung sich ergebende Geschicklichkeit und richtige Beurtheilung des betreffenden Falles seitens des Arztes.

**Intubation for Stenosis of the Larynx in a boy 12 years old. Retention of tube for 10 weeks. Tracheotomy, Death from general tuberculosis.** By Chas. H. Knight. (N. Y. Med. Journ. Dec. 31, 1892.)

Der Fall ist aus mehreren Gründen interessant: 1. Wegen der Schwierigkeit der Diagnose, die bei Abwesenheit von Lungenerscheinungen ein locales Leiden — ein subcordales Papillom — vermuthen liess; 2. wegen des relativen Wohlbefindens, ja Besserung des Allgemeinzustandes während der Intubationsperiode, und rascher Verschlechterung nach der Tracheotomie; 3. wegen der geringen Störungen trotz des langen Tragens der Intubationscanüle.

Der Patient, ein Knabe von 12 Jahren, hatte Dyspnoea, Aphonie, Husten, Fieber und regelmässige nächtliche Suffocationsattacken, wegen welcher mehrmals intubirt wurde. Die subcordale Schwellung

wurde durch Compression seitens der Canüle beträchtlich kleiner, und die zuletzt eingeführte Röhre wurde 10 Wochen belassen. Wegen Annahme eines localen Larynxleidens zur Tracheotomie in die chirurgische Abtheilung des Spitals gebracht, starb der Knabe 7 Wochen nach der Tracheotomie an allgemeiner Tuberculose.

**The Influence of Certain Diathetic Conditions upon the Prognosis in Operations upon the Throat.** By D. B. Delavan. (N. Y. Med. Jour. Nov. 19, 1892.)

Nach kurzer Erwähnung von Lymphadenoma und der stumösen Diathese, welche Operationen an den Mandeln und adenoiden Vegetationen nicht ungünstig beeinflussen, bei welchen aber man sich auf Recidive auch nach gründlicher Entfernung gefasst machen muss, bespricht D. des Längeren die Hämophilie. Ausser Todesfällen nach verschiedenen Eingriffen führt er drei solche nach Entfernung von adenoiden Vegetationen an, und giebt auch die Krankengeschichte eines solchen Kindes, bei dem von einem bekannten Arzte wegen dieser Diathese von Entfernung der hochgradig hypertrophischen Tonsillen abgerathen wurde. Das Kind acquirirte später Diphtherie, und da wegen der Schwellung oberhalb des Larynx nicht intubirt werden konnte, wurde die Tracheotomie gemacht, an der sich das Kind verlutete.

Seine Schlussfolgerungen sind:

1. Vor einer Operation soll in jedem Falle eine möglichst sorgfältige Untersuchung bezüglich Vorhandenseins von Hämophilie gemacht werden.

2. Bei bestehender Hämophilie soll jeder Eingriff mit unsern gegenwärtigen Mitteln absolut vermieden werden.

3. Da viele solcher Fälle Hülfe bedürfen, so ist das Auffinden einer bessern Methode als der jetzt gebräuchlichen höchst wünschenswerth.

**Some Pathological Conditions of the Upper Air Passages Coincident with Attacks of „La Grippe“.** By S. H. Chapman. (N. Y. Med. Journ., Dec. 10th, 1882.)

C. suchte aus einer grösseren Anzahl von Patienten 16 aus, die er schon vor dem Grippe-Anfall an andern Krankheiten behandelt hatte. Diese sind 3 Fälle von Rheumatismus, 4 von Nierenleiden, 1 von Diabetes insipidus und 8 von Rückenmarksleiden.

Von den Rheumatikern bekam einer Pneumonie, die Lungenleiden zurückliess, ein anderer eine aphthöse Laryngitis, bei der sich der Belag fast über den ganzen Larynx erstreckte und am fünften Tage in einem Stück sich abstiess.

Ein Nierenkranker hatte blutig-eitriges Nasensecretion und parenchymatöse Tonsillitis, ein zweiter eine croupöse Laryngitis.

Der Fall von Diabetes insipidus — eine Frau — hatte ausser Fieber und leichtem Delirium einen Suffocationsanfall in Folge von Larynx-ödem, das sich ohne chirurgischen Eingriff absorbirte.

Ein Rückenmarksleidender, bei welchem die Neuralgie, Parese der untern Extremitäten und Sphixteren durch sechsmonatliche Behandlung wesentlich gebessert waren, bekam einen Recidiv aller dieser Symptome und leichte Aphonie.

Dieser sowohl wie die anderen Fälle dieser Categorie zeigten beträchtliche Abnahme der Pulsfrequenz, ungefähr um ein Drittel, und legt CHAPMAN auf diese Erscheinung besonderes Gewicht als diagnostisches Hülfsmittel für Rückenmarksleiden bei Anwesenheit von Grippe.

Ein weiterer Kranker bekam Aphonie mit intensiver Neuralgie des Larynx, welche beide Erscheinungen wieder gleichzeitig verschwanden. Bei dem letzten sank der Puls von 74 auf 30 Schläge in der Minute.

**Notes on Guajacol in the Treatment of Pulmonary Tuberculosis.** By A. Jacobi. (International Magazine, November, 1892.)

J. spricht zuerst von den verschiedenen Collegen, die Guajacol anwandten, und gibt die Resultate von MAX SCHÜLLER, der es zuerst empfahl. Dieser behandelte in elf Jahren 90 Fälle tuberculöser Erkrankungen verschiedener Art, wovon 4 starben, 70 geheilt wurden und 16 noch in Behandlung verblieben. 18 Fälle von Lungenschwindsucht wurden als geheilt aufgeführt. Meist wurden vier Dosen von 2 bis 3 Tropfen für Kinder, von 3 bis 5 für Erwachsene, und zwar in Zuckerwasser oder Milch oder Fleischsuppe gegeben. Das Mittel wurde lange Zeit, Monate — ja Jahre lang angewandt, und als Regel Zunahme des Appetits, der Kräfte, Auftreten von schleimigen statt eitrigen Auswurfs, günstigere physicalische Erscheinungen beobachtet. Doch dauerte es lange bis Abnahme der Bacillen sich bemerkbar machte.

J. wandte das Mittel in ähnlicher Weise in über 100 Fällen an, und obwohl seine Beobachtungszeit zu kurz ist, um ein definitives Urtheil zu fällen, fand er doch Ende des Jahres die im Herbst der Behandlung unterworfenen Patienten fast alle besser im Aussehen und Befinden. In einer Anzahl von Fällen gab er nebenbei noch arsenige Säure und Digitalin, eine Combination, die er schon seit Jahren mit Erfolg bei solchen Kranken gebraucht.

## Krankheiten des Verdauungs-Apparates.

Referirt von Dr. MAX EINHORN.

1) Ein Fall von idiopathischem Magenabscess und ein Fall von subphrenischem Abscess. Von Dr. Joh. Meyer. (St. Petersburger Medic. Wochenschr., 1892, No. 40).

M. berichtet zunächst über einen Fall von idiopathischem Magenabscess; es handelte sich um einen 41 Jahre alten, bis dahin vollkommen gesunden Mann, welcher nach Einnahme eines grösseren Diners am folgenden Tage unter den Erscheinungen einer leichten Indisposition erkrankte; bald jedoch stellten sich leichte Delirien, zeitweiliges Erbrechen und Fieber ein. Die Gastralgegend war auf Druck sehr empfindlich und schmerzhaft. Acht Tage nach Beginn der Erkrankung starb der Patient an Lungenödem. Die Section ergab: im Fundustheil des Magens multiple Ekechymosen; in der Nähe der Cardia an der hinteren Magenwand ist eine geröthete Stelle sichtbar; beim Einschneiden gelangt man in zwei längliche, mit dickem Eiter gefüllte Höhlen, welche zwischen Mucosa und Muskularis gelegen sind. Die zugehörige Peritonealfläche ist gleichfalls von Eiter durchsetzt. Es handelt sich also nach dem Ergebniss der Section um eine Gastritis phlegmonosa. — Der zweite Fall betrifft ein 21jähriges Mädchen, das plötzlich unter den Erscheinungen eines Ulcus rotundum perforans mit nachfolgender circumskripter Peritonitis erkrankte; zehn Tage später stellte sich Husten ein mit rostfarbenem Sputum und elastischen Fasern; L. H. U. Dämpfung, abgeschwächtes Vesiculäratmen und feinblasiges Rasseln; nach Lageveränderung der Patientin war zuweilen ein metallisch klingender Schall, wie vom Herabfallen eines Tropfens herrührend, bemerkbar. Nachdem wiederholt aashaft riechende, schwarze Flocken

enthaltende Flüssigkeit durch Erbrechen entleert wurden, trat der Tod ein. — Die Section ergab einen linksseitigen subphrenischen Abscess, der mit dem Magen communicirte. Im Zwerchfell fanden sich vier runde, missfarbige, zerfallene Partien, welchen entsprechend sich in den adhärennten, pneumonisch infiltrirten unteren Lungenlappen vier Herde von Nuss- bis Wallnussgrösse fanden.

2) Die Gasgährung im Magen des Menschen und ihre praktische Bedeutung. Von Dr. F. Kuhn. (Deutsche med. Wochenschr., No. 49 und 50, 1892.)

K. hat in dem Mageninhalt von Leuten, die an Gastrectasie mit Gasbildung leiden, die Menge des Gases dadurch bestimmt, dass er den Inhalt in Gährungsröhrchen (nach FIEBIG modificirt) bei Bruttemperatur eine gewisse Zeit hindurch stehen liess und die sich entwickelnde Gasmenge ablas. Indem K. verschiedene Desicientien dem Inhalt zusetzte, konnte er auch die stärkere oder schwächere Wirksamkeit derselben prüfen. Nach K. ist folgende Concentration der unten stehenden Mittel nöthig, um die Gasbildung im Magen zu unterdrücken :

1. Acid. salicylicum	} .....	0,0025%
2. Natr.		
3. Natrium benzoicum.....		0,03%
4. Saccharin.....		0,05%
5. Acidum carbolicum .....		0,1%
6. Resorcin .....		0,25%
7. Kreosot.....		0,5%
8. Acidum boricum.....		1%
9. Aqua Chlorig.....		5%
10. Alcohol.....		5%

Die zuckerhaltigen, sowie die Stärkesubstanzen erwiesen sich als die Hauptbildner der Gase; bei reiner Fleischnahrung sistirte die Gasbildung.

3. Ueber das Vorkommen von Schwefelwasserstoff im Magen. Von Dr. I. Boas. (Deutsche med. Wochenschrift 1892, No. 49.)

Bekanntlich sind bereits vor längerer Zeit Fälle beschrieben worden, in denen Aufstossen von Schwefelwasserstoff enthaltendem Gas beobachtet wurde; dabei war jedoch die Bildungsquelle des  $H_2S$ -Gases nicht mit Bestimmtheit eruirt; dasselbe konnte vom Magen, aber auch vielleicht vom Darm stammen. B. hat nun 6 Fälle von Ektasie des Magens beobachtet, wo er Schwefelwasserstoff im ausgeheberten Mageninhalt nachweisen konnte. B. fasst seine Beobachtungen über Schwefelwasserstoffbildung im Magen in folgende Sätzen zusammen :

Die  $H_2S$ -Bildung ist keineswegs ein seltenes Vorkommniss; ausser bei acuten Magendarmkatarrhen und direkter Communication des Magens mit Darmabschnitten kommt  $H_2S$ -Bildung häufig bei Ektasien des Magens vor.

Die  $H_2S$ -Bildung ist in der Regel das Product abnormer Eiweisszerlegung; daneben besteht aber die Möglichkeit, dass auch zu therapeutischen Zwecken in den Magen eingeführte schwefelsaure Alkalien unter geeigneten Bedingungen zur Bildung von  $H_2S$  führen können.

Wie die Kohlenhydratgährung trotz reichlicher HCl-Anwesenheit verlaufen kann, so ist letztere auch kein Hinderniss für die Eiweissfäulniss.

Die in Fällen von Magenektasie auftretenden  $H_2S$ -Mengen sind so gering, dass Intoxicationserscheinungen ausbleiben.

**Dermatologie.—Referirt von Dr. H. GOLDENBERG.**

- 1) **Treatment of Suppurating Bubo.** By Dr. O. Horwitz. (Medical Record, Jan. 7th, 1893.)

Der Author räth, gestützt auf ein, während der letzten fünf Jahre beobachtetes Material von 704 Fällen, mit der Eröffnung der vereiterten Drüse möglichst lange zu warten, da man bei einer frühzeitigen Eröffnung in Folge einer durch Periadenitis bedingten Adhärenz Schwierigkeiten habe. Die Incision wird durch die ganze Länge der langen Axe des Tumors gemacht, der Eiter entleert, Alles, was *leicht* mit der Cürette entfernt werden kann, ausgekratzt, ohne indessen die erkrankte Drüse vollständig zu entfernen. Die Wunde wird mit Sublimat ausgewaschen, und darauf mit reiner Carbolsäure ausgewischt. Die beiden Lappen und die ganze den Abscess bedeckende, meist schon inficirte Haut werden mit der Scheere entfernt. Fälle nach dieser Methode operirt, heilen innerhalb verhältnissmässig kurzer Zeit mit Hinterlassung einer flachen, weichen, kaum bemerkbaren Narbe.

- 2) **Psoriasis and Syphilis.** By Dr. J. A. CANTRELL. (The Philadelphia Policlinic, January, 1893).

Der Verfasser bespricht die Differential-Diagnose dieser beiden Affectionen, ohne Etwas Neues zu bringen.

- 3) **Alumnol, ein neues Adstringo-Antisepticum.** Von Dr. R. Heins und Dr. A. Liebrecht. (Sonderabdruck aus der Berliner Klin. Wochenschrift, 1892, No. 46.)

Der neu entdeckte Körper ist ein Aluminiumsalz der Naphtosulfosäuren, er enthält 5 Procent Aluminium und 15 Procent Schwefel.

A. ist ein weisses, nicht hygroskopisches, in Wasser leicht lösliches feines Pulver, das in Folge seines Reductionsvermögens an der Luft dunkel wird, ohne indessen an Löslichkeit oder seinen Eigenschaften etwas einzubüssen. Es fällt Eiweiss, der dadurch entstehende Niederschlag löst sich in einem Ueberschusse von Eiweiss wieder auf, ein Verhalten, das es dem Alumnol ermöglicht, mit dem eiweissreichen Gewebsaft in die Tiefe zu dringen. Durch seine Löslichkeit in eiterigen Secreten verstopft es Höhlen und Gänge nicht. Es besitzt eine geringe keimtödtende Wirkung, hemmt dagegen prompt das Wachstum der Bacterien, besitzt eine stark adstringirende Fähigkeit, die sich im Gegensatz zu den anderen Adstringentien in die Tiefe fortsetzt. Es ist für den Körper unschädlich. Der Urin von Patienten, bei denen Alumnol längere Zeit angewendet wurde, enthält nie Aluminium. Bezüglich der von dem Verfasser angegebenen Verwendung verweist Referent auf das folgende Referat.

- 4) **Alumnol, ein neues Mittel gegen Hautkrankheiten und Gonorrhoe.** Von Dr. M. Chotzen. (Sonderabdruck aus der Berliner Klin. Wochenschrift, 1892, No. 48.)

Verfasser hat das neue Präparat im Laufe eines Jahres in mehr als 300 Fällen angewandt und zwar

1) A. pur. bei Exulcerationen am Penis und Ulcus molle. Reinigung der Wundfläche nach 24 Stunden, Heilung binnen wenigen Tagen.

2) Als 10—20% Streupulver mit Talc. venet und Amylum ana bei Balanitis, Erosionen, nässendem Eczem, Verbrennungen, Wundnaht.

3) Als 1—5% Lösungen bei Eczem, Acne, Furunkel, Gonorrhoe, ferner als Alumnolspiritus, Salbe, Firnis und Guttaperchapflastermull und Gelatinestäbchen.



1—10% bei Entzündungen des Cervix uteri und des Uterus.

Das Mittel erwies sich wirksam :

1) Bei acuten oberflächlichen Entzündungsprocessen der Haut am besten in Form der Firnisse.

2) Bei chron. tiefen Entzündungsprocessen der Haut, namentlich bei chron. Eczem und Prurigo, Furunkeln, Epididymitis.

3) Bei parasitären Erkrankungen. Erysipel, Favus, Lupus, Ulcus molle und Gonorrhoe. Bei letzterer verschwanden unter Injectionen mit 1—2% wässriger Lösung (nicht schmerzhaft) die Gonococcen nach 3—6 Tagen. Darauf wurde die Injectionsflüssigkeit auf 1%, 0,5, 0,25% verdünnt. „Die Secretion liess dabei bald nach“ (wie lange zur Heilung nöthig war, wird nicht angegeben. Ref.)

4) Bei acuten und chron. Entzündungen der Schleimhaut: Urethritis non infectiosa prostatica (6—7 wöchentl. zweimal vorgenommene schmerzlose GUYON'sche Instillationen von 1 gr. einer 1—2% Lösung genügten in Fällen, welche trotz monatelanger anderweitiger Behandlung noch immer zahlreiche Harnfäden zeigten, den Harn fadenfrei zu machen.<sup>1)</sup>

Vaginalfluor (2—5% Lösung oder 1% Gelatinestäbchen) Pharyngitis, Gingivitis (Gurgelungen oder Pinselungen mit  $\frac{1}{4}$ —1% Lösung.)

Das Alumol ist geruchlos, billig und beschmutzt die Wäsche nicht.

**Pathologie und Bacteriologie.—Referirt von Dr. LOUIS HEITZMANN.**

**Ueber den Keimgehalt der Milch gesunder Wöchnerinnen. Von Dr. Arnold Palleske. (VIRCHOW'S Archiv, Band 130, Heft 2.)**

Vor einiger Zeit veröffentlichten COHN und NEUMANN eine Arbeit über dieses Thema, in welcher sie behaupteten, nach Reinigung der Warzen mit Sublimat und Alkohol in der gesunden Brust einer gesunden Frau stets oder fast stets Keime gefunden zu haben. P. unternahm es, diese Behauptung nachzuprüfen und stellte Versuche mit der Milch von 22 gesunden Frauen an. Die Warze und der Warzenhof wurden sorgfältig mit einer Sublimatlösung von 1:1000 und darauf mit Alkohol sterilisirt. Letzterer wurde durch Abtupfen mit aseptischer Watte völlig entfernt und sodann die Milch durch sanftes Streichen von der Peripherie der Drüse her tropfenweise direct in die mit flüssiger Gelatine gefüllten Reagenzgläschen entleert und Rollkulturen angelegt. Bei den ersten Versuchen entnahm P. zwei Tropfen, später, als die Kulturen sämmtlich frei von Colonien blieben, fünf Tropfen. In 10 von den 22 untersuchten Fällen war das Resultat ein positives, und fasst P. das Ergebniss seiner Arbeit wie folgt zusammen: „In der Milch auch völlig gesunder Frauen finden sich häufig, vielleicht in der Hälfte aller Fälle, Mikroorganismen vor; dieselben gehören zu den Coccen, und zwar lediglich zu der Unterart des Staphylococcus pyogenes albus. Ob dieselben durch den Blutstrom nach der Drüse hingetragen werden oder von aussen in dieselbe einwandern, ist zweifelhaft. Die Entscheidung muss weiteren Versuchen anheimgestellt werden. Sicher aber können ziemlich zahlreiche Staphylococcen in der Milch der Brustdrüse vorkommen, ohne dass Erscheinungen von Mastitis oder Allgemein-erkrankungen hervortreten.“

**Schlummerzellen und Gewebsbildung. Von Prof. Eberth. (Münchener Medic. Wochenschr., No. 43, 1892.)**

Eine Kritik über die GRAWITZ'schen Arbeiten betreffs der Schlummerzellen (Referat in No. 8, 1892, dieser Zeitschrift.) Verf. gelangt zu

demselben Schlusse, wie vor ihm schon WEIGERT. Der Gedanke ist nicht neu. Er sagt: „Dass Zellen vielleicht recht lange im Ruhe- oder Schlummerzustand verweilen können, unthätig und unproductiv, wissen wir von manchen Neubildungen, Warzen, Enchodromen schon geraume Zeit, ohne dass man es für nöthig hielt, diesen Zellen einen besonderen Namen zu geben. Die Angaben von GRAWITZ lassen eine sichere Begründung vermissen. Sie könnten eigentlich nur negativ bewiesen werden, wenn die gewöhnliche Zelltheilung für solche Vorgänge auszuschliessen wäre. Es ist leicht gesagt, diese Kerne und diese Zellen sind aus der Grundsubstanz entstanden. Damit können wir uns aber nicht begnügen, wir wollen auch wissen, wie sie entstanden sind. Erst wenn wir über die Art und Weise ihrer Entstehung im Klaren sind, dann werden wir in der Lage sein, eine Entscheidung zu treffen.“

**Blutuntersuchungen bei der Lepra.** Von Dr. J. Winiarski. (St. Petersburger Med. Wochenschrift, No. 39, 1892.)

W. hat das Blut von 17 Leprösen einer systematischen Untersuchung unterzogen. Er fand, dass die Lepra in ihren jüngeren und leichteren Stadien keine schwereren Alterationen des Blutes bewirkt, dagegen bei weiterer Verbreitung über den ganzen Körper und ihren schwereren Formen allerdings eine schwere Beeinträchtigung des Blutlebens bewirkt, indem sie zu solchen Veränderungen des Blutes führt, wie sie bei den schwersten Formen der essentiellen Anämie beobachtet werden. Die weissen Blutkörperchen halten sich im Allgemeinen auf der Norm. Bei allen Fällen konnte ein bedeutendes Prävaliren der mehrkörnigen Leucocyten nachgewiesen werden. Die rothen Blutkörperchen behielten gewöhnlich die normale Grösse.

**Amoebae in an Abscess of the Jaw.** By Simon Flexner, M. D. (Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, Vol. III., September, 1892.)

In dem stinkenden Eiter eines Abscesses am Unterkiefer eines 62 Jahre alten Mannes wurden mikroskopisch eine grosse Anzahl verschiedener, theils beweglicher Bakterien nachgewiesen, und in einem frischen Präparat, mit Eiterkörperchen, Detritus und rothen Blutkörperchen gemischt, grössere Zellen, welche ihre Gestalt oft veränderten. Bei sorgfältiger Untersuchung kam F. zu der Ueberzeugung, dass diese Körper keine Gewebspartikelchen sondern Amöben seien. Im flüssigen Theil des Eiters waren diese Amöben nur in geringer Zahl vorhanden, jedoch enthielt derselbe eine Anzahl kleiner Flöckchen, und in diesen konnten sie in grosser Menge nachgewiesen werden. Diese Körper waren viel grösser als die Eiterkörperchen und hatten eine verschiedene Lichtbrechung. In frischen Präparaten waren die beweglichen Amöben ohne weitere Behandlung sofort zu sehen. Nach 10 bis 15 Minuten jedoch hörte die Bewegung auf und die Amöben nahmen eine rundliche Gestalt an; durch sorgfältiges Erhitzen konnte die Bewegung wieder hervorgerufen werden, und war sogar mehr ausgesprochen als zuerst. Dies konnte mehrere Male wiederholt werden. Die Bewegung bestand im Ausstrecken und Einziehen von Pseudopodien, und schien die ganze Amöbe daran theil zu nehmen. Die periphere Zone der Amöbe war homogen und weniger lichtbrechend als der mittlere Theil. Der Inhalt bestand aus körnigem Material, Vacuolen und rothen Blutkörperchen; Leucocyten wurden nicht beobachtet. Ein Nucleus war wahrscheinlich hier und da zu sehen, konnte aber nicht mit völliger Sicherheit nachgewiesen werden.

**The Relation of Pseudo-Diphtheritic Angina to Diphtheria, with Special Reference to Scarlatinal Pseudo-Membranous Angina.** By **William D. Booker, M.D.** (Bulletin of the John Hopkins Hospital Vol. III., Oct. 1892.)

B. untersuchte 23 Fälle von Scharlach und Masern mit Pseudo-Diphtheritischer Angina. In Uebereinstimmung mit anderen Autoren konnten in keinen dieser Fälle Colonien des LÖFFLER'schen Diphtheriebacillus nachgewiesen werden, jedoch in allen Streptococcen in grösserer oder geringerer Anzahl. Klinisch waren diese Fälle oft nicht mit Bestimmtheit von echter Diphtherie zu unterscheiden, jedoch waren sie anatomisch von diesen immer verschieden. Die anatomischen Veränderungen nach Scharlach-Diphtherie waren immer durch Streptococcen verursacht. Nach Scharlach und Masern werden die Gewebe indessen für den Diphtheriebacillus leicht zugänglich und sind Complicationen mit Diphtherie nicht ungewöhnlich.

**Ueber das Vorhandensein des Löffler'schen Bacillus im Schlunde bei Individuen, welche eine diphtheritische Angina durchgemacht haben.** Von **Dr. Fr. Tobiesen.** (Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. Band XII., No. 17, 1892.)

Von verschiedenen Beobachtern wurde noch mehrere Wochen nach dem Verschwinden der diphtheritischen Belege der Diphtheriebacillus im Schlunde des Patienten gefunden. Um einen Anschluss darüber zu bekommen, in welcher grosser Anzahl von Fällen man darauf vorbereitet sein müsse, die LÖFFLER'schen Bacillen anzutreffen und damit die Möglichkeit einer Ansteckung, hat T. 46 aus dem Blegdahospital in Kopenhagen als geheilt entlassene Diphtheriepatienten auf das Vorhandensein des Diphtheriebacillus im Schlunde untersucht. Bei diesen 46 Personen konnte der Bacillus 24-mal sowohl nach schweren wie nach leichteren Fällen nachgewiesen werden, und zwar einmal 31 Tage nach dem Verschwinden der Belege. Es ist somit die Möglichkeit vorhanden, dass die Hälfte der als geheilt entlassenen Patienten ihre Umgebung mit Diphtherie anstecken könne.

**Eine neue biologische Reaktion für die Cholera-Bakterien.** Von **Dr. Odo Bujwid.** (Ebenda.)

Die Untersuchungen von RIEDLIN und NEISSER im Jahre 1888 haben bewiesen, dass Iodoform sehr stark auf die Cholera-Bacillen wirkt, so dass dieselben selbst in Iodoformdämpfen bei gewöhnlicher Temperatur nicht zu wachsen vermögen. B. hat diese Experimente weiter bearbeitet und erkannt, dass das Iodoform diesen Einfluss nur auf die Cholera-Bacillen ausübt, indem verschiedene cholera-ähnliche Bacterien unter solchen Bedingungen entweder sehr wenig oder gar nicht beeinflusst wachsen. Wenn Cholera-Bacillen in die Eprouvetten mit verflüssigter Gelatine gebracht und innig vermischt zum Erstarren gebracht werden, sodann über der Gelatineschicht ein kleines Röhrchen mit etwas Iodoform gehängt wird, so verflüssigen in den entwickelten Iodoformdämpfen während 10—15 Tagen die Cholera-Bakterien die Gelatine gar nicht, währenddem in den Kontrollröhrchen die oberflächliche Schicht schon am 2ten Tage sich zu verflüssigen anfängt. Keine ähnliche Wirkung üben Kampher, Naphthalin, unterchlorig-saurer Kalk, Ol. Terebinthinae, Thymol, Phenol; Iod wirkt etwas, aber viel schwächer. Auf die cholera-ähnlichen Bacterien, wie B. Finkler-Prior, Vibrio Metschnikori, B. Milleri, B. Denecke wirkt Iodoform viel schwächer, so dass die Verflüssigung der Gelatine nicht so rasch

vor sich geht, jedenfalls aber ist sie schon meistens am dritten Tag bemerkbar.

**Versuche über die desinficirende Wirkung des Dermatol.** Von Dr. F. Rohrer. (Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde. Band XII., No. 18, 1892.)

Das Dermatol, basisch-gallussaures Wismuth, wurde von R. auf seine desinficirende Wirkung geprüft. Seine Versuche ergaben eine gewisse fäulnisshemmende Wirkung des aufgestreuten Dermatolpulvers, während bei Suspension in Bouillon oder Gelatine keine keimtödtende, nicht einmal eine hemmende Wirkung zu Tage trat.

---

**Arzneimittellehre. Referirt von Dr. AD. ZEDERBAUM.**

**A Study of the Comparative Action of Antipyrine, Phenacetine and Phenocoll on the Circulation and Heat-Phenomena.** By Drs. D. CERNA and W. S. CARTER, in Philadelphia. (Notes on New Remedies, September, 1892.)

Dieser umfangreichen Arbeit ist eine Reihe von Experimenten zu Grunde gelegt, die im Physiologischen Laboratorium der „University of Pennsylvania“ angestellt worden sind. Es seien hier nur die Ergebnisse angeführt, die auf den Einfluss der genannten drei Drogen auf die Temperatur Bezug haben und von den Verfassern folgenderweise formulirt werden:

1) Antipyrine sowohl, als Phenacetine und Phenocoll, haben unter normalen Verhältnissen auf die Wärmefunctionen des thierischen Körpers keinen Einfluss. 2) Antipyrine bewirkt bei fiebernden Thieren einen entschiedenen Abfall der Temperatur bereits in der ersten Stunde nach dessen Einverleibung, welcher Abfall bedingt ist durch eine bedeutende Steigerung der Wärmeabgabe bei gleichzeitiger Verminderung der Wärmeproduction. 3) Phenocoll verursacht, bei septischen und gewöhnlichem Fieber, eine nur geringe Abnahme der Temperatur während der ersten und zweiten Stunde nach dessen Einführung in den Magen; das Maximum des Temperaturabfalles erfolgt erst in der dritten Stunde. Letzterer ist hauptsächlich auf eine Abnahme der Wärmeproduction und geringe Erhöhung der Wärmeabgabe zurückzuführen. Die Zunahme der Wärmeabgabe ist geringer als beim Antipyrin. Die verspätete Wirkung des Phenacetine beruht wahrscheinlich auf dessen Unlöslichkeit. 4) Phenocoll bewirkt bei Fieber einen entschiedenen Abfall der Temperatur, welcher bereits in der ersten Stunde nach dessen Aufnahme zum Vorschein kommt. Dieser Abfall ist Folge einer enormen Abnahme der Wärmebildung, ohne gleichzeitige Veränderungen in der Wärmeproduction.

Auf Grund dieser Ergebnisse räumen Verfasser dem Phenocoll für therapeutische Zwecke eine höhere Stelle ein, als den beiden anderen Drogen. Es ist leicht löslich, wird rasch resorbirt, und zweifellos auch rasch aus dem Körper eliminirt. Seine fieberherabsetzende Fähigkeit ist sehr ausgesprochen; dabei ist es in therapeutischen Gaben von keinen schädigenden Nebenwirkungen auf die Circulation begleitet.

**Das Analgen, ein neues Nervinum.** Von G. LOEBELL, pract. Arzt, und Gerh. N. Vis. (Deut. Med. Woch., 1892, Nr. 44).

Dieser Körper enthielt ursprünglich, seiner Constitution zufolge, den Namen Phenaceto-Chinolin, welch Letzterer später, als die schmerzstillenden Eigenschaften des Präparates erkannt waren, in *Analgen* umgewandelt wurde. Es ist ein weisses, voluminöses Pulver von bitterem Geschmack, welches in kaltem Wasser schwer löslich ist, dagegen leicht in heissem Wasser, in Alcohol und verdünnten Säuren.— Versuche mit der Magenpumpe ergaben, dass das A. durch die Magensäure gelöst und *theilweise* gespalten wird, worauf eine Resorption und letzte Spaltung vor sich geht. Das Spaltungsproduct war schon  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde im Urin nachzuweisen. Neben dieser Spaltung geht eine vollständige Zerstörung des Molecüls einher.— Im Thierversuche zeigte sich, dass Meerschweinchen nach subcutaner Injection von 1,0 des frisch bereiteten, schwefelsauren Salzes unter Krampferscheinungen starben. Hunde vertrugen Gaben von 3,0 auf einmal, ohne dass eine Störung der Nierenthätigkeit aufgefunden werden konnte.— Das Präparat wurde *therapeutisch* in der Freiburger Klinik von Professor BÄUMLER zuerst erprobt, und lieferte als Antineuralgicum, sowie auch als Antifebrile recht ermunternde Resultate. B. giebt an, dass es in Dosen von 1,0—2,0 bei Erwachsenen ohne nachtheilige Wirkungen gegeben werden kann. Aehnlich wie bei anderen antipyretisch wirkenden Mitteln, aber in stärkerem Maasse, tritt bei A. rasch eine Angewöhnung des Organismus an dasselbe ein, so dass spätere Verabreichungen weit geringere Wirkungen hatten, ja, die Wirkung versagten. Die antineuralgischen Wirkungen äusserten sich in Fällen von Kopfschmerzen unbestimmter Art, sowie auch in Fällen reiner Neuralgie, indem die Schmerzen entweder vorübergehend verschwanden oder sich besserten.

### Therapeutische Notizen.

**Aether als Menstruum für Medikamente bei Hautkrankheiten.** Unter den Umständen, welche die Absorption von Medikamenten durch die Haut verhindern, sind stets die fettigen Hautsecretionen, die Durchlässigkeit der Epidermis und die grössere oder geringere Löslichkeit der Heilstoffe die erheblichsten. Aether ist, wie Dr. SAWYER (Pharm. Journ. and Tr.) erklärt, insofern das beste Menstruum für äusserlichen Gebrauch, als er sowohl die meisten wirksamen Principien, als auch die talgartigen Hautsecrete löst. Ein ätherisches Lini- ment bewirkt nach ihm die innigste Berührung eines Medikaments mit der blossen Haut. Die officinellen Pflaster und alkoholischen Lösungen der wirksamen Principe sind keine korrekten Arzneiformen für enepidermischen und percutanen Effekt, da sie die Absorption durch die Haut nicht unter allen Umständen gestatten. Selbst Chloroform hat manche Nachtheile.

Dr. M. H. Lee in Knoxville („Memphis Med. Monthly,“ Oct. 1892) empfiehlt auf's Wärmste die locale Anwendung des *Phenacetin* bei Geschwüren jedweder Art. Er hat mit demselben vorzügliche Erfolge erzielt, sogar in hartnäckigen Fällen, welche allen anderen Behandlungsmethoden widerstanden haben.

**Losophan** ist ein von den Farbenfabriken vormals F. BAYER & Co. dargestelltes neues Mittel, weisse Nadeln von der Formel  $C_6H_3CH_2OH$  (Trijodkresol), das von SAALFELD bei verschiedenen Hautkrankheiten versucht worden ist. (Ther. Monatshefte, Oct. 1892). S. benutzte eine 1proc. Lösung in 75 Proc. Spiritus und 25 Proc. Wasser, mit wel-

cher die erkrankten Partien täglich 2—3 Mal mittelst eines Borstpinsels eingerieben wurden; in einigen Fällen wurde es auch als 1—3proc. Salbe verwendet. Es erwies sich als nützlich bei den am häufigsten vorkommenden Dermatomykosen, dem Herpes tonsurans und der Pityriasis versicolor. Erfolgreich war es ferner bei Prurigo, infiltrirten Ekzemen, Sycosis vulgaris, Acne vulgaris und rosacea. Contraindicirt ist es bei allen entzündlichen Hautkrankheiten.

Dr. Hinsdale in Philadelphia berichtet von seinen ausgezeichneten Erfolgen mit *Sulfonal* in einer Reihe von Fällen, welche sonst mit Bromnatrium oder Bromkaliun behandelt werden.

Das *Dermatol* hat sich einer der „Deutsch - Amer. Apotheker-Zeitung“ von Dr. PATTEE in Boston zugegangenen Mittheilung nach, demselben bei *Balanitis* als äusserst wirksam bewährt. Mit Wasser vermischt, wird es auf den leidenden Theil aufgetragen und trocknen gelassen, was sehr rasch erfolgt. Es hinterbleibt eine vor weiterer Entzündung schützende Haut. Auch als Streupulver findet Dr. P. das *Dermatol* sehr wirksam.

**Subcutane Opiuminjectionen bei Cholera** (Extract. Opii 0,5 : 10,0, 1—2 Spritzen) empfiehlt ROSENBACH, weil der grösste Theil des per os eingegebenen Medikaments doch nur durch Brechen wieder entleert wird. Die Injectionen sind nicht schmerzhaft und das Opium ist auch in dieser Form sehr wirksam. R. ist ferner davon überzeugt, dass die Cholera keine ansteckende Krankheit ist und dass der Kranke seine Umgebung nicht gefährdet. Die Desinfektionsmassregeln sind daher vollkommen überflüssig, denn nicht der Kranke ist der Herd des Uebels, sondern die noch immer unbekanntenen Verhältnisse unserer Umgebung, des Klimas und des Bodens, die einen Ort zur Choleralokalität gestalten. (Berl. klin. Wochenschr., 1892, No. 36.)

**Gegen Schweissfüsse** empfiehlt KAPOSI Waschungen (Morgens und Abends) mit 5 Naphthol, 10 Glycerin und 100 Spiritus und hierauf Einpudern der Füsse mit 2 Th. Naphthol und 180 Th. Stärkemehl.

Zur Behandlung der Verbrennung im Kindesalter giebt WERTHEIMBER einige bemerkenswerthe Beiträge. Wenn auch die Gefahr bei Verbrennungen zunächst im Verhältniss zu deren Ausdehnung steht, so ist jene doch um so grösser, je jünger das Individuum ist. Dass bei Kindern auch bei geringeren Verbrennungen Eklampsie und Tod eintreten kann, ist bekannt. Die primären Todesursachen bei Verbrennungen sind aber weniger Unterdrückung der Perspiration, Zerfall der rothen Blutkörperchen, Thrombosen u. s. w., als vielmehr die Resorption von toxischen Produkten. Hierauf hat die Behandlung in erster Reihe Rücksicht zu nehmen, d. h. sie muss eine antiseptische sein. Aus der Unzahl der Mittel hat sich dem Verfasser noch immer am besten das alte STAHL'sche Brandliniment, in Verbindung mit Thymol, bewährt:

Aqu. Calc.  
Ol. Lini ana 50,0.  
Thymol. 0,05—0,1.

Die betreffenden Theile werden zunächst mit lauwarmem Borwasser gereinigt, hierauf eine mehrfache Schicht hydrophiler Gaze, mit dem Liniment getränkt, in Form breiter Streifen über die Wundflächen gelegt, mit Kompressenstoff bedeckt und mittelst einer Gazebinde befestigt. Dieser Verband muss täglich erneuert werden. Im Verlauf der zweiten Woche wird das Liniment durch eine Wismuth-Borsalbe ersetzt:

Bismuth. subnitr. 9,0  
 Acid. boric. 4,5  
 Lanolin. 70,0  
 Ol. oliv. 20,0

Die Art der Anwendung ist die gleiche. Innerlich giebt man bei grosser Unruhe u. s. w. Sedativa, aber nur bei Kindern über zwei Jahren, und zwar zur Nacht eine Dosis Morphium (0,002—0,004) oder zweimal tägl. 1 Kinder- bis Esslöffel voll Chloralhydrat 1 : 50 mit 15 Syrup. Wichtiger und viel häufiger indiziert ist die Anwendung von Exzitantien, russischer Thee mit Cognac, Tokayer u. s. w., die oft auch das Einzige sind, was die verletzten Kinder in den ersten Tagen nicht zurückweisen. (Münch. med. Wochenschr. 1892, Nr. 31.)

Die Behandlung der Tuberculose mit subcutanen Salol-Injectionen wird von GROSSI (Ospedale, Gesummaria, Neapel) empfohlen. Unter 11 Fällen wurde zehnmal (bei einem Kranken war schon bei der Aufnahme die Erkrankung zu sehr vorgeschritten) Abfall des Fiebers, Aufhören der Nachtschweisse, Verringerung des Hustens und Verminderung der Bacillen im Auswurfe beobachtet. Die Anwendung des Salols geschah in öliger Lösung (10,0 : 30,0 Ol. amygd. dulc.) und zwar wurde mit einer 5 g haltenden Spritze Anfangs eine Einzeldosis von 5,0 injicirt und später auf zwei und drei solcher Dosen gestiegen, so dass schliesslich täglich fünf g Salol injicirt wurden. Das Salol erfährt auch bei subcutaner Anwendung seine bekannte Zersetzung in Phenol und Salicylsäure und zwar lässt der Harn schon 20—30 Minuten nach der Injection den Gehalt an Salicylsäure erkennen. Die Injectionsen wurden an den Nates gemacht und die Injectionsstellen zeigten gewöhnlich keine örtliche Reaction, jedoch kommt es nach längerer Anwendung zur Ausbildung einer Induration, in welchem Falle mit den Injectionsen einige Zeit ausgesetzt werden muss.

(Riforma medica 1892, No. 250.)

Bei Malaria empfiehlt BOURDILLON-MARSEILLE das Methylenblau in Pillenform zu 0,3 pro dosi und bis zu 1,0 pro die. Die Dauer der Darreichung richtet sich nach der Schwere des Falles. In drei Fällen wurde rasche Heilung beobachtet, während in zwei das Chinin völlig unwirksam geblieben war.

(Semaine méd. 1892, No. 50.)

Das Photocauterium wurde in einem Falle von Milzbrand nach dem Vorgange von Sciascia von Dr. L. MARCHESE-CANICATTI mit überraschendem Erfolge angewendet. Wenige Cauterisationen genügten, um eine Pustula maligna auf der Wange mit starkem, fortschreitendem Oedem der Umgebung, vollständig zur Heilung zu bringen. M. erklärt die wohlthätige Wirkung des Photocauteriums aus der vereinten Wirkung der Wärme und des Lichtes.

(Rif. med. 1892, No. 242.)

Der Einfluss intestinaler Desinfection auf einzelne Formen acuter Psychosen: Ausgehend von der bekannten Thatsache, dass intestinale Störungen einen bedeutend verschlimmernden Einfluss auf den Schlaf und den Allgemeinzustand Geisteskranker haben, schlägt JOHN MACPHERSON-Manchester eine systematische auf die Regelung der Magen- und Darmfunctionen bezügliche Cur vor: Am ersten Tage Auswaschen des Magens und eine Dose Kalomel 0,01—0,025, die erste Woche jeden Tag oder alle 2 Tage Magenspülung und Regulirung der Darmfunctionen durch Rheum, Cascara oder Pulv. Liq. co.; vom 2. Tage an in stei-

genden Dosen Naphthalin zwischen den Mahlzeiten, von 3mal täglich 0,06—0,15. Ausserdem Vermeidung von N erzeugender Nahrung. M. sah keinerlei schlimme Folgen, obwohl in einem Falle bis zu 0,75 innerhalb 12 Stunden gegeben wurde. Der Appetit war ungeschwächt und das Körpergewicht nahm zu, die Anämie wurde bedeutend gebessert. Pigmentirungen und Trockenheit der Haut, wie sie bei der Melancholie beobachtet werden, wurden sehr günstig beeinflusst. In manchen Fällen genügt eine Dosis, um Schlaf zu erzeugen, in den meisten eine 2—3tägige Anwendung des Naphthalin. In der Folge wurde auch der Verlauf der Störungen wenn nicht abgekürzt, so doch gemildert.

Aehnliche Beobachtungen, gemacht durch Anwendung von Kalmel, Einlauf von Oleum mit Menthol,  $\beta$  Naphthol, Eucalyptus etc., werden von Johnston Lavis, Urquhardt und Robertson mitgetheilt. (Münchener med. Wochenschr. 1892, No. 47).

---

### Allelei.

In der Sitzung des Verwaltungsrathes der **New Yorker Deutschen Poliklinik**, No. 78 Siebente Strasse, hat der Sekretär des ärztlichen Kollegiums, Dr. W. FREUDENTHAL, den Jahresbericht erstattet. Aus demselben ergibt sich, dass im vorigen Jahre der Anstalt 40 Aerzte und ein Zahnarzt angehörten. Dieselben behandelten 13,491 neue Patienten, ertheilten 48,619 Ordinationen und verschrieben 31,455 Recepte, die von dem Apotheker der Poliklinik verabfolgt wurden. Seit der Gründung der Anstalt am 17. Mai 1883 wurden in der Anstalt 107,541 Patienten aufgenommen; von diesen wurden die Aerzte 341,737 Mal konsultirt und es wurden 228,737 Recepte ausgefertigt. Dieser Aufschwung der deutschen Poliklinik ist neben der Thätigkeit der Aerzte wohl besonders den Anstrengungen der Beamten zu verdanken, an deren Spitze Generalkonsul Dr. jur. A. VON PALITSHECK thätig ist. Es ist wohl nur natürlich, dass sich ein solches Institut der vollsten Unterstützung aller Deutschen erfreut, und es kann mit Genugthuung darauf hingewiesen werden, dass für die am 14. Februar d. J. in Carnegie's Musik Hall zum Besten der Poliklinik stattfindende Benefiz-Vorstellung schon jetzt fast sämtliche Logen verkauft sind.

Die „**Royal Society**“ hat ihrem auswärtigen Mitgliede, Professor RUDOLPH VIRCHOW, für seine Forschungen auf den Gebieten der Pathologie, der pathologischen Anatomie und der Archäologie die diesjährige „Copley-Medaille“ zuerkannt. Von den zwei goldenen Medaillen, welche die Königin Victoria gestiftet hat, erhielt eine J. NEWPORT LANGLEY für sein Werk über die Secretdrüsen und das Nervensystem.

Die **Berliner medicinische Gesellschaft** und der Verein für innere Medicin haben PASTEUR zum Ehrenmitgliede ernannt. Die Diplome der Ernennung wurden ihm bei Gelegenheit der vom Institut de France am 27 v. M. veranstalteten Feier übergeben.

König Humbert hat dem Organisationseomité des **Internationalen Medicinischen Congresses** die Zusage ertheilt, den Congress in Person eröffnen zu wollen. Das Comité hat beschlossen, dem König die Ehrenpräsidentenschaft anzubieten.

Die „**Berliner Post**“ vom 15. December schreibt: In der **Berliner Medicinischen Gesellschaft** trug sich in ihrer gestrigen Sitzung im Langenbeckhause eine interessante Ueberraschung zu, die sich zu einer



Huldigung für den Vorsitzenden, Professor VIRCHOW, gestaltete. Im Anschluss an die von dem Ohrenarzt Dr. HARTMANN veranstaltete Demonstration von anatomischen Präparaten mit Hilfe eines neuen elektrischen Vergrößerungs-Apparates, des sog. Skioptikon, das auf dem Principe der bekannten *Laterna magica* beruht und wahrhaft Erstaunliches leistet, führte mit demselben Apparate Dr. R. NEUHAUS eine Anzahl anatomischer und bakteriologischer Präparate vor. Dann erklärte er, zum Schluss noch zwei Bilder aus der „Entwicklungsgeschichte“ zeigen zu wollen. Da erschien plötzlich auf dem weissen Projektivrahmen in Hintergrund des Saales in natürlicher Grösse das Brustbild eines jungen Mannes, „dem zwar noch der Schnurrbart fehle, an dessen Gesichtszügen man aber schon seine Zukunft erkennen könnte“, und gleich darauf erschien das zweite Bild, das denselben Mann 40 Jahre später darstellte. War das erste Bild vielfach unerkannt geblieben und hatte etwas Kopfschütteln erregt, so entrang sich beim zweiten Bilde augenblicklich der Ausruf „VIRCHOW“. Lautes Händeklatschen durchdrang den Saal. Das erste Bild war, wie Dr. NEUHAUS hernach hinzufügte, nach einer Zeichnung LUDWIG PIETSCHS aus dem Jahre 1849 aufgenommen. VIRCHOW lehnte die feinsinnige Huldigung bescheiden ab, indem er erklärte, die Gesellschaft möge nunmehr aus der Romantik wieder in die reelle Welt zurückkehren, und ertheilte dem nächsten Redner das Wort.

Nach Angabe der „Med. News“ wurden im Jahre 1890 in den Ver. Staaten 115,355 Mediziner immatrikulirt. Graduirte hatten 39,996. Auf die Bevölkerungszahlen bezogen, stellt sich die Zahl der Aerzte in verschiedenen Ländern wie folgt: Es kommt ein Arzt in

Schweden.....	auf 7,000	Bewohner.
Italien.....	“ 3,500	“
Deutschland.....	“ 3,000	“
Oesterr.-Ungarn.....	“ 2,400	“
Frankreich.....	“ 2,000	“
Ver. Staaten.....	“ 600	“

Der alle drei Jahre vom Haupthospital in Massachusetts ausgeschriebene Warren-Preis in der Höhe von \$2,500 ist in diesem Jahre nach „Lancet“ dem Dr. John STRAHAN in Belfast für seine eingehende Abhandlung über Rachitis zuerkannt worden. Die Bewerbung um diesen Preis ist eine internationale. Der diesmalige Sieger, dessen gekrönte Preisschrift binnen Kurzem in die Oeffentlichkeit gelangen wird, hat auch 1880 die Fothergill'sche goldene Medaille von der Londoner medizinischen Gesellschaft für einen Essay über Typhus und im Jahre 1889 den Jenks-Preis vom Verein der Aerzte in Philadelphia für eine Arbeit über Diagnose und Behandlung der extrauterinen Schwangerschaft erhalten; für diese ist er auch zum korrespondirenden Mitgliede des genannten Vereins erwählt worden.

C. Verstraeten in Gent giebt (Centralbl. f. klin. Med. No. 9) eine neue Methode zur Bestimmung des unteren Randes der Leber vermittels Auscultation an. Auscultirt man einen Kranken in sitzender oder noch besser in liegender Stellung mit relaxirten Bauchmuskeln an der Herzspitze und geht dann mit dem Sthetoskop abwärts, den verschiedenen Thoraxlinien nach, so sind die Herztöne über der ganzen Lebergegend hin gut erhalten, ohne merkliche Schwächung; am unteren Leberrande aber schwächen sie sich auf einmal ab, so dass sie bei einer genaueren Untersuchung gar nicht mehr hörbar sind. Damit ist der untere Leberrand bestimmt. Das Verfahren verliert natürlich an

praktischer Bedeutung, wenn die Herztöne dermaassen abgeschwächt sind, dass sie kaum an der Spitze zu hören sind; ferner, was höchst selten vorkommt, wenn eine Lamelle der linken Lunge zwischen Leber und Herz interponirt ist. Verfasser legt grosses Gewicht darauf, dass die Bauchmuskeln bei der Untersuchung nicht gespannt sein dürfen, da sonst die Bauchwand die Herztöne gut fortleitet.

**Sterblichkeit in der Stadt New York im Jahre 1892.** — Während des Jahres 1892 wurden 44,317 Todesfälle angezeigt, gegen 33,650 im Jahre 1891. Dank der Zunahme der Bevölkerung war die jährliche Sterbeziffer 24.25 auf Tausend Einwohner, gegen 1891 mit 24.73. Die Todesfälle an Phthisis betragen während des Jahres 5005 und an Unfällen 1571. An Sonnenstich starben 320, gegen 1891 mit 95 Fällen. Die Zahl der angemeldeten Fälle von contagiösen und Infectionskrankheiten war wie folgt: Scharlach, 6947; Diphtherie, 4636; Masern, 12,694; Typhus abdominalis, 1129; Typhus, 206; Pocken, 367; Cholera, 10. Während des Jahres wurden von dem Gesundheitsamt 142,050 Personen geimpft und 5,128,614 Pfund untaugliche Nahrung ergriffen und zerstört. Es wurden 49,437 Geburten angezeigt, gegen 46,954 im Jahre 1891.

---

### Berichtigung.

Aus Versehen ist das letzte Heft der Monatsschrift anstatt mit Seite 1 zu beginnen, noch mit den Seitenzahlen der letzten Hefte versehen worden. Da jedes Heft 40 Druckseiten hat, fangen wir diese Nummer mit Seite 41 an.

---

### Personalien.

Unser verehrter Mitarbeiter, Dr. FLORIAN KRUG, ist zum Professor der Gynaekologie, Dr. E. B. DENCH zum Professor der Otologie, Dr. W. H. KATZENBACH zum Professor der allgemeinen Medicin, und Dr. J. ADLER zum Professor der klinischen Pathologie an der New-York Polyclinic ernannt worden.  
Dr. MAX EINHORN, 107 East 65th St.

---

### An die Leser.

*Geschäftliche Zuschriften*, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17—27 Vandewater Street, New York.

*Manuscripte*, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

*Herr Karl Kahler*, unser einziger Vertreter, ist eben im Interesse unseres Blattes im Osten thätig. Da derselbe dieses Jahr nicht reisen wird, so erweisen uns die geehrten Abonnenten einen grossen Gefallen, wenn sie ihren Abonnements-Beitrag einsenden.

New Yorker

# Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

unter Mitwirkung von

Dr. J. Brettauer, Dr. W. Freudenthal, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. H. Goldenberg,  
Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Krug, Dr. S. J. Meltzer,  
Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. A. Schapringler, Dr.  
A. Seibert, Dr. F. Torek, Dr. S. Welt, Dr. Ad. Zederbaum.

Redigirt von

Dr. MAX EINHORN.

Verlag der Medical Monthly Publishing Company, 17-27 Vandewater Street, N. Y.

Bd. V.

New York, 15. März 1893.

No. 3.

## ORIGINALARBEITEN.

### I.

#### Beobachtungen über den therapeutischen Werth von Ozon-Inhalationen nebst Demonstration eines verwerthbaren Apparates.

Von

Dr. AUGUST CAILLE,

New York.

Ozon (O<sup>3</sup>) von SCHÖNBEIN in Basel sogenannt, ist als modificirter Sauerstoff aufzufassen und entsteht durch die Einwirkung des elektrischen Funkens auf atmospherische Luft — ferner beim Oxydiren von Phosphor in feuchter Luft — durch die Einwirkung von Schwefelsäure auf hypermangansaures Kali u. s. w.

Ozon wirkt in hohem Grade oxydirend, bleichend und desinficirend.

Ozon zerstört z. B. Kork und Caoutchouc und oxydirt Eisen, Kupfer, Silber, Quecksilber, Jod, u. s. w. Die deutlichste Reaction auf Ozon ist die Blaufärbung von Jodkalium: Stärke-Kleister.

Die therapeutische Nutzbarmachung des Ozons in Statu nascendi ist vielfach angestrebt worden, scheiterte jedoch an dem Mangel einer geeigneten Form der Anwendung.

In der letzten Sitzung des Congresses für das Studium der Tuberculose demonstirten die Doctoren LABBÉ et OUDIN einen praktisch verwerthbaren Ozon-Apparat und berichteten ihre Erfahrungen bezüglich des therapeutischen Werthes von Ozon-Inhalationen bei Lungentuberculose.

Das Ozon wird in diesem Apparat durch die Glimmentladung erzeugt, welche zwischen den concentrischen Oberflächen einer luftleeren

Tube und einem Metalleylinder stattfindet. Die Tube wird mit den Polen einer Ruhmkorfschen Spule in Verbindung gesetzt, als Electricitätsquelle bedient man sich trockener Zellen oder eines Accumulators. Das Ozon, welches in den auf diese Weise angefertigten Röhren geliefert wird, übersteigt niemals dasjenige Quantum, welches man die therapeutische Dosis nennt und etwa  $\frac{12}{100}$  Milligramm auf ein Liter Luft beträgt.

Nachdem die oben citirten Autoren über die physiologische Wirkung des Ozons, dessen Unschädlichkeit nach längerem Einathmen und dessen Aufnahme in den Blutkreislauf Zeugniß abgelegt hatten, hoben sie speciell die parasitentödtende und antiseptische Eigenschaften des Gases hervor und lieferten den Nachweis, dass der Tuberkelbacillus in Reinculturen durch die Einwirkung des Ozons zerstört werden könne.

Eine derartige im Laboratorium gewonnene Einsicht in die Wirkungsweise des Ozons gab den Herren LABBÉ et OUDIN die Veranlassung dieses Mittel bei Lungentuberculose zu probiren, indem sie voraussetzten, dass Ozon durch Inhalation nicht allein keimtödtend wirken könne, sondern auch im Stande sein dürfte, den krankhaften Boden derart zu beeinflussen, dass dem Weiterwachsthum der Microorganismen Einhalt geboten wäre.

Man versprach sich also nach zwei Richtungen hin eine günstige Wirkung von Ozon-Inhalationen :

1. Wiederbelebung und Hebung des Stoffwechsels durch hohe Oxydation.

2. Directe und indirecte keimtödtende Wirkung des Gases durch Inhalation und Einführung in den Kreislauf.

Die therapeutische Verwendbarkeit des Ozons wurde von den citirten Autoren an 38 Lungenkranken studirt und gehen die ersten Beobachtungen auf drei Jahre zurück. Es wurden

7 Fälle im 1. Stadium	
23 " " 2. "	
8 " " 3. "	behandelt.

hiervon wurden 13 Fälle geheilt; im Durchschnitt nahmen die Patienten im 1. und 2. Stadium drei Kilo an Gewicht und 500 cc. an vitaler Capacität zu dabei hob sich rasch der Appetit und die Körperkraft. Die Patienten im 1. Stadium verloren alle physikalischen Erscheinungen eines pathologischen Processes in der Lunge und sieben im 1. Stadium und sechs im 2. Stadium wurden als geheilt betrachtet. Sechs starben und die übrigen wurden gebessert.

Auf Wunsch von LABBÉ ET OUDIN behandelte Doctor DESNOS von der Charité zu Paris sieben Fälle von Lungentuberculose und acht Fälle von Anaemie und erklärte am Schlusse seiner Beobachtung das Ozon für ein wirksames Heilmittel, das berufen sei grosse Dienste in der Behandlung der Tuberculose und Anaemie zu leisten.

In ähnlicher günstiger Weise sprach sich Dr. COLLART\* im November 1891 aus in einem Bericht über die Behandlung von fünf Fällen von Lungentuberculose mittelst Ozon. In Deutschland hat Dr. C. STURM in Rüdesheim sich mit dem Gegenstand befasst doch ist mir ein Bericht über seine Erfahrungen nicht zu Händen gekommen. In der allerneuesten Zeit sollen in Frankreich mehrere Hospitäler eingerichtet worden sein zum Zweck der Tuberculosen-Behandlung mittelst Ozon.

Im November 1891 erhielt ich vier Ozonröhren zugeschickt unter dem Versprechen damit zu experimentiren und darüber zu berichten und so kam ich dazu die Wirkung des Ozons bei Spitzentuberculose, bei Anaemie und Chlorose und bei Pertussis zu studiren. Unter meiner directen Behandlung und Beobachtung standen:

- 4 Fälle Spitzentuberculose,
- 3 " schwerer Anaemie,
- 5 " Pertussis.

Ausserdem wurden noch zwei Fälle von Pertussis von Dr. MANGOLD auf meine Veranlassung mit Ozon behandelt und ferner umfasst dieser Bericht acht Fälle von Anaemie und Chlorosis, welche monatelang unter Beobachtung und Behandlung von Doctor ORELINÉ von hier standen. Der Bericht umfasst also 22 ausgesuchte Fälle, welche in prothahirter und systematischer Weise der Ozon-Behandlung unterworfen und wobei folgende Punkte in Betracht gezogen wurden :

Appetit.

Körpergewicht.

Muskelkraft.

Vitale Capacität der Lunge (in Cubiczoll notirt).

Oxyhaemoglobingehalt des Blutes.

Die Bestimmung des letzteren geschah mittelst des Haemato-Spectroscopes von HENOQUE. In der Mehrzahl der Fälle wurden die Ozon-Apparate in der Behausung der Kranken aufgestellt und angewendet, in der Annahme, dass bei ambulanter Behandlung die Untersuchung mehr oder weniger werthlos und resultatlos verlaufen würde. Ferner wurden während der Versuchsperiode keinerlei Medicamente gegeben.

In Folgendem sind nun die Resultate unserer Beobachtung in gedrängter Form niedergelegt.

1. Fall. Tuberculöser Catarrh des linken Oberlappens. Weibliche Patientin, 37 Jahre alt, nicht hereditär belastet ; inhalirte 3 Mal des Tages 15 Minuten lang, hatte nach 4 Monaten 8 Pfund an Gewicht, 12 Cubiczoll an vitaler Capacität und 2 Procent an Oxyhaemoglobingehalt gewonnen. Das Sputum zeigte nach wie vor viele Tuberkelbacillen, und die physikalischen Erscheinungen im Oberlappen der Lunge blieben unverändert. Appetit und Muskelkraft gut.

2. Fall. 28 Jahre alter Mann, hereditär belastet. Tuberculose der linken Lungenspitze. Patient inhalirte drei Monate lang täglich eine

\* Annales de la Societé Médico-Chirurgicale de Liége No. 11.

halbe Stunde und gewann 10 Pfund an Gewicht, 18 Cubiczoll Lungencapacität, 2 Procent Oxyhaemoglobin. Appetit und Muskelkraft gut. Bacillen nach wie vor.

3. Fall. Weibliche Patientin, 25 Jahre alt, hereditär belastet. Mässige Infiltration unter der rechten Scapula, mehrmals Bluthusten. Gewann nach 10 Wochen, während dessen sie dreimal des Tags inhalirte, 12 Cubiczoll Lungencapacität, 8 Pfund Gewicht und  $2\frac{1}{2}$  Procent Oxyhaemoglobin. Locale Erscheinungen unverändert. Keine Bacillen gefunden.

4. Fall. Tuberculose des linken Oberlappens bei einer hereditär belasteten jungen Frau. Kleine Caverne deutlich nachzuweisen. Inhalationen dreimal täglich 15 Minuten lang für die Dauer von vier Monaten. Appetit, Muskelkraft, Lungencapacität und Blutmischung wurden erheblich besser, aber die Localerscheinungen blieben die alten. Bacillen nach wie vor.

5. Fall. Schwere Anaemie bei einem 10jährigen Mädchen. 15 Minuten lange Inhalationen, zweimal des Tags, für zwei Wochen wonach eine Zunahme von 4 Procent Oxyhaemoglobin und 20 Cubiczoll Lungencapacität constatirt wurde, dabei rege Circulation, grosser Appetit und Schwund des Kopfwehs. Vorher war Eisen und Arsen ohne Erfolg gegeben worden.

6. Fall. 22jähriges Mädchen, mit Chlorose behaftet. Gewann nach Ozon-Inhalationen in zwei Wochen 2 Procent Oxyhaemoglobin und sonstige Besserung wie im Fall 5.

7. Fall. Mädchen von 11 Jahren. Schwere Anaemie seit ihrer frühen Kindheit. Haut und Schleimhäute farblos, 5 Procent Oxyhaemoglobingehalt (13 bis 14 Procent normal). Eisen, Arsen, Phosphor und Land- und Seeluft ohne Erfolg. Ozon - Inhalationen dreimal täglich 10 Wochen lang, worauf 10 Procent Oxyhaemoglobin, rothe, warme Haut und Schleimhäute, vorzüglicher Appetit und Ambition zum Lernen. Kein Rückfall in  $1\frac{1}{2}$  Jahren seit der Behandlung.

8. Fall. Mädchen von 21 Jahren, mit Chlorosis behaftet. Menses alle 8—10 Wochen und kaum wahrnehmbar. Dauer der Krankheit vier Jahre. Nach 10 Wochen langem Ozon-Gebrauch zeigte das Blut 3 Procent mehr Oxyhaemoglobin und die Menstruation wurde und blieb regelmässig.

9. Fall. Chlorose bei einem Mädchen von 20 Jahren. Besserung und Verlauf wie im Fall 8.

10. Fall. Chronische Bronchitis mit hochgradiger Anaemie bei einem jungen Manne. Ozon-Inhalationen 10 Wochen lang, worauf Patient arbeitsfähig wurde und die Behandlung wegen Wohlbefindens des Mannes unterbrochen wurde. Keine bemerkenswerthe Besserung des Bronchial Catarrhs.

11. Fall. Chlorose und Neurasthaenie bei einem 24jährigen Mädchen, welche vier Wochen lang inhalirte und bei sehr befriedigendem Allgemeinbefinden 3 Procent Oxyhaemoglobin gewann.

12. Fall. Anaemie und chronischer Naso-pharyngeal Catarrh. Rationelle Localbehandlung, ohne dauernden Erfolg. Inhalationen drei Monate lang. 3 Procent Gewinn an Oxyhaemoglobin, worauf sichtbare Besserung des Localleidens durch Localbehandlung.

13. Fall. Chlorose von langer Dauer. Drei Monate lang Ozon-Inhalationen. 3 Procent mehr Oxyhaemoglobin und sehr gutes Allgemeinbefinden.

14. Fall. 22jähriger Patient mit Anaemie und Haut-Tuberculose. Bettlägerig in Folge der Anaemie. Inhalirte drei Monate lang und gewann 2 Procent Oxyhaemoglobin und wurde arbeitsfähig. Haut nicht gebessert.

15. Fall. Anaemie nach chronischer Bleivergiftung nach 50 Inhalationen. 3 Procent mehr Oxyhaemoglobin und vorzügliches Allgemeinbefinden. Kein Rückfall innerhalb sechs Monaten.

*Pertussis.* 7 Fälle. Die Einzelbesprechung dieser deutlich ausgeprägten Fälle dürfte zu weit führen. Das Alter der Kinder variierte von  $1\frac{1}{2}$  bis 7 Jahren. Es wurden zwei bis drei Inhalationen täglich gegeben. Nach zwei Wochen war eine derartige Besserung eingetreten, dass eine Weiterbehandlung unnöthig war. Nur ein Fall zeigte sich hartnäckig und wurde vier Wochen behandelt. Arznei wurde nicht gegeben, jedoch wurde zweimal des Tages Salzwasser in die Nase geträufelt. Die Hustenanfälle wurden stetig geringer und weniger heftig, speciell während der Nacht. Die kleineren Kinder wurden beim Inhaliren schläfrig. Die Inhalationsröhre wurde bei den kleineren Kindern nicht direct an Mund und Nase angebracht, auch war an ein systematisches Ein- und Ausathmen auf Kommando nicht zu denken. Die Oxyhaemoglobin-Pestimmung stiess bei den Eltern der Kinder auf Widerstand und wurde in diesen 7 Fällen nicht gemacht.

Beim flüchtigen Anhören dieses Berichtes hinterlässt derselbe wohl den Eindruck als sei die gut applicirte Ozontherapie bei Anaemie, Chlorose und *Pertussis* werthvoll, — bei Tuberculose aber werthlos. Die letztere Annahme ist jedoch im Lichte ausgedehnter Erfahrung nicht ganz zutreffend. Zur Erläuterung des Gesagten wird es nöthig sein auf Fall 1 zurückzugreifen. Die unverheirathete 37jährige Patientin, in deren Familie von einer tuberculösen Vorgeschichte nichts verlautet, inficirte sich auf unbekannte Weise im Herbst 1889 und verlebte den Winter in Aiken, South Carolina, woselbst sie zwei Mal an Lungenblutung litt und im Sommer 1890 nicht gebessert nach New York zurückkam.

Im Winter 1890-91 wurde sie mit Koch's Tuberkulin behandelt, ohne jedoch hierdurch nachweisbar günstig oder ungünstig beeinflusst zu werden. Im Dezember 1891, etwa 9 Monate nach der letzten Tuberculin-Injection, war der Zustand der Patientin besorgniserregend. Der gessammte linke Oberlappen der Lunge war erkrankt. Die Percussion ergab Dämpfung. Die Auscultation feuchtes Rasseln. Keine Caverne. Ein lästiger Husten entleerte reichlich Sputum, in welchem zahlreiche Tuberkelbacillen in jedem angefertigten Präparat sich präsentirten.

Das Körpergewicht war von 126 Pfund auf 118 Pfund gesunken, und der Appetit war mittelmässig bei gelegentlichen unregelmässigen leichten Fiebertemperaturen. Um diese Zeit begann die Ozon-Behandlung, welche nach 4 Monaten das schon angeführte Plus von 8 Pfund Gewicht 12% Cub. Zoll Lungencapacität und 2% Oxyhaemoglobin ergab. Dabei waren die physikalischen Erscheinungen und Bacillenbefund dieselben geblieben.

Der Ozon-Gebrauch wurde fortgeführt bis auf den heutigen Tag, und bei etwas forcirter Fütterung und regelmässiger Lebensweise ist der Zustand der Kranken ein besserer als seit 3 Jahren. Sie wiegt 129 Pfund und hustet gar nicht mehr. Sie fiebert nicht und fühlt sich ausserordentlich wohl. Die Circulation ist gut, das Nahrungsbedürfniss sehr ausgeprägt, und alle Körperfuctionen sind normal. Der Oberlappen der linken Lunge ist gedämpft wie früher, aber das feuchte Rasseln fehlt, und statt dessen ist ein knarrendes Athmungsgeräusch wahrnehmbar, wie man es bei der fibroiden Degeneration der Lungen hört. Im Sputum, welches nur durch forcirtes Räuspern zu erlangen ist, finden sich wie immer zahlreiche Tuberkelbacillen, abermals ein Beweis, dass die Zahl der Tuberkelbacillen im Sputum für die Beurtheilung des Allgemeinzustandes nicht massgebend ist.

Dieser seit 4 Jahren von verschiedenen competenten Collegen sehr genau beobachtete Fall berechtigt zu der Annahme, dass die Ozon-Behandlung durch Anregung des Stoffwechsels der Dissemination des Tuberculösen Processes entgegengetreten ist.

Für heute wollen wir unsere Betrachtungen über diesen Gegenstand mit folgendem Resumé beschliessen :

1. Ozon-Inhalationen mittelst des LABBÉ und OUDIN'schen Apparates sind bei Kindern und Erwachsenen unschädlich.

2. Tägliche Inhalationen vermehren den Oxyphaemoglobin Gehalt des Blutes um 1 bis 4% in kurzer Zeit und bleibt dieses Verhältniss längere Zeit stationär.

3. Von 4 typischen Fällen von tuberculösem Spitzencatarrh wurde kein Fall absolut geheilt, jedoch in allen Fällen eine Besserung der Ernährung des Körpers erzielt.

4. Bei Pertussis haben Ozon-Inhalationen die Dauer der Krankheit abgekürzt und die Heftigkeit der Anfälle bedeutend gemildert.

5. In schweren Fällen von Anaemie und Chlorose haben Ozon-Inhalationen durch Anregung des Stoffwechsels sehr günstig gewirkt, und Heilung erzielt speciell in Fällen, in denen die sonst übliche Therapie ohne Erfolg blieb.

6. Der vorgezeigte Apparat lässt sich auch zur atmosphärischen Desinfection kleiner Zimmer nutzbringend verwenden.



## II.

**Pemphigus neonatorum syphiliticus.**

Von

**Dr. FRANZ T. B. FEST.**

Unter Pemphigus neonatorum syphiliticus begegnen wir einer im Allgemeinen ziemlich seltenen Form von Syphilis congenita. Diese Art der Syphilis ist nicht vererbt durch eine syphilitische Mutter, sondern die Infection geschah während der Conception durch einen constitutionell syphilitischen Vater.

Der Pemphigus neonatorum syphiliticus tritt auf in zwei Formen :

I. Das Kind wird mit den Zeichen der hereditären Syphilis—in diesem Falle Bullae oder bereits excoriirte Hautstellen—zur Welt gebracht ; oder

II. Die Syphilis bleibt einige Zeit latent und erst dann entwickelt sich der Pemphigus syphiliticus wie der Pemphigus adulterum ; d. h. es entstehen Blasen von verschiedener Grösse—meist erst an den Füßen und Handtellern, die häufig confundiren und sich über den ganzen Körper ausbreiten. Die Blasen sind mit klarer oder gelblicher Flüssigkeit angefüllt und lassen nach dem Platzen eine nässende Stelle zurück, die sich ohne Borkenbildung—der Unterschied von Rupia—häuten. Bisweilen finden subsequeute Blasenbildungen statt und die Prognose ist in diesem Falle sehr ungünstig ; ebenso wenn das Kind schon mit den Läsionen geboren wurde. Erreichen die Bullae nur die Grösse einer Linse (Vesica) so verläuft wegen der geringen Excoriation der Fall weniger bösartig : Variocella syphilitica.

JAQUET (Gazette des Hôpitaux) fasst den Pemphigus neonatorum syphiliticus mit den squamösen, erosiven und circinaten Syphiliden (als bullöse Form) zusammen als polymorphe papulöse Syphilis.

Darüber ob jeder Pemphigus neonatorum syphilitischen Ursprungs ist, sind die Meinungen noch getheilt. Jedoch in der Mehrzahl der Fälle lässt sich paternelle Syphilis nachweisen. Trägt auch die Mutter kein Zeichen der constitutionellen oder primären Form, so kann trotzdem der Embryo vom Vater bei der Zeugung inficirt worden sein ; ebenso wie bisweilen die Kinder syphilitischer Eltern ohne jede Infection bleiben.

Für das Vorhandensein eines nicht syphilitischen Pemphigus neonatorum sprechen mehrere beobachtete Fälle, so die 9 Fälle im New York Infirmary for Women and Children (KILHAM, American Journal of Obstetrics, October, 1889.) Dieser nicht syphilitische Pemphigus neonatorum scheint epidemisch auftreten zu können in Folge eigner Bacterien (STRELITZ). Von einigen wurde der Umstand, dass Kinder mit Pemphigus neonatorum behaftet weder Mutter noch Amme inficirten, als entscheidend für nicht specifische Form angesehen ;

allein in Beziehung auf die Mutter wird dieser Grund nach dem COLLES-BAUMES'schen Gesetz hinfällig; denn die Mutter war bereits vor der Geburt des Kindes syphilitisch und hatte demgemäss Immunität gegen frische syphilitische Infection erworben. In Beziehung auf die Amme gilt die Erfahrung, dass nicht Jedermann, wenn er sich auch der Gefahr exponirt, durchaus inficirt werden muss, und dass häufig genug auf Ammen das Contagium einwirkt; so kenne ich eine Person, die einige Monate ein Kind stillte, das in Folge „eines Kaltes“ starb, „das nach innen und ins Blut geschlagen war.“ Ihre Brust hatte einen Syphilid.

Da bei der grossen Fläche der Excoriationen das Allgemeinbefinden sehr leidet und die Temperatur stets erhöht ist, so magern die kräftigsten Kinder bald ab und die Prognosis hängt hauptsächlich vom Kräftezustand ab. Demgemäss ist bei der Behandlung dieses wohl in Betracht zu ziehen. Locale Applicationen allein wären ohne Erfolg. Die constitutionelle Behandlung muss auf die Hebung der Kräfte bedacht sein (Muttermilch, Leguminosenpräparate u. s. w.) und anti-syphilitisch: Quecksilber oder Jod. Zu welchen Mercurialien man sich entschliesst ist wohl ebenso indifferent wie die Wahl der Martialien bei der Chlorosis. In Beziehung auf die Jodpräparate ziehe ich bei Kindern für den innerlichen Gebrauch Syrupus ferri jodati vor; denn hier ist das Ferrum bei dem meist schlechten Ernährungszustande der Kinder ein werthvolles Adjuvans. Die Behandlung der excoriirten Plaques muss antiseptisch und absorbirend sein. Wohl keine Droge entspricht dieser Anforderung mehr als Bismuthum subgallatum, dessen Geschmeidigkeit Talcum und Amylum übertrifft, zudem ist dessen mild adstringirende Eigenschaft als gallussaures Präparat von Vortheil. Im Folgenden erlaube ich mir, einige Fälle von Pemphigus syphiliticus hier zu beschreiben:

I. Die Mutter zeigte keine Läsion bis nach ihrer Entbindung: maculösis Exanthem (Roseola syphilitica), hatte nach Verlauf eines Jahres *Abortus*. Der Vater steht unter Behandlung wegen dolores osteocopi.

Das Kind war bei der Geburt gut entwickelt, nur fiel beim Waschen die Röthe der Handflächen auf. Nach einigen Tagen war die Röthung in eine Blase verwandelt und am Fuss und den Beinchen zahlreiche grosse Blattern, die theilweise zusammenliefen, ebenso am Mund, Schamlippen und Nates. Weil ein Schnupfen vorhanden, schrieben die Eltern die Krankheit einer Erkältung zu. Da ich, wie schon gesagt, den Mann für syphilitische Affectionen behandelte, war die Diagnosis leicht. Im Lauf der Krankheit entstand an zwei Fingern Paronychia. Saugen und Stuhlgang verursachten grosse Beschwerden.

Die Behandlung bestand in täglichem Waschen der Excoriirten Plaques mit Sublimatlösung (1:5000). Die Lippen wurden durch Oleum amygdalarum geschmeidig erhalten, ebenso Vulva und Nates. Die wunden Flächen wurden mit Bismuthum subgallatum bestreut. Innerlich wurde Hydrargyrum chloratum mite in Dosen von 0,0075

dreimal täglich verabreicht ohne ungünstige Symptome. War die Temperatur sehr erhöht so wurde der Körper mit alcoholischer Chininlösung gewaschen. Einmal mischte ich Chinin in das Bismuthum subgallatum, doch ohne Erfolg.

Im Laufe der Heilung hob sich an den Labia majora die neue Epidermis mehr blasenförmig ab und hinterliess ein tiefes Ulcus. Da Framboesia-Knoten entstanden, wurde Cauterisation mit Höllenstein nothwendig, wonach unter Granulation mit grossem Substanzverlust Heilung erfolgte. Die Dauer bis zum Verschwinden der letzten Symptome betrug über sechs Monate.

II. Mutter, eine Negerin, ledig. Wurde gerufen während des Geburtsactes. Heftige Eklampsie machte Accouchement forcé nothwendig. Da das Kind sich in der Querlage befand, war Wendung auf die Füsse angezeigt. Der grosse Kopf wurde mit der Zange geboren — Hydrocephalus. Der Körper war mit Blasen bedeckt; um die Knöchel, wo meine Hand Halt gemacht hatte, war die Haut entfernt und hinterliess das rohe Fleisch. Als ich zur Sicherung der Diagnose bei der Anamnese nach dem Vater frug, beschied mich das Mädchen, dass sie von einem Unbekannten vergewaltigt worden sei. Die ziemlich pathognostische Coryza sprach für Pemphigus syphiliticus.

Die Behandlung bestand in 0,005 Gramm Calomel zweimal täglich Sublimatlösung als Wundwasser (1 : 5000). Der Grösse der Plaques wegen wurde kein reines Bismuthsubgallat sondern Rp.

Bismuthi Subgall.	20,00
Talei	“ 70,00
Amyli	“ 10,00 M.

angewendet. Für den Hydrocephalus Einreibungen von Jodtinktur-Glycerin (1 : 10) in die Axilla und zur Stimulation öfters einige Tropfen Portwein verabreicht. Die Prognose war von vorne herein ungünstig. Nach drei Wochen ging das Kind unter Marasmus zu Grunde.

Die Section ergab Hydrocephalus, Colloidentartung der Leber und Milz. Die Nieren waren hydropisch.

III. Eltern ein Jahr verheirathet. Der Vater verhehlte durchaus nicht seine früheren Ausschweifungen, und dass er mit Syphilis behaftet gewesen war. Das Kind, ein Knabe, war nur mässig entwickelt. Auch hier fiel die Coryza mit dem eigenthümlichen Schnarchen sogleich auf. Bei der Geburt schon war eine Blase in der einen Hand zu sehen und Solche entwickelten sich im Laufe einer Woche an den Beinen, Armen und Gesicht. Am Rumpf war nur eine einzige vorhanden. Da die Mutter nicht selber stillen konnte und wegen der Infectionsgefahr von einer Amme abgesehen wurde, empfahl sich Kuhmilch am besten. Um bei der Hitze Cholera infantum vorzubeugen, wurde etwas Kalkwasser der Milch zugesetzt. Die Quantität der Nahrung wurde, auf meinen Vorschlag hin, durch Dr. Seibert's Graded Infant Feeder bestimmt; denn die Maassregulierung nach dem Gewicht des zu nährenden Kindes ist wohl die einzig rationelle. Die Excoriationen an den

Händen und der Plaque am Hypogastrium zeigten Rhagadenbildung, während die übrigen Wunden secernierten; demnach war hier jedenfalls eine Complication mit *Rupia syphilitica* vorhanden. Die *Coryza* verwandelte sich bald in eine übelriechende *Ozaena syphilitica*. Im Secret konnten die Knochenpartikel wahrgenommen werden.

Die Behandlung bestand auch hier in Waschen mit Sublimatlösung (1:5000), innerlicher Administration von 0,0075 Gramm *Hydragyrum chloratum* mite zwei Mal täglich. Auch die Nase wurde mit der Sublimatlösung (aber nur mit Injectionen von halber Stärke) behandelt. Die *Pemphigusexcoriationen* wurden mit *Bismuthum subgallatum* bestreut; die Rhagaden hingegen durch Iodoform-Lanolin (1:10) geschmeidig erhalten. Bei dieser Behandlung besserte sich der Zustand ausserordentlich; die Epidermisbildung wurde durch keine neue Abhebung unterbrochen. Aber leider machte übermässige Salivation, jedenfalls durch Verschlucken eines Theiles der Injection bei der Nasal-Douche hervorgerufen, schon nach zwei Monaten eine Unterbrechung der Kur nothwendig. Die Merkurialien wurden theilweise durch Iodpräparate substituiert. Statt Calomel wurde *Syrupus ferri jodati* verabreicht, das Sublimat durch Borsäurelösung (5%) ersetzt, die Caries mit *Zincum chloricum* (10:100) douchiert und nur für die *Excoriationen* das *Bismuthum subgallatum* beibehalten.

Der Knabe magerte merkbar ab; erholte sich aber nach einigen Wochen und nach 4 Monaten widerstand nur noch die Caries der Nase. Auch diese ist, wenn schon durch Einsinken den Substanzverlust anzeigend, geheilt und kann später durch eine plastische Operation corrigirt werden. Bemerkenswerth ist noch, dass die Narbe am Leib eine gelbe Pigmentation aufweist, wie man sie sonst nur nach *Roseola syphilitica* als *Lentigines syphiliticae* zu beobachten pflegt.

## III.

Ueber Enteroptose oder Glénard'sche Krankheit.<sup>1)</sup>

Von

Dr. MAX EINHORN,

Arzt am deutschen Dispensary und Privatdocent an der N. Y. Postgraduate Medical School, New York.

In diesem Decenium der triumphirenden Bakteriologie haben die meisten neu erschienenen Arbeiten mit den Mikroorganismus zu thun; allein auch die mechanischen (physikalischen wie chemischen) Punkte, welche beim Zusammenkommen so mancher Krankheiten eine grosse Rolle spielen, sollten nicht ausser Auge gelassen werden. Im Gegensatz zu den meisten Autoren, welche auf dem Gebiete der Verdauungskrankheiten gearbeitet, und fast nur chemische Punkte berührt haben, nahm GLÉNARD zum Thema seines Studiums die anatomische Lage der Abdominalorgane, in ihrem normalen wie pathologischen Zustande.— Da die Arbeiten GLÉNARDS in Amerika noch wenig bekannt sind, und dabei doch von grosser Wichtigkeit für so manche Magenaffectionen sind, so glaubte ich, dass eine Besprechung des Themas hier von Interesse sein dürfte.

Der Umstand, dass der ganze Digestionstract—welcher vom Mund bis zum Anus etwa 10—15 Mal so lang ist wie eine gerade, beide Punkte verbindende Linie—baldachinartig, sechs<sup>1)</sup> Schleifen bildend mittelst Ligamente an die hintere Abdominalwand aufgehängt ist, brachte GLÉNARD auf den Gedanken, dass hier durch Lockerung eines Fixationspunktes ein Herunterfallen der einen Schleife und Zerrung einer anderen leicht möglich ist. Da die Ligamente nicht alle gleich stark sind und die Fixationspunkte des *ligmentum gastroduodenale* und *l. coli transversum* besonders schwach sind, so war theoretisch die Möglichkeit gegeben, dass letztere unter günstigen Bedingungen erschlaffen und zu einem Heruntersinken dieser Darmabschnitte führen; das herabgefallene Darmstück müsste auf den nächsten Fixationspunkt einen Zug ausüben und so ein Hinderniss für die Passage des Darminhalts und eine partielle Darmverengung schaffen.

GLÉNARD hat nun in 40 gemachten Autopsien auf diese Verhältnisse genau geachtet und dabei oft die Baueingeweide nicht in ihrer normalen Lage vorgefunden, sondern das Colon transvesum zeigte sich herabgesunken und verengt. Es konnte leicht angenommen werden,

<sup>1)</sup> Nach einem in der N. Y. Postgraduate Clinical Society im December 1892 gehaltenen Vortrage.

<sup>1)</sup> 1. Anse gastrique. 2. Anse duodénale. 3. Anse iléocolique. 4. Anse colique transverse. 5a. Costo-sous-pylorique. 5b. Sous-pylori-costale. 6. Anse colo-sigmoidale.

dass derartige Aenderungen in der anatomischen Lage der Eingeweide zu Störungen Anlass geben, welche man als von dieser Anomalie herührend erkennen musste.

Indem GLÉNARD alle Patienten mit Verdauungsbeschwerden nach dieser Richtung hin genau untersuchte, konnte er bei vielen seiner Patienten, — welche bisher in Anbetracht des Mangels irgend einer organischen Erkrankung zur „nervösen Dyspepsie“ gezählt wurden, — die oben beschriebene abnorme Lage der Eingeweide constatiren.

Bei diesen Patienten fand GRÉNARD folgende nach ihm massgebende Hauptpunkte:

1. Clapotement epigastrique (Klatschgeräusch in der Magengegend).
2. Battement aortique (starke Pulsation der Aorta abdominalis).
3. Corde colique transverse.
4. In der rechten regio hypochondriaca häufig bewegliche Nieren.

Unter „Corde colique transverse“ versteht GLÉNARD jene Resistenz welche 3—5 Ctm. oberhalb des Nabels gelegen ist und in einer Länge von 6—10 Ctm. nach links und rechts von der Mittellinie horizontal über die pulsirende Aorta zieht; dieselbe fühlt sich wie ein 1 Ctm. breites Band an. Diese Resistenz betrachtet GLÉNARD als das herabgesunkene Colon transversum, da er bei Druck auf die Regio iliaca dextra, wo das Colon ascendens beginnt, kollernde Gräusche wahrnahm, welche sich nach der „Corde transverse“ fortpflanzen.

GLÉNARD machte die constatirte abnorme Lage der Eingeweide für all die Krankheitssymptome, welche seine Patienten darboten, verantwortlich und belegte diese Krankheit — in Anbetracht der Erschlaffung der Ligamente und des Herabsinkens verschiedener Intestinalorgane — mit dem Namen „Enteroptose.“

Nach GLÉNARD fängt die Krankheit mit einem primitiven Prolaps des rechten Theiles des Colon transversum an; dieses geschieht dadurch, dass das schwache Ligamentum colico-hepaticum relaxirt; das Colon ascendens und transversum verlieren so ihren Befestigungspunkt und sinken hinunter. So kommt es, dass das Colon transversum, anstatt gerade durch die Bauchhöhle zu gehen, einen schrägen Weg von rechts unten nach links oben nimmt; hier selbst wird das Colon transversum durch das starke Ligamentum gastrocolicum festgehalten. Der kleine Winkel, welcher an diesem Punkte durch das prolahirte Colon transversum entsteht, verursacht einen theilweisen Verschluss des Darmlumens (Enterostenosis); das Colon transversum ist infolgedessen contrahirt und leer und giebt daher das oben beschriebene Gefühl der „Corde transverse.“ Mit dem Herabsinken des Colon transversum ist gleichzeitig eine Erschlaffung der anderen Ligamente, resp. Mesenterien des Dünndarms verbunden; so prolabirt zunächst letzterer mit den Mesenterien, dann wird auch der Magen hinuntergezogen und mit ihm das Ligamentum gastrocolicum, was einen Tiefstand der Leber und Niere (Hepatoptose und Nephroptose) nach sich zieht; so kommt es schliesslich zu einem Prolaps sämtlicher Eingeweide der Bauchhöhle — Splanchnoptose. Die Enteroptose

bedingt eine Enterostenose; diese wieder vermehrt das spezifische Gewicht der Darmschlingen — dadurch dass letztere leer sind und keine Gase enthalten — lässt dieselben noch mehr hinuntersinken und vermindert den intraabdominalen Druck; so bildet sich ein *Circulus vitiosus* aus, welcher allmählig den Zustand, wenn nicht etwas dagegen gethan wird, immer weiter verschlimmert.

Die subjectiven Symptome der GLÉNARD'schen Krankheit sind folgende: Schwäche und ein stetes Gefühl der Ermattung, Verdauungsbeschwerden nach dem Genuss von Fett, Stärkesubstanzen, Säuren, unverdünntem Wein und unverdünnter Milch; gewöhnlich stellen sich die Beschwerden etwa drei Stunden nach dem Essen ein; Schlaflosigkeit; Verstopfung oder Verstopfung mit Diarrhœ abwechselnd. Objectiv findet man die Spannung der Bauchdecken verringert, einen Prolaps der Baueingeweide (*Enteroptose*, *Gastroptose*, häufig bewegliche Niere, bewegliche Leber) und Enterostenose.

GLÉNARD unterscheidet drei verschiedene Perioden der Krankheit und bezeichnet dieselben wie folgt:

1. Atonie gastrique par entéroptose;
2. Mésogastrique, gastroptose;
3. Neurasthénique, entérostenose.

Während des ersten Stadiums der Krankheit (*Atonie gastrique*) geniesst der Patient alles, verspürt jedoch eine gewisse Schläfrigkeit oder ein Gefühl von Brennen nach dem Essen; um 2 Uhr Morgens ist der Schlaf für einige Minuten unterbrochen; in der Regel ist des Morgens eine Stuhlentleerung von leicht diarrhœischer Beschaffenheit vorhanden; Patient fühlt sich nicht so kräftig, wie zuvor.

In der zweiten Periode (*mésogastrique*, *gastroptose*) vermeidet Patient aus freien Stücken Fett, Stärkesubstanzen, Säuren, Milch, Wein; etwa drei Stunden nach dem Essen klagt er über ein Gefühl von Ziehen, falschem Hunger, Leere; gegen zwei Uhr Morgens bleibt Patient für etwa zwei bis drei Stunden wach; er leidet an Verstopfung, welche ab und zu mit Diarrhœ abwechselt; Patient fühlt sich immer müde besonders aber des Morgens beim Aufstehen und gegen drei Uhr Nachmittags.

In der dritten Periode (*neurasthénique*, *entérostenose*) hat der Patient bereits 30—40 Pfund an Körpergewicht verloren, und nimmt zu wenig Nahrung zu sich; er hat bereits nur von Milchdiät und Beeftea gelebt; er klagt über ein Gefühl der Schwere und des Krampfes im Magen und ist fast immer in einem qualvollen leidenden Zustande; er kann nicht schlafen; die Verstopfung ist äusserst hartnäckig; die täglichen Wasserinjectionen fördern nur von Zeit zu Zeit einige fettige Kothballen, welche von Schleim oder Pseudomembranen umgeben sind, zu Tage; Patient klagt über äusserste Schwäche, verlässt kaum das Zimmer und liegt fortwährend auf dem Sopha; er bietet die mannigfaltigsten nervösen Symptome cerebraler, spinaler und sympathischer Natur sowohl in psychischer wie physischer Hinsicht dar.

Da der ganze Symptomencomplex bedingt und erklärt wird 1. durch Enteroptose, 2. Enterostenose und 3. mangelhafte Ernährung, so stellt GLÉNARD für eine erfolgreiche Behandlung folgende Hauptindicationen auf:

1. Der Digestionsapparat muss gehoben und in dieser Stellung erhalten werden.
2. Die intraabdominale Spannung muss erhöht werden.
3. Der Stuhlgang muss regulirt werden.
4. Die Secretionen des Verdauungstractus und der benachbarten Drüsen sollen stimulirt werden.
5. Die Ernährung muss geregelt und die Verdauung unterstützt werden.
6. Der Organismus muss gekräftigt werden.

Die beiden ersten Punkte werden dadurch erfüllt, dass man Patienten eine Leibbinde tragen lässt, welche bis über den Nabel geht und einen leichten Druck von unten nach oben auf das Hypogastrium ausübt; diese Binde hebt die Eingeweide und vermehrt den intraabdominalen Druck. Um den Stuhlgang zu reguliren, lässt GLÉNARD eine Viertel Stunde vor dem Frühstück entweder Natr. sulf. 4,0, Magnes. sulf. 3,0 in einem halben Glas Wasser nehmen, oder ein halbes Glas Janos, oder ein viertel Glas Rubinatwasser, oder einen Theelöffel Karlsbader Salz, oder Pillen aus 0,05 Aloe oder 0,05 Extr. Rhei bestehend. Die vierte Indication wird durch den Gebrauch von Massage, Electricität und Magenausspülungen erfüllt. Punkt 6 wird durch Gymnastik genügt. Die Ernährung anlangend hat GLÉNARD folgende Tabelle aufgestellt:

#### Während des ersten Stadiums der Krankheit.

Gekochtes Fleisch, gebratenes Wild, Tauben, Gehirn, Farinacea, Gemüse (Linsen, Kartoffeln, Reis, Karotten), Trauben, ganz reife Früchte, gebratene Eier, Austern, Leber, Gex- und Gruyère-Käse; Rothwein mit Wasser verdünnt.—Saucen, italienische Pasteten, Salate, unverdünnten Rothwein, unverdünnte gekochte und ungekochte Milch.

#### Zweites Stadium der Krankheit.

Gebratenes Fleisch (Rind, Hammel, Kalb, Huhn), mageren Schinken, Fisch, Wolff, Rühreier, frisches gut gekochtes Gemüse, brie, camembert, gebackene Aepfel, Eingemachtes, Compot, Chokolade, Bier, Weisswein.

#### Drittes Stadium der Krankheit.

Rohes Fleisch, (Rind, Hammel), rohe Eier, altgebackenes Brod, Kaffee mit Milch ( $\frac{1}{3}$  Milch,  $\frac{2}{3}$  Kaffee), Kaffee, Thee, Wasser, Wasser mit Cognak, Champagner.—Geröstetes Fleisch (Roast Beef, Hammel, Lammcoteletts, Lendenbraten), Eier, Bouillon und Eingemachtes.

Unter obiger Behandlung war GLÉNARD stets im Stande entweder vollständige Heilung oder wenigstens einen bedeutenden Nachlass der Symptome herbeizubringen. Die Erfolge dieser Behandlungsmethode,



welche auf der Theorie der Enteroptose und Enterostenose basirt, scheint auf die Richtigkeit der GLÉNARD'schen Auffassung der Krankheit hinzuweisen.

Nachdem ich in Obigem die Anschauungen GLÉNARDS über Enteroptose in den Hauptzügen geschildert habe, ist es von Wichtigkeit darüber Gewissheit zu erhalten, ob die objectiven Symptome auch wirklich so gedeutet werden müssen, wie sie GLÉNARD auffasst! EWALD, der zuerst in Deutschland über die GLÉNARD'sche Krankheit geschrieben hat, ist der Ansicht, dass das „Corde colique transverse,“ welches GLÉNARD als das contrahirte und verengte Colon transversum betrachtet, in Wirklichkeit nichts Anderes darstellt als das Pankreas, welches man zuweilen fühlen kann. Das Klatschgeräusch, welches 2—6 Stunden nach dem Essen in der Magengegend angetroffen wird, — einer der anderen objectiven Punkte, — tritt in vielen anderen Affectionen des Magens auf und ist keineswegs charakteristisch für Enteroptose.

Die beste und sicherste Art, eine Enteroptose zu erkennen, ist die genaue Lage des Magens zu bestimmen; es ist EWALD's Verdienst diesen Punkt besonders betont zu haben; dieser Autor bläst den Magen zu diesem Behufe mit Luft auf und bestimmt dann seine Lage; liegt die kleine Krümmung unterhalb des Processus ensiformis oder gar in der Mitte zwischen demselben und dem Nabel, so ist der Schluss „Gastroptose“ und damit auch „Enteroptose“ gerechtfertigt. — Um die Lage des Magens genau zu erkennen, kann man auch von der Gastrodiaphanie Gebrauch machen, und ich habe erst kürzlich in der Gesellschaft deutscher Aerzte New-Yorks einen Fall von Enteroptose vorgestellt, wo man mittelst der Durchleuchtung die Lage der kleinen Krümmung in der Nabellinie fand (der Magen reichte vom Nabel bis zur Symphyse hinunter). Ich habe einige derartige Fälle beobachtet, wo die Gastrodiaphanie die Lage der kleinen Krümmung entweder in der Nabellinie oder 1—2 Finger oberhalb derselben zeigte; diese Fälle müssen jedoch als die höchsten Grade von „Gastraptose“ betrachtet werden.

Die Häufigkeit der GLÉNARD'schen Krankheit anlangend, so wird es einen Unterschied machen, auf welche Weise die Diagnose „Enteroptose“ gemacht worden ist; rechnet man zur Enteroptose nur die Fälle wo man eine wirkliche Gastroptose findet, so wird der Procentsatz ein geringer sein, sonst aber ein ziemlich grosser. Unter 1300 Patienten mit Verdauungsbeschwerden fand GLÉNARD 400 mit Enteroptose; darunter hatten 148 eine bewegliche Niere (Enteronephroptose), und 19 eine bewegliche Leber (Enterohepatoptose). EWALD schätzt die Zahl von Enteroptose unter seinen Patienten mit 13%. — Nach meiner eigenen Erfahrung ist die GLÉNARD'sche Krankheit ziemlich häufig; unter meinen Privatpatienten vom Monat October 1892, waren 40 mit Verdauungsbeschwerden; davon gehörten 10 zu der Klasse, welche GLÉNARD als „Enteroptose“ bezeichnet; bei all diesen 10 Patienten konnte ich die ganze Niere mit der Hand umtasten, bei den übrigen war ich nur im Stande bei tiefer Inspiration den unteren Rand der Niere zu

fühlen; unter diesen 10 Patienten hatten 3 eine wirkliche „Gastrop-tose.“

Die Behandlung dieser Fälle anlangend, so stimme ich mit GLÉNARD inbezug auf die Leibbinde überein, was jedoch die medicamentöse und diätetische Seite der Behandlung anbetrifft, so glaube ich, dass man sich inbezug auf diese Punkte in jedem einzelnen Falle nach dem Ausfall der chemischen Analyse des Mageninhalts richten müsse. In den Fällen, wo eine Hyperacidität (was bei mehr als der Hälfte dieser Klasse von Patienten zutrifft) besteht, sind GLÉNARDS Regeln vorzüglich); da jedoch, wo ein vollständiges Fehlen oder eine Verringerung der Salzsäuresecretion sich vorfindet, wird die Behandlung demgemäss modificirt werden müssen.

107 East 65th St.

---

#### IV.

### Ein neuer endoscopischer Obturator zur Erleichterung der Einführung des Endoscopes in die hintere Harnröhre.

Von

**Dr. HERMANN GOLDENBERG,**

New York.

Das Endoscop hat sich in den letzten Jahren als diagnostisches und therapeutisches Instrument mehr und mehr Beachtung und Anerkennung verschafft. Nichtsdestoweniger muss man sich wundern, dass es immerhin noch nicht die praktische Anwendung gefunden hat, die es vermöge seiner Vorzüge vor allen anderen diesbezüglichen diagnostischen Hilfsmitteln verdient.

Zweifelsohne ist einer der Hauptgründe der, dass das Instrument noch nicht so vervollkommnet ist, dass dessen Handhabung leicht für den allgemeinen Praktiker und schmerzlos für den Patienten wäre. Eine Klage, die man häufig von Aerzten hört, die sich mit der Endoscopie beschäftigen, ist die, dass sie nur mit Mühe und Noth im Stande seien, das gerade Endoscop in die hintere Harnröhre einzuführen. Wenn nun auch nicht zu läugnen ist, dass man die dazu nöthige Fertigkeit durch praktische Uebung allmählich erlangt, so muss man andererseits berücksichtigen, dass es Fälle gibt, wo selbst der erfahrene und im Endoscopiren geübtere Specialist nur mit Schwierigkeit zum Ziele kommt.

Selbst ein so gewandter Endoscopiker, wie OBERLAENDER, erwähnt diesen Umstand und gibt den „Charnier Obturator“ an, um die Einführung gerader Endoscope in die hintere Harnröhre zu ermöglichen resp. zu erleichtern.

Wenn man sich nun überhaupt der endoscopischen Untersuchungs- resp. Behandlungsmethode bedienen will, so ergibt sich die Nothwendigkeit einer genauen Untersuchung grade des hinteren Harn-

röhrenabschnittes aus der unbestreitbaren Thatsache, dass derselbe in den meisten Fällen von chronischen Harnröhrenaffectionen afficirt oder mitafficirt ist. Im membranösen und prostatistischen Theil der Urethra, namentlich vor oder auf dem colliculus seminalis findet man nicht selten papillomatoese polypoide Wucherungen und reine Polypen, deren ich in den letzten Jahren eine kleine Anzahl diagnosticirt habe und einer Reihe von Collegen demonstrieren konnte. Diese Fälle, über die ich an anderer Stelle ausführlicher berichten werde, verliefen meist unter dem Bild einer chronischen Gonorrhoe. Wie angesichts der Möglichkeit eines derartigen Vorkommens ein Specialcollege noch unlängst die Behauptung aufstellen konnte, dass das Endoscop allmählich der Vergessenheit anheimfalle, ist mir unverständlich.

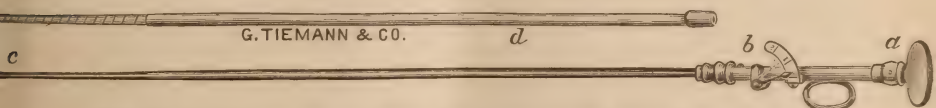
Wie schon Eingangs erwähnt, bietet das Endoscopiren der hinteren Harnröhre mit einem geraden Instrumente mehr oder weniger Schwierigkeiten. Das vorher erwähnte OBERLAENDER'sche Instrument ist ein Obturator, der gekrümmt in eine endoscopische Röhre eingeführt wird und durch eine Schraubenvorrichtung nach der entgegengesetzten Seite so gedreht werden kann, dass das Charnier gelöst und der Obturator als gerades Instrument herausgenommen wird.

Meine Versuche mit diesem Instrumente waren nicht befriedigend. Die vielen Ecken und Ausbuchtungen, die es hat, machen eine gründliche Desinfection unmöglich und verursachen selbst bei grosser Vorsicht Schmerz und nicht selten Blutungen. Dieser Misstand veranlasste mich, ein neues Instrument zu konstruiren, das von den angegebenen Mängeln frei ist. Ich erfreute mich dabei des bewährten Rathes und der Hülfe der Herren TIEMANN & Co., denen ich dafür meinen Dank ausspreche.



Es ist ein Obturator, der mit irgend einem der gebräuchlichen Endoscope eingeführt werden kann.

Der Mechanismus des Obturators ist nicht neu, er ist dem ELLIOT'schen „Uterine Repositor“ entnommen, einem Instrumente, das vielfach modificirt, aber, so weit mir bekannt, für den vorliegenden Zweck nie angewandt wurde.



Wie die Abbildung zeigt, kann das Instrument zum Zweck gründlicher Desinfection leicht auseinander genommen werden.

Die Scheide „d“ mit spiralem Ende passt genau auf die zwei abgeflachten Drähte „c“. Die letzteren sind an einem Ende mit einander

verbunden, das andere Ende eines Drahtes geht durch die Hülse „b a“, an deren Ende sich die Daumenschraube „a“ befindet. Durch respective Rechts- oder Linksdrehung der letzteren kann der Draht länger oder kürzer gemacht werden, so dass die Spirale die nöthige Krümmung bekommt. Der Grad der letzteren wird am Zeiger „b“ abgelesen.

Die zweite Abbildung zeigt den Obturator mit der KLOTZ'schen endoscopischen Röhre, fertig zum Einführen, in gekrümmter Form. Ueber den Obturator wird, wie zu ersehen ist, ein Gummicordon gezogen, welcher genau in das Lumen des Endoscopes passt und der Grösse der anzuwendenden endoscopischen Röhre entspricht.

Ursprünglich wandte ich statt des vorne geschlossenen Gummicordons einen Katheter mit seitlicher Oeffnung an, gab ihn aber auf, weil der Urin durch die Oeffnung eindringt und das Gesichtsfeld stört.

Nachdem das Instrument in die Blase eingeführt ist, wird das Ende „c“ durch Drehen an der Schraube „a“ grade gestellt—wie aus den unterbrochenen Linien zu ersehen ist und wie der Zeiger indicirt—und der Obturator aus der endoscopischen Röhre herausgezogen, während die letztere *in situ* in der hinteren Harnröhre bleibt.

Wenn möglich, lasse ich den Patienten vor der endoscopischen Untersuchung uriniren; kann er zur Zeit nicht uriniren, so dürfte es sich vielleicht empfehlen an Stelle des Gummicordons einen Katheter zu nehmen. Nachdem das in die Blase eingeführte Instrument grade gestellt worden ist, wird der Obturator allein herausgenommen und der Katheter in der Blase liegen gelassen, bis die letztere entleert ist. Dadurch würde eine Störung in der Untersuchung durch den eventuell durch die endoscopische Röhre abfliessenden Urin vermieden.

In einer Reihe von Fällen hat sich mir das Instrument bei der Untersuchung der hinteren Harnröhre sehr gut bewährt. Die Einführung ist schmerzlos für den Patienten und leicht für den Arzt.

Ausser für den genannten Zweck dürfte es sich auch als praktisches Instrument in Prostatahypertrophien und allen anderen Zuständen bewähren, bei welchen die Einführung eines graden Katheters schwierig ist.

## NEW YORKER MEDICINISCHE MONATSSCHRIFT.

Organ für praktische Aerzte in Amerika.

Redigirt von

DR. MAX EINHORN.

## EDITORIELLE NOTIZEN.

15. März 1893.

**R. Virchow's Ansichten über die Erzeugung von Typhus und anderen Darmaffectionen durch Rieselwässer.**

In einem am 1. Februar 1893 vor der Berliner Medicinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag (abgedruckt in der „Berl. Klin. Wochenschrift“ vom 13. Februar 1893) erörterte VIRCHOW obiges, für die sanitären Verhältnisse grösserer Städte so wichtiges Thema. Bekanntlich sind im Herbst 1891 mehrere Erkrankungen an Abdominaltyphus unter den Arbeitern, welche auf den nördlichen Riesefeldern Berlin's beschäftigt waren, vorgekommen; mehrere der Erkrankten hatten zugegeben, dass sie von dem Drainwasser, welches aus den Riesefeldern hervorging, getrunken hätten; so wurde damals vielfach die Behauptung aufgestellt, dass das Drainwasser Schuld der Erkrankung war. Eine andere kleine Hausepidemie von Typhuserkrankung kam später in Malchow, einem der nördlichen Güter, die im Rieselbezirk Berlin's liegen, vor; die damalige Untersuchung hatte die Aufmerksamkeit auf einen in der Nähe des Hauses gelegenen Brunnen gelenkt. Das Wasser zeigte zwar einen hohen Grad der Verunreinigung, allein Typhusbacillen waren darin nicht enthalten. Die Verunreinigung rührte davon her, dass der Rinnstein des Dorfes unmittelbar an diesem Brunnen entlang führte und kein genügender Schutz vor Verunreinigung von dieser Seite her vorhanden war. Als der Brunnen nunmehr vor Strassenverunreinigung geschützt wurde, zeigte es sich, dass das darin enthaltene Wasser, welches mit dem Grundwasser der Riesfelder in Verbindung stand, stets rein war. Nach mehreren Untersuchungen des nunmehr reinen Brunnens wurde derselbe der Bevölkerung zum Trinken überlassen, und es hatte sich kein einziger Fall von Typhus entwickelt. Es ist das einer der Fälle, die, obwohl man nicht mit absoluter Sicherheit sagen kann, dass gerade von den Strassenwässern aus die infectiösen Keime eingedrungen sind, doch mit voller Sicherheit darthun, dass *nicht die Rieselung mit ihrem Grundwasser* die Quelle derselben gewesen ist. — Die Untersuchungen, welche VIRCHOW in Verbindung mit vielen Collegen, die sich mit diesen Fragen beschäftigten, in Bezug auf die Geschichte aller dieser Fälle angestellt haben, ergaben gar nichts, was einen constanten Zusammenhang tatsächlicher Art zwischen dem Genuss des Drainwassers und dem Auf-

treten der Krankheit erwies. Die Zeit, welche angegeben wurde, wo Jemand getrunken haben sollte, und die Zeit seiner Erkrankung lagen bei den einzelnen Personen so verschieden weit auseinander — bei dem Einen acht Tage, bei dem Andern drei Wochen und noch mehr — dass dieser Umstand es als sehr zweifelhaft erscheinen lässt, ob wirklich eine directe Beziehung angenommen werden kann.

VIRCHOW schliesst seinen hochwichtigen Vortrag mit folgenden Worten :

“ Was schliesslich das Urtheil über unsere Rieselwirthschaft anbetrifft, so hoffe ich, dass meine Darstellung Ihnen ergeben haben wird, dass wir keine Veranlassung haben, zu befürchten, dass die Rieselfelder, sei es für Typhus, sei es für Cholera, irgend eine wesentlich vermehrte Gefahr mit sich bringen, als sie die Bevölkerung auch sonst zu bestehen hat; im Gegentheil, ich glaube, wir können annehmen, dass die Wirkung unserer Filtration der Abwässer dahin geht, diese Gefahren zu beseitigen. Aengstliche Gemüther, insbesondere solche Menschen, die zu träumerischen Speculationen geneigt sind, können sich ja alle möglichen Dinge auskalkuliren, in welcher Weise durch Rieselwasser Verunreinigungen der Producte des Landbaues herbeigeführt werden könnten. Es ist mir neulich erst mitgetheilt worden, dass unser Gras zu mancherlei Bedenken Veranlassung gebe, weil das Rieselwasser mit dem unteren Theile des Wiesengrases in Berührung komme und da eine Uebertragung von Keimen stattfinden könne. In der Beziehung will ich als warnendes Beispiel anführen, dass schon im Anfange unserer Wirthschaft einmal ein energischer Protest der sämmtlichen Anwohner des sog. Lülowgrabens an die Behörden ergangen ist, und zwar zunächst an den Landrath des Teltower Kreises. Die Leute behaupteten, dass durch die zeitweise Ueberschwemmung, welche unser Drainwasser auf ihren Wiesen erzeugte, ihr Gras so verdorben sei, dass Epidemien unter dem Vieh entstanden, und sie hätten sogar ein thierärztliches Gutachten beigebracht, welches das bestätigte. Wir haben dann sofort Gras von den am meisten verdächtig gehaltenen Stellen an die hiesige königliche Thierarzneischule geliefert. Ein paar Monate lang sind dort Kühe mit diesem Gras gefüttert worden; es hat sich nicht nur nichts Böses gezeigt, sondern die Thiere gediehen ganz ausgezeichnet, es wurde dem Gras das allerbeste Zeugniß ausgestellt. Später sind dieselben Leute Abnehmer des städtischen Abwassers geworden. Aehnliche Vermuthungen lassen sich ja auch in Bezug auf die Gartenproducte aufstellen. Sie werden sich erinnern, dass vor Jahren schon KARL VOGT einmal die Hypothese aufgestellt hat, dass Tänieneier mit dem Abwasser, welches die Gärtner auf ihre Beete bringen, verbreitet würden, so dass Jemand, der Salat isst, sich sofort mit Tänieneiern versehen könne. Auch in dieser Beziehung ist bei uns nichts vorgekommen, was irgendwie Verdacht erregen kann. Die Bevölkerung unserer Rieselgüter, die auch auf ihre Entozoen regelmässig geprüft wird, hat nichts dargeboten, was irgend ein grösseres Vorhandensein von Tännien und Tännienproducten in ihnen wahrscheinlich

macht. Ich möchte daher davor warnen, dass ein blosser Traum, den Jemand hat, eine blosser Combination, die er in einer vielleicht zu besonderen pathologischen Speculationen disponirenden Stunde anstellt, zur Grundlage von Beurtheilungen und Anschuldigungen gemacht wird, welche sich über die genannten Verhältnisse erstrecken."

---

## REFERATE.

---

### Innere Medicin.—Referirt von Dr. AD. ZEDERBAUM.

Ueber einen Fall von Arterienthrombose nach Influenza, nebst Bemerkungen. Von Prof. E. Leyden in Berlin. (Deutsche Med. Woch., 1892, No. 45.)

Der Fall betrifft ein 20jähriges, sonst völlig gesundes Dienstmädchen, bei welchem sich im Anschluss an eine vor sechs Wochen überstandene Influenza eine Arteriothrombosis brachialis sinistra entwickelte. Die Thrombose dehnte sich allmählich nach oben aus und war schliesslich noch 15 centimeter vom Condylus internus entfernt zu constatiren. Die betreffende Region war cyanotisch gefärbt, leicht geschwollen, jedoch nicht oedematös (keine Grube bei Druck). Die sehr intensiven Schmerzen waren an der Hand andauernd und traten dagegen am Vorderarm nur ruckweise auf. Vollständiges Fehlen des linken Radialpulses. Am Herzen normaler Befund. Temperatur der Haut im Spatium interosseum primum bei tiefem Eindrücken: linke Hand 28,5° C., rechte 34,8°. Die Behandlung bestand in warmen Bädern und warmen Einwickelungen, sowie in leichten Bewegungsübungen. Allmählich trat eine Besserung der Symptome und Ausgleich der Circulationsstörungen ein, doch blieb die Verschlussung der Art. brachialis dauernd unverändert, — ein Puls ist an der Art. radialis sinistra bei Entlassung der Patientin nicht wieder erschienen.

Spontane Arteriothrombose und Gangrän sind vorwiegend im Verlaufe der Convalescenz von Typhus beobachtet worden, aber auch solche Fälle sind Seltenheiten. Dass die erwähnte Thrombose auch nach Influenza vorkommen kann und sogar relativ oft vorkommt, ist erst in den letzten paar Jahren erkannt worden. Den ersten Fall der Art hatte L. selbst beobachtet und seiner Zeit veröffentlicht. L. ist nicht geneigt, diese nach Infectionskrankheiten und speciell nach Influenza beschriebenen Arterienthrombosen als „marantische“ anzuerkennen, schon aus dem Grunde nicht, da z. B. eine drei- bis fünftägige Influenza doch sicherlich keinen merklichen Marasmus herbeiführen kann. Er ist vielmehr der Ansicht, dass dieses Phänomen mit dem Zerfall der weissen Elemente des Blutes im Zusammenhang stehe, welche sich vom Beginn der Erkrankung bis zur Fieberkrise und noch nach derselben vermehren und dann reichliche Zerfallsprodukte liefern. Dass diese Zerfallsprodukte, die sogenannten Blutplättchen, die Gerinnung des Blutes verursachen und begünstigen, scheint nach neueren Untersuchungen kaum zweifelhaft zu sein. Stellt man sich vor, dass die Blutplättchen sich in grossen Mengen an einer Stelle der Arterienwand anheften, so könnte hier die Entwicklung der Arterienthrombose begreiflich erscheinen.

**An undescribed Variety of Hereditary Oedema.** By Prof. W. F. Milroy, in Omaha, Neb. (The N. Y. Med. Journal, November 5th, 1892.)

Verfasser hatte Gelegenheit, als Arzt einer Lebensversicherungsgesellschaft, einen 31jährigen Mann, Priester von Beruf, von blühendem Aussehen und durchaus normaler Gesundheit zu untersuchen, bei dem nur das Einzige auffiel, dass nämlich seine beiden unteren Extremitäten, bis zu den Knien hinauf, hochgradig geschwollen waren und sämtliche Symptome des Oedems darboten. Dieser Zustand soll, nach Angabe des Betreffenden, seit seiner frühesten Kindheit unverändert existirt und zu etwaigen abnormen Sensationen oder sonstigen Erscheinungen noch nie Veranlassung gegeben haben. Beim genaueren Nachforschen stellte sich heraus, dass Schwellungen derselben Art in der Familie des Priesters schon seit Generationen vielfach beobachtet wurden. Ein Mitglied derselben hatte im Jahre 1883 eine Schrift veröffentlicht, er welcher er die Geschichte der Familie für einen Zeitraum von 250 Jahren mittheilt und aus welcher zu erschliessen ist, dass die genannte Eigenthümlichkeit zum ersten Male, wie es scheint, der Familie durch eine Verhehlung im Jahre 1768 beigebracht wurde. Mit Hilfe dieser Schrift und der ergänzenden Daten, die Verfasser von den jetzt noch lebenden Repräsentanten der Familie sich verschaffen konnte, ist es ihm gelungen, festzustellen, dass in sechs Generationen, die zusammen 97 Personen darstellen, 22 unter denselben, oder 23 Prozent, die erwähnte Deformität aufzuweisen hatten. Letztere scheint mehr unter den Männern vorzuwiegen. In den späteren Generationen ist die Zahl der Fälle entsprechend fast dieselbe wie in den älteren, nur scheinen die Dimensionen des Oedems entschieden abzunehmen. Stets ist das Oedem auf die unteren Extremitäten beschränkt gewesen. Dabei sind keine Anhaltspunkte vorhanden, welche auf irgend welche constitutionelle Erkrankungen oder locale Affectionen bei den betreffenden Individuen hinweisen könnten. Prof. WELCH in Baltimore, dem Verfasser diesen Fall mittheilte, ist der Ansicht, dass es sich hier um das sogenannte „angio-neurotische Oedem“ handle. Prof. QUINCKE in Kiel, war der Erste, der den geschilderten Zustand mit diesem Namen belegt hatte. Er nimmt dabei an, dass die „Krankheit“ auf einer vasomotorischen Neurose unbekanntem Ursprungs beruhe, welche ihrerseits eine abnorme Durchlässigkeit der Blutgefäße veranlasse. Einen sehr interessanten Aufsatz über diesen Gegenstand hat Prof. OSLER im April 1888 im „American Journal of the Medical Sciences“ veröffentlicht.

**Die Choleranephritis.** Von Dr. Aufrecht in Magdeburg.—(Centralbl. f. klin. Med., 1892, No. 45).

Verf. hatte den Zustand der Nieren bei mehreren im Altstädter Krankenhaus zu Magdeburg im Stadium algidum gestorbenen Cholerakranken, sowie in einem an Uraemie in Folge von Choleranephritis lethal verlaufenen Falle studirt und zieht aus seinen Beobachtungen, mit Zugrundelegung der Befunde, folgende Schlüsse: 1) Die Choleranephritis kann in schwerster Form auftreten, ohne dass die Cholera bis zum Stadium algidum gediehen zu sein braucht; 2) Die schwersten als Ergebniss eines entzündlichen Vorganges aufzufassenden Veränderungen bestehen in den Papillen, deren Kanälchen von Cylindern vollgepfropft sein können; 3) Die Veränderungen in der Rindensubstanz lassen sich am besten aus einer Stauung des in der Rinde gebildeten Harnes, in Folge einer durch Harncylinder bedingten Verstopfung der in den Papillen liegenden abführenden Kanälchen erklären. Auch die Vergrößerung der Nieren in toto muss auf eine Erweiterung der Harnkanälchen zurückgeführt werden; 4) Die Entstehung der Cholera-



nephritis ist aus einer Eindickung des Blutes in Folge der Wasserentziehung nicht herzuleiten, obwohl dieser Zustand zumal für die Rindensubstanz nicht ganz ohne Belang sein dürfte. Wenn aber eine solche Deutung unzureichend ist, so bleibt nichts weiter übrig wie die Annahme, dass durch die Choleraerkrankung eine toxische Substanz in das Blut gelangt, welche zu einer Schädigung der epithelialen Nierenelemente besonders in den Papillen führt.

**Oesophageal Perforation from Typhoid Ulcer.** By G. R. Butler in Brooklyn, N. Y. (The Brooklyn Med. Journ., June 1892.)

Eine junge Dame, welche fünf Wochen zuvor eine normale Entbindung durchgemacht und sich darauf sehr gut erholt hatte, erkrankte plötzlich unter Erscheinungen, die sofort Verdacht auf Typhus erregten. Die Krankheit nahm ihren gewöhnlichen Verlauf. Am 18. Tage war die Temperatur zum ersten Male morgens normal. Dies wiederholte sich auch in den nächsten Tagen. Um dieselbe Zeit klagte Patientin über einen leichten Schmerz beim Schlucken, den sie dicht oberhalb der Jugulargrube und etwas links von derselben verlegte. Der Schmerz nahm mit jedem weiteren Tage zu und wurde zuletzt unerträglich. Eine genaue Untersuchung des Rachens ergab ein kleines Geschwürchen an der linken Mandel und zwei andere Geschwürchen an der hinteren Rachenwand. Vier Tage darauf bemerkte man äusserlich eine Schwellung in der Gegend der Jugulargrube und längs des inneren Randes des linken Schlüsselbeines. Die Schwellung dehnte sich immer mehr aus und bildete am siebenten Tage einen Dreieck, der sich vom linken Ohr nach dem linken Schulterblatt einerseits und der Jugulargrube andererseits hinzog. Sie war oedematös, röthlich gefärbt, teigig und sehr schmerzhaft bei jeder Bewegung des Armes. Hochgradige Dysphagie. Temperatur stieg auf 102 Grad. Ein herbeigezogener Chirurg bestätigte die Diagnose auf „Perforation des Oesophagus.“ Zwar hatte die Patientin bis dahin nur flüssige Nahrung, und jedesmal in geringen Quantitäten, bekommen, doch war immerhin anzunehmen, dass die Perforation der im Oesophagus entstandenen Typhusgeschwürchen durch das forcirte Hinunterpressen der wenn auch geringen Flüssigkeitsmengen zu Stande kam. Glücklicherweise bestand die Nahrung nur aus sterilisirter Milch, so dass wenigstens die Gefahr von Sepsis so viel wie ausgeschlossen war. Die Ernährung (Milch) erfolgte nunmehr ausschliesslich per Rectum. Patientin bekam per os blos kaltes Wasser zum Spülen des Mundes und zum Löschen des Durstgefühles. Diese Behandlung wurde consequent durchgeführt. Der Zustand besserte sich, die Schwellung bildete sich allmählich zurück. Neun Tage nach Einleitung der Rectal-Ernährung und 22 Tage nach dem Auftreten der ersten Zeichen von Dysphagie war die Temperatur wiederum normal. Patientin genas vollkommen. — Verfasser hat in der Litteratur keinen einzigen Fall, der dem seinigen ähnlich wäre, gefunden.

**Gynaekologie. Referirt von Dr. BRETTAUER.**

**Das Ichthyol in der Frauenheilkunde.** Von Dr. Otto von Herff. (Münch. med. Wochschr., 1892, No. 52.)

In Kürze, aber dafür um so entschiedener, theilt Verf. in dieser Arbeit das Gesammtergebniss seiner Erfahrung in der Anwendung des Ichthyols mit. Die schmerzlindernde Eigenschaft des Mittels hat sich voll bewährt, dagegen konnte H. sich von der resorbirenden Kraft, die von einzelnen Autoren gerühmt wird, und die stärker sein solle als die

des Jodes, durchaus nicht überzeugen, weshalb er auch von der ausschliesslichen und alleinigen Anwendung des Ichth. schon seit längerer Zeit absteht und die verschiedensten Combinationen in der Behandlungsweise vorzieht.

Ichthyol innerlich in Pillenform gegeben hält Verf. für vollständig irrelevant, in Bezug auf eine locale Wirkung im weiblichen Sexualapparate; der äusserlichen Anwendung des Ichth. in Salbenform spricht H. den Vorzug vor andern, weniger widerlich riechenden Mitteln ab.

Bei chronischer Parametritis, Pelveoperitonitis, Parametritis atrophicans und Perimetritis gonorrh. war die Anwendung des Ichthyols vom besten Erfolge begleitet, wie auch bei leichteren Formen des Fissura ani. Weniger erfreulich war die Wirkung bei Pruritus vulvae, ohne locale oder allgemeine Ursache.

Zum Schlusse wird die Anwendung des Ichthyols bei Schrunden der Brustwarzen wegen seines für den Säugling abschreckenden Geruches entschieden abgerathen.

**On the Necessity of Amputation of the Cervix Uteri in a Certain Class of Cases of Laceration** By J. W. Hyde, M. D. (Brooklyn Med. Journ., 1893, No. 2.)

Verfasser bemüht sich, die Nothwendigkeit der völligen Abtragung des Cervix Uteri bei gewissen Fällen von Laceration klarzulegen, ohne dabei die EMMET'sche Operation in ihrem Rechte verkürzen zu wollen.

Zu dieser Classe rechnet H. die veralteten, von tiefgreifender Veränderung der Gewebe begleiteten Risse, bei denen mittelst einfacher Anfrischung und Naht nicht das ganze Narbengewebe entfernt werden kann, kurz, Fälle, die mit bedeutender Hypertrophie und Ectropion verbunden sind. Da die Berechtigung der Indikationsstellung heute wohl von keiner Seite mehr angezweifelt wird, erscheint es dem Ref. viel wichtiger, dass Verfasser sein Hauptgewicht auf die Abtragung mit der galvano-kaustischen Schlinge legt, die in seiner Erfahrung grosse Vorzüge vor der Operation mittelst Messer oder Scheere hat. Zum Beweise dafür giebt er die Krankengeschichten von fünf Fällen, bei denen der grosse subinvolvirte Uterus bald nach der Operation zur normalen Grösse zurückgekehrt und die verschiedenen Reflexsymptome verschwunden waren. Den Erfolg schreibt Verfasser nicht so sehr der Abtragung der hypertrophirten Cervix als vielmehr der Wirkung des elektrischen Stromes auf Drüsen und Gewebe zu.

**Ueber eine neue Methode der Totalexstirpation des Uterus.** Von Dr. Karl Aug. Herzfeld. (Centralbl. f. Synacc., 1893, No. 2.)

Die Methode, die von H. ausführlich beschrieben wird, besteht kurz aus folgendem: In linker Seitenbrustlage Hautschnitt von der Spina post. inf. ossis ilei in schwach nach links gekrümmtem Bogen längs der crista sacralis media bis circa 1 Centimeter von der Analöffnung. Auslösung und Entfernung des Steissbeines, Resection des untersten ungefähr 1 Centimeter breiten Antheiles des Kreuzbeines, Spaltung der Fascia praevertebralis und Blosslegung des rechten Randes des Mastdarms, wobei die ganze Breite des Rectums links ausser dem Bereiche der Wunde zu liegen kommt. Darin und in der Beschränkung der Knochenresection sieht H. den wesentlichen Unterschied von der bisher geübten sakralen Methode, die von Hochenegg, der an der linken Mastdarmseite eingeht, angerathen wurde.

Das hintere Scheidengewölbe wird nun durch den Finger eines Assistenten markirt, und gerade hier mit Leichtigkeit der Douglas'sche

Raum eröffnet, der Schnitt nach rechts verlängert, der Uterus umgestülpt, so dass er mit seiner Vorderfläche nach oben frei vor die Wunde zu liegen kommt. Nach Abbindung der beiderseitigen Ligamente, Eröffnung der vordern Peritonealtasche und Ablösung der Blase werden die beiden Peritonealränder so vernäht, dass die Ligaturstümpfe nach aussen zu liegen kommen. „Dadurch ist das Peritonealcavum vollständig abgeschlossen, ehe die eigentliche Carcinomoperation begonnen und ehe die Scheide die Cervical- oder Uterushöhle eröffnet.“ Es ist dadurch eine Infection mittelst Krebsmassen oder Genitalsecretes ausgeschlossen.

Es ist nun leicht den Uterus mit beliebig viel von der Vagina zu entfernen, die letztere zu vernähen, die ganze Höhle zu tamponieren und durch tiefe Nähte möglichst zu verkleinern. Verf. gibt die ausführlichen Krankengeschichten von drei günstig verlaufenen Fällen mit, die er an der Klinik von Prof. SCHAUTA operirte.

Bezüglich der Stellung, die die sacrale Methode gegenüber der vaginalen und abdominalen einnehmen solle, glaubt H., dass in einer Reihe von Fällen seine Operation die einzig indicirte ist. Dahin rechnet er Fälle von Corpuscarcinom mit bedeutender Vergrösserung des Organes, ausgebreitete Mitbetheiligung der Scheide, Fixation des Uterus durch para- oder perimetritische Adhaesionen.

---

#### Kinderheilkunde. Referirt von Dr. SARA WELT.

**Die chemischen Unterschiede zwischen Kuh- und Frauenmilch und die Mittel zu ihrer Ausgleichung. Von Prof. F. Soxhlet. (Münchener Med. Wochenschrift, No. 4, 1893.)**

S. weist daraufhin, dass die bisherigen Angaben über das verschiedene Verhalten des Kuhmilch- und Frauenmilchcaseins bei der Gerinnung bedeutungslos sind, da sie sich auf Versuche mit Salzsäure oder Pepsinsalzsäure stützen, während es jetzt festgestellt ist, dass für den Säugling die Gerinnung durch Labferment allein in Betracht kommt. Die Gerinnungsunterschiede allein bieten keinen genügenden Grund für die Annahme einer chemischen Verschiedenheit beider Caseinarten und hängt die grobflockige Fällung des Kuhmilchcaseins von der stärkern Concentration des Caseins, dem höhern Gehalte an löslichen Kalksalzen und der grössern Acidität der Kuhmilch ab. Wird Kuhmilch mit Wasser verdünnt und neutralisirt, so gerinnt sie fast wie Frauenmilch. Zusätze von schleimigen Abkochungen wirken bei der Gerinnung der Milch im Säuglingsmagen nicht anders als Wasser; ihr Nährwerth ist ein sehr geringer.

Von grösster Bedeutung für die Ernährung des Säuglings ist es aber, den absoluten Gehalt der Kuhmilch an Nährstoffen, sowie das Verhältniss der einzelnen Nährstoffe zu einander, dem der Frauenmilch möglichst gleich zu machen. Bekanntlich enthält Kuhmilch mehr Eiweiss (1.26 Procent), weniger Fett (0.09 Procent) und weniger Milchzucker (1.33 Procent). S. räth nun die Kuhmilch mit ein halb Theil 6 Procent Milchzuckerlösung zu verdünnen, und enthält dieses Gemisch ebensoviel Eiweiss und Milchzucker, aber nur 1.32 Procent weniger Fett als Frauenmilch. Da aber das Fett der Nahrung eiweissersparend im Körper wirkt und diese Function auch vom Milchzucker übernommen werden kann, und da nach den Untersuchungen von RUBNER 293 Theile Milchzucker 100 Theile Fett isogen sind, so schlägt er vor, die fehlenden 1.32 Procent Fett durch 3,19 Procent Milchzucker zu ersetzen. Die Frage, ob der Milchzucker auch durch

andere Stoffe ersetzt werden kann, erledigt er dahin, dass schon die Nachahmung der Natur auf den Milchzucker als das zweckmässigste Ergänzungsmittel hindeutet. Ausserdem bestehen wichtige chemische und physiologische Unterschiede zwischen Milchzucker und den in Frage kommenden Substituten, welche eine Uersetzbareit des Milchzuckers bedingen.

Von denselben Ansichten ausgehend, haben HEUBNER und HOFFMANN eine Mischung empfohlen, welche aus einem Theil Kuhmilch und einem Theil einer im Liter 69 gr. enthaltenden Milchzuckerlösung besteht; abweichend von der Methode der zahlreichen mit dem Lebensalter wechselnden Verdünnungen, empfehlen sie die genannte Mischung für 1—9-monatliche Kinder; vom neunten Monate ab, für sehr kräftige Kinder Vollmilch, für sehr schwache aber, ein Gemisch von einem Theil Milch und zwei Theilen einer im Liter 45 G. enthaltenden Milchzuckerlösung.

**Gastric Ulcer in a Child Two and a Half Years Old.** By Jam. F. E. Colgan. (Med. News, 1892, Vol. LXI.)

Einscheinbar vollkommen gesundes, wohlgenährtes Kind erkrankte plötzlich unter hohem Fieber, 106 Grad F., und Krämpfen. Keine Schmerzen und kein Erbrechen. Die Krämpfe wurden leicht controllirt und das Bewusstsein begann sich wieder einzustellen, als eine neue Convulsion auftrat, welche den Exitus herbeiführte. Die Dauer der Krankheit betrug weniger als 12 Stunden. Bei der Autopsie zeigte der Magen die Zeichen des chronischen Catarrhs, und wurde in der Nähe der Cardia an der hintern Wand ein perforirendes Ulcus gefunden.

Die Convulsionen und der Tod wurden wohl durch die sich an das perforirende Ulcus anschliessende Peritonitis bedingt.

**Ueber einen Fall von Hemihypertrophia Dextra.** Von Dr. C. B. Tildens jun. (Münc. Med. Wochenschr., Jan. 1893.)

Während in den meisten Fällen eine stärkere einseitige Entwicklung einzelner Theile oder einer ganzen Körperhälfte durch eine entsprechende Atrophie der anderen Seite bedingt ist, handelt es sich in diesem Falle um ein zehnjähriges kräftiges Mädchen mit echter Dextrohemihypertrophie. Der grösste Umfang des Oberarmes und Oberschenkels übertrifft den der linken Seite um  $4\frac{1}{2}$  Centimeter; die rechte untere Extremität ist 4 Centimeter länger als die linke, und hinkt die Patientin in Folge davon; auch rechte Rumpf- und Kopfhälfte sind bedeutend stärker entwickelt. Die Haut des ganzen Körpers zeigte eine deutliche Marmorirung und wurden die zahlreichen blaurothen Flecke bei kaltem Wetter besonders dunkel. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln war auf beiden Seiten gleich und normal, und auch für die Reflexe konnte kein Unterschied gefunden werden; doch war das Kind im Stande, mit dem rechten Arm und Bein mehr Kraft auszuüben.

Ueber die Aetiologie dieser Fälle ist nichts Sicheres bekannt.

**Ueber die Ernährung des Säuglings mit Kuhmilch.** Von Dr. F. Krueger. (St. Petersb. Med. Wochenschrift Nr. 50 1892.)

Gestützt auf die Ergebnisse der Untersuchungen von ESCHERICH, dass selbst unverdünnte Kuhmilch vom Säugling ganz vorzüglich ausgenutzt wird und darauf, dass die Kuhmilch bei der Verdünnung von 1:1 hinsichtlich ihres hauptsächlichsten Bestandtheiles, des Caseins, der Muttermilch am nächsten steht, befürwortet K. die Verwendung eines zu gleichen Theilen aus Milch und Wasser bestehenden

Nahrungsgemisches für den Säugling; das Deficit an Zucker muss jedoch ersetzt werden. Die Concentration der Milch steigert er von Monat zu Monat, und zwar gibt er im ersten Monat vom Tage der Geburt an Milch und Wasser zu gleichen Theilen, im III. 6:3 in der ersten Hälfte des VI. Monat 8:1 und von da ab Vollmilch. Die Quantität der Einzelmahlzeit steigt von 90 Cbcm. im ersten Monat zu 135 im III. und werden 6—7 Mahlzeiten in 24 Stunden verabreicht. Andere Milchgemische, wie Milch und Salep- oder Haferschleim hält er wegen ihrer Abweichung von der Zusammensetzung der natürlichen Nahrung des Säuglings für irrationell.

Neun von ihm beobachtete Kinder gediehen bei dieser Ernährungsweise ausgezeichnet und wurden keines schweren Verdauungsstörungen bei ihnen beobachtet.

**Sur une Stomatite diphtheroïde à Staphylocoques, affections pseudo-membraneuses des Muqueuses.** Dr. Sevestre et Gaston. (Gazette Med. de Paris, Juill. 1891.)

Die Erkrankung findet sich bei heruntergekommenen und schlecht-genährten Kindern, vorzüglich nach Masern, Keuchhusten oder Störungen des Darmkanales; häufig findet man bei den Kranken gleichzeitig Impetigo. Die Affection äussert sich in weisslichen, diphtheroiden, an die Mucosa adhaerenten Placques, welche sich von ihrer Unterlage nicht abtrennen lassen, ohne zu zerreißen. Die Placques werden meist an der Innenfläche der Lippen, mit Vorzug der Unterlippe, zu beiden Seiten der Medianlinie gefunden; an der innern Wangenfläche, am Gaumen und uvula; seltener an der Zunge, wo sie an den Rändern nahe der Spitze sitzen, niemals aber an den Mandeln oder dem Pharynx. Die Mucosa ist in der Umgebung der Placques geröthet und blutet leicht; die Lymphdrüsen sind nur wenig geschwollen; kein foetor ex ore und wird dabei der Staphylococcus aureus immer gefunden.

**Aetherisation beim Croup.** Von Dr. Fr. Betz. (Wien. med. Pr. 1891, No. 21.)

Es handelt sich um ein 13 Monate altes Kind, bei welchem wegen bedrohlicher Erscheinungen die Tracheotomie ausgeführt werden sollte.

In der Absicht, eine locale Anaesthesia im Kehlkopfe zu erzeugen, aber auch um eine allgemeine Narcose herbeizuführen, und die krampfhaften Muskelcontractionen des Zwerchfelles und der Intercostalmuskeln zu mässigen und dadurch eine leichtere Respiration herzustellen, verordnete Verf.: Rp. Aether. sulf. 3, Aeth. acet. 1, Menthol 0.1, jede Viertelstunde 3 Tropfen auf ein Sacktuch zu giessen und vor den Mund zu halten. Nach 2 Stunden hatte die Stenose etwas abgenommen und das Kind war ruhiger; es wurden nun in der gleichen Weise 3—4 Tropfen jede halbe Stunde verabreicht, und nahm nach weiteren 6 Stunden die Stenose noch mehr ab; nach 24 Stunden war jede Gefahr vorüber.

Verf. lässt es dahingestellt sein, ob die Aetherisation ein Mittel zur Loslösung von Membranen ist; glaubt aber, dass sie auch bei nachgewesenem membranösen Croup—wenn eine Tracheotomie oder Intubation nicht durchführbar ist—als palliatives und symptomatisches Mittel zu versuchen ist.

**Zur Behandlung der Diphtherie.** Von Dr. Herm. Gros. (Münch. Med. Wochenschr., April 1890.)

Je nach dem Alter des diphtheriekranken Kindes, lässt G. von einer 0.1—0.3proc. Thymollösung, der ein beliebiger Syrup oder auch Cognac beigesetzt ist, alle 4—10 Minuten, entsprechend der Schwere des

Falles, 10—12 Tropfen einnehmen. Bei gleichzeitiger Rachendiphtherie wird eine 0.3proc. Lösung stündlich in die Nase geträufelt. Vom Magen wird das Mittel gut vertragen, und ist es bei selbst wochenlang fortgesetztem Gebrauch unschädlich. Auch trat nach der Anwendung des Thymols sehr rasch ein Temperaturabfall ein und wurde die Anwendung antipyretischer Mittel überflüssig.

Verfasser hat während einer Diphtherie-Epidemie bei 280 Fällen diese Behandlung durchgeführt und will davon eine ausserordentlich günstige Wirkung gesehen haben.

### Augenheilkunde.—Referirt Von Dr. A. SCHAPRINGER.

#### 1. Ueber prälacrymale Oelcysten. Von Emil Bock in Laibach. (Allg. Wiener Mediz. Zeitung, 1892.—Sep.-Abdruck.)

Als „prälacrymale Oelcysten“ sind von ALBERT und VEENEUIL congenitale, den Dermoidcysten analoge Bildungen beschrieben worden, welche vor dem Thränensacke unter der Haut sitzen und mit öligem Inhalt gefüllt sind. Von dieser seltenen Geschwulstform hat Verf. vier Fälle beobachtet, welche mitgetheilt werden. Im ersten Falle, welcher auch bildlich vorgeführt wird, war die Geschwulstbildung beiderseitig, im zweiten und dritten Falle sah man sie blos auf der rechten und im vierten nur auf der linken Seite. Zweimal waren es Personen männlichen und zweimal solche weiblichen Geschlechts. Es werden ferner die analogen Beobachtungen von ALBERT, VERNEUIL und CIRINCIONE recapitulirt. In Rücksicht auf die Mittheilung PERRIN's, welcher ähnliche Bildungen gesehen hat, welche aber nicht angeboren gewesen sein sollen, weist Verf. mit Recht darauf hin, dass angeborene Geschwülste im Anfange oft so klein sind, dass sie übersehen werden können. Die Differentialdiagnose zwischen prälacrymaler Oelcyste einerseits und Mucocoele sacci lacrymalis und Meningocoele andererseits wird ausführlich besprochen. In einem der vier Fälle von B. bestand neben der prälacrymalen Oelcyste auch Blennorrhoea sacci lacrymalis. Was die Therapie betrifft, thut man wohl immer am besten, zur Exstirpation des ganzen Balges zu schreiten. Die totale Entfernung des Sackes wird gelegentlich wegen Verwachsungen mit dem Periost Schwierigkeiten unterliegen. Entleerung des Inhaltes mit darauffolgender Einspritzung von Jodlösung hat bisweilen Erfolg. Einfache Punction der Cyste ist erfolglos, weil sich die Blase sehr bald wieder füllt.

#### 2. An Operation for the Radical Cure of Stricture of the Lachrymal Duct, with Description of a Stricturotome. By C. H. Thomas in Philadelphia. (Ophthalmic Review, Vol. XI.—Reprint.)

Verf. hat das STILLING'sche Stricturmesser zweckmässig modificirt. In dem neuen Instrument ist der Stiel nicht gerade, wie im STILLING'schen, sondern gebogen, aus nicht gehärtetem Stahl, die stumpfe Spitze ähnlich dem olivenförmigen Ende der Harnröhrencatheter, und die Schneide dort am breitesten, wo sie in die stumpfe Spitze ausläuft und sich gegen den Stiel hin verjüngt. Verf. hat mit diesem Instrument bei Thränenanalstricturen nur gute Resultate erzielt und zieht deshalb diese Behandlungsart der langwierigen und doch nie zum Ziele führenden graduellen Dilatation mittelst Sonden bei weitem vor.

**3. On Synergetic Ocular Movements. By O. Bull in Christiania.**  
(Arch. of Ophthalmol., Vol. XXI., No. 3.)

Die Ansicht MAUTHNER's, welcher dieser Autor seiner Zeit in seinen „Vorträgen“ Ausdruck gab, dass weder die durch Thierversuche, noch die durch klinische und pathologisch-anatomische Beobachtung gewonnenen Resultate die Diagnose corticaler Augenmuskellähmungen zulassen, hält Verfasser mit Recht für antiquirt. Er theilt fünf Fälle von conjugirter Lähmung dieser Muskeln mit und weist theoretisch nach, dass solche Lähmungen, wenn nicht corticaler, jedenfalls transnuclearer Natur sein müssen. Es werden u. A. auch die neuesten experimentellen Untersuchungen von MOTT und SCHAEFER über die durch Reizung bestimmter Stellen des Affengehirns auszulösenden associirten Augenbewegungen erwähnt.

**4. Another Case of Synchronous Movements of the Upper Lid and Lower Jaw. By O. Bull in Christiania.**

Verfasser theilt ein neues Beispiel dieses räthselhaften Zustandes mit. (Vgl. die vom Ref. in dieser Monatsschrift, Januarheft 1892, veröffentlichten zwei Fälle.) Es handelte sich, wie gewöhnlich, um eine angeborene Anomalie. Patient ist ein 16jähriger Knabe mit Ptosis des linken oberen Lides. Oeffnet er den Mund, oder beugt er den Kopf bei geschlossenem Munde nach hinten über, so geht das gelähmte Lid jedesmal in die Höhe. Mit der von GOWERS herrührenden, von allen übrigen Beobachtern angenommenen Erklärung dieser Anomalie, wonach die den Musculus levator palpebrae superioris innervirenden Nervenfasern ausnahmsweise aus dem Kern des Trigemini oder der Facialis ihren Ursprung nehmen sollen, ist Verfasser nicht einverstanden.

**5. Some Notes on the Corneal Astigmatism in 200 Eyes Measured with the Ophthalmometer of Javal, in Comparison with the Total Subjective Astigmatism after Complete Mydriasis. By G. E. De Schweinitz in Philadelphia. (The American Lancet, December 1892.)**

Die Resultate der vergleichenden Studien des Verfassers stimmen im Allgemeinen mit denen früherer Beobachter gut überein. Er schliesst sich insbesondere BURNETT an, der die praktische Regel aufstellt, dass man bei typischem Astigmatismus der mit dem Ophthalmometer gefundenen Grösse 0.5 D abzuziehen, bei perversem Astigmatismus dagegen dieselbe Quantität zu addiren habe.

**6. A Case of Bilateral Recurrent Inflammation of Tenon's Capsule in Connection with Profound Mercurial Poisoning. By Charles Kipp in Newark, N. J. (American Ophthalmol. Society Transactions, 1892. Reprint.)**

Ein mit der Herstellung electrischer Glühlampen, bei welcher bekanntlich eine Quecksilberluftpumpe in Anwendung gezogen wird, beschäftigter Arbeiter, zeigt Symptome von Mercurialvergiftung, wie Stomatitis und Tremor. Einige Tage nach einer geringfügigen oberflächlichen Verletzung der Hornhaut, welche anstandslos geheilt ist, zeigt er die foudroyanten Symptome einer acuten Orbitalphlegmone oder Tenonitis, zunächst der rechten Seite: starke Schwellung der Lider und der Bindehaut ohne auffällige Vermehrung des Secretes der letztern, Protrusion und behinderte Beweglichkeit des Augapfels. Keine Veränderungen im Augenhintergrunde, Cornea und Iris bleiben

normal. Während die Symptome auf dem rechten Auge zurückgehen, entsteht am zehnten Krankheitstage ein ähnlicher Zustand auf der linken Seite, wo er übrigens auch in Heilung ausgeht. Es folgen mehrfache Recidive, bis Patient seine Beschäftigung bei der Quecksilberluftpumpe aufgibt. Verfasser schreibt diese recidivirende Entzündung in der Orbitalhöhle der chronischen Quecksilbervergiftung zu, obwohl er einen ähnlichen Fall in der betreffenden Litteratur nicht hat auffinden können. [Vielleicht waren in dem, durch die Wirkung des Quecksilbers in krankhaften Zustand gerathenen Zahnfächer des Oberkiefers die Eingangspforten einer Infection der Gefässbahnen der Orbitalhöhlen gelegen. — Ref.]

## Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

Sitzung vom 7 November 1892.

17 W. 43. St

Präsident: C. HEITZMANN.

Demonstration von pathologischen Präparaten

Dr. F. Foerster demonstirt: 1. ein **Fibromyom des Ligamentum latum**, 2. eine **Parovarielle Dermoidcyste**.

Bis vor wenigen Jahren war die Aetologie der Geschwülste des breiten Ligaments eine offene Frage. Theils wurde deren Vorkommen direct bezweifelt, theils bestritten, Andere negirten deren autochtonen Character, indem sie behaupteten, dass Geschwülste in den breiten Ligamenten wohl gelegentlich beobachtet wurden, jedoch immer als vom Uterus oder den Ovarien ausgehend anzusehen seien. Letztere Ansicht fand die meiste Vertretung, trotzdem es allbekannt war, von HENLE des besondern besprochen, dass im Ligamentum latum eine sich fächerartig ausdehnende Muskellage sich vorfindet und ausserdem durch das ROSENMÜLLER'sche Organ und die MÜLLER'schen Gänge weitere günstige Bedingungen zur Entwicklung dermoider Geschwülste geschaffen sind. Die Veröffentlichung zweier besonders eclatanter Fälle, der eine aus der BILLROTH'schen der andere aus der BREISKY'schen Klinik lenkte die allgemeine Aufmerksamkeit auf diese Geschwülste. SÄNGER stellte in einer eingehenden Arbeit die bis zu der Zeit beschriebenen Fälle zusammen und veröffentlichte einige selbst beobachtete. Es ist denn auch seinen Bemühungen gelungen für die kleine aber recht interessante Gruppe die Autonomie zu sichern, welche kaum heutigen Tages von irgend einer Seite bezweifelt werden kann.

Das erste Präparat ist ein Fibromyom des Ligamentum latum. Dasselbe ist von Handtellergrösse, knollig, äusserst hart, an manchen Stellen mit Kalkablagerungen bedeckt. Es fand seine Entwicklung zwischen den Platten des breiten Ligaments, zeigte keine Zusammengehörigkeit mit dem betr. Ovarium, auch kann man nicht annehmen, dass es ursprünglich mit dem ziemlich entfernt liegenden Uterus verbunden war. Der Uterus selbst, ein kleines, fast infantiles Organ, war durch die Geschwulst nach rechts verdrängt. Beide Ovarien lagen tief im Becken und waren durch Hämatome bedeutend vergrössert. Das linke Ovarium, von der Grösse eines kleinen Apfels, enthielt ein Hämatom, welches auf die geringste Berührung barst, ausserdem zeigte dasselbe ein Corpus luteum spurium von einer Entwicklung, wie wir solche in Fällen von chronischer Oöphoritis anzufinden pflegen.



Die Krankengeschichte ist kurz folgende: Patientin 24 Jahre alt, virgo intacta, Näherin, menstruiert seit dem 14. Jahre regelmässig, doch profus. Seit vier Jahren klagt sie über unbestimmte Schmerzen im Unterleib und zeitweilig über Plasenbeschwerden. Während des letzten Jahres vermehren sich die Schmerzen besonders zur Zeit der Menstruation, auch treten Stuhlverhaltungen auf. Der allgemeine Gesundheitszustand leidet der Art, dass sie gezwungen ist, ihre Arbeit einzustellen und Hülfe zu suchen. Die Untersuchung war eine schwierige wegen Enge der Theile und grosser Empfindsamkeit. In Narcose fühlte ich den Uterus, nach rechts durch eine von ihm unabhängige Geschwulst verdrängt, im Douglas eine weiche Masse, den vergrösserten Ovarien entsprechend. Die Diagnose war unbestimmt, doch glaubte ich, dass es sich um ein Dermoid des einen Ovariums handle.

Das zweite Präparat ist eine parovarielle Dermoidcyste. In den Handbüchern finden wir kaum eine Erwähnung derartiger Geschwülste. Pozzi sagt, dass von glaubwürdiger Seite einige Dermoidcysten vom Parovarium ausgehend beschrieben worden seien.

Die Geschwulst ist von der Grösse einer Billiardkugel, hat eine dicke Wandung und ist mit einer sebumartigen Masse gefüllt, sie enthält weder Haare noch Knochen. Zur Zeit der Untersuchung fand ich einen beweglichen prall gespannten Tumor direct vor dem Uterus liegend, die Sonde erst gab mir Aufschluss, dass derselbe nicht innerhalb der Blase sich befand. Da die anfangs mässigen Blasenbeschwerden immer schlimmer wurden, entschloss ich mich die Geschwulst zu entfernen. Bei der Operation fand ich beide Ovarien gesund, im linken Ligament die kugelige Masse, welche sich nach Spaltung der Peritonealblätter auch ohne weitere Schwierigkeiten ausschälen liess.

Dr. W. Freudenthal demonstrirt in der Abwesenheit von Dr. C. Beck, auf dessen Veranlassung, 1. nach ihm modificierte **Kramer'sche Schienen**; 2. eine von Beck construierte **Arterienklemme**.

Ich hatte im vorigen Jahre Gelegenheit, Ihnen die **Kramer'schen Schienen** ihrer Leichtigkeit und Adaptionsfähigkeit wegen zu empfehlen. Dieselben sind bei stark entwickelten Gliedmassen wie Ober- und Unterschenkel, Schulter und Oberarm, überhaupt bei Erwachsenen unübertrefflich; bei Kindern aber, oder wo es sich um eine ganz strikte Anlegung, wie an der Hand beispielsweise handelt, erschien uns der Grad der Flexibilität ungenügend.

Desshalb habe ich bei meinem jüngsten Aufenthalt in Deutschland dieselben dahin modificirt, dass ich die dicken Längsbalken um mehr als die Hälfte ihres Durchmessers reducirte. Dieselben sind dadurch nicht bloss noch leichter, sondern auch viel flexibler geworden, so dass die Adaptionsfähigkeit eine ganz bedeutende ist.

Auch kann man diese dünnen Balken viel leichter mit der Scheere durchschneiden.

Ich lege Ihnen hier eine von mir construierte **Arterienklemme** zur Begutachtung vor. Die Idee derselben ist dem Bedürfniss entsprungen, eine Klemme zu besitzen, welche nicht bloss schnelle Unterbindung ohne Assistenz ermöglicht, sondern auch zugleich Gefässe und Gewebe schont.

Sie werden, wie dies die mitgebrachten Kataloge illustrieren, an fast allen gebräuchlichen Unterbindungsinstrumenten dieselbe Tendenz angedeutet finden; *in praxi* jedoch bleibt dieses Desiderat sehr häufig unerfüllt.

Sie werden Alle schon erfahren haben, dass nicht bloss bei den dünnen **Péan'schen Zangen**, oder den bekannten gebräuchlichen Schiebern, sondern auch bei den kolbenähnlichen Klemmen, (welche der oben aus-

gesprochenen Idee am nächsten kommen) der Faden öfter anhält und erst durch Nachschieben mit dem Finger über den Hügel gleitet.

Speziell in der Tiefe und beim Fassen von Massenligaturen habe ich mich mit den genannten Instrumenten, viel, manchmal bei einer Ligatur viele Minuten lang plagen müssen.

Die mit scharfen Haken versehenen Instrumente, speziell BERGMANN'S gewähren zwar den Vortheil leichten Erfassens, haben aber den Nachtheil, dass sie die Gewebe zerreißen.

An meinem Instrument habe ich die Bügel ähnlich wie BERGMANN'S, nur noch mit steilerem Abfall construirt, wodurch ein sofortiges Uebergleiten der Ligatur gesichert wird und ferner habe ich die Enden so arrangiert, dass an der Spitze der einen Branche eine kleine Convexität angebracht ist, welche in die Concavität der anderen passt. Diese besondere Anordnung der Enden ermöglicht Unterbindung, ohne dass an dem Gefäss oder dem Gewebe gezogen zu werden braucht. Ferner ist ein Assistent zum Helfen desselben überflüssig und dann hat man auch nicht nöthig, mit dem Finger nachzustreichen, um mit Gewalt schliesslich die Ligatur über die Enden gleiten zu lassen.

Ausser dieser Ihnen vorliegenden Form habe ich das Instrument auch als Schieber verfertigen lassen.

Die Scheerenform ziehe ich übrigens desshalb vor, weil im Fall der Noth dieselbe wegen ihrer starken Enden auch als Nadelhalter benutzt werden kann.

Für die vorzügliche Ausführung meiner Idee bin ich Herrn Instrumentenmacher Dröll in Heidelberg zu Dank verpflichtet.

#### Discussion.

L. Weber meint, dass die Idee zwar gut ist, aber er bezweifelt, ob die Klemme gut hergestellt ist, da die Zähne nicht vollständig schliessen.

Foerster erwidert, dass dies absichtlich so gemacht ist, um eine zu starke Quetschung zu vermeiden.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Dr. L. Weber bemerkt zu seinem Vortrage über Cholera, wo er bei deren Behandlung im Anfang Calomel empfahl, dass KAST in seiner soeben veröffentlichten Arbeit gleichfalls Calomel empfiehlt, und dass er den HAYEM'schen intravenösen Injectionen den Vorzug vor den hypodermischen Einspritzungen giebt.

Dr. W. Freudenthal stellt einen Patienten mit aussergewöhnlich langer **Uvula** vor.

Die Abstimmung über die Kandidaten: KILIANI, STIEFEL, ROBINSON, WOHLFARTH, KOCH und LANG ergibt deren Aufnahme als Mitglieder.

C. Heitzmann berichtet sodann, dass fünf Bände enthaltend die Verhandlungen des letzten internationalen medicinischen Congresses eingelaufen sind, und macht den Vorschlag, diese Bände der Academy of Medicine zu schenken.

Dr. Tyndale stellt einen dahingehenden Antrag, der von der Versammlung angenommen wird.

Dr. W. Vulpius hält sodann den angekündigten Vortrag: **Entwicklung und Stellung der Ohrenheilkunde als Specialfach.**

(Abgedruckt in der MEDICINISCHEN MONATSSCHRIFT.)

#### Discussion.

Dr. Tyndale fragt, ob das Allgemeinbefinden des Kranken beim Behandeln der Ohren in Deutschland in Betracht gezogen wird.

Dr. Vulpius bemerkt, dass SCHWARZE, bei dem er vornehmlich gearbeitet hat, stets auf das Allgemeinbefinden des Patienten Rücksicht nimmt.

(Fortsetzung folgt.)

## Elfter Internationaler Medicinischer Congress.

Der Vorstand des XI. Internationalen Medicinischen Congresses macht bekannt, dass der Congress im Beisein Sr. Maj. des Königs von Italien am 24. September 1893 in Rom feierlich eröffnet werden wird. Am 25. September werden die Arbeiten sowohl in den allgemeinen Sitzungen als in denen der Sectionen beginnen. Gleichzeitig mit dem Congress wird in Rom eine internationale medicinische und hygienische Ausstellung stattfinden.

In Folge vom Centralkomitée eingeleiteter Verhandlungen mit den europäischen Eisenbahnen und den Schiffahrtsgesellschaften sind den Congressbesuchern bereits eine Anzahl von Begünstigungen gesichert, in Italien speciell werden die Congressbesucher auf Eisenbahnen und Dampfschiffen besondere Begünstigungen geniessen und werden für sie specielle Rundreisen combinirt, die sie zum Besuche der wissenschaftlichen Centren und der bedeutenderen Städte des Reiches benützen können.

Den Damen der Congressmitglieder werden Legitimationskarten zur Verfügung gestellt werden, wodurch sie zum Genusse der den Letzteren eingeräumten Begünstigungen und zur Theilnahme an den in Rom zu veranstaltenden Festlichkeiten berechtigt sein werden.

Der Mitgliedsbeitrag ist auf 25 Lire (20 Mark) festgesetzt und berechtigt zum kostenfreien Bezuge eines Exemplares der Congress-Verhandlungen. Am Congress zu haltende Vorträge müssen dem Generalsecretariat des XI. Internationalen Congresses — GENUA, bis spätestens 30. Juni 1893 angemeldet werden. Bis spätestens 31. Juli 1893 muss von jedem angemeldeten Vortrage ein kurzgefasster Auszug mit den Schlussfolgerungen eingesendet werden, deren Druck und Vertheilung unter die Congressisten durch das Secretariat besorgt wird. Nach dem 30. Juni 1893 angemeldete Vorträge können nur dann auf die Tagesordnung gesetzt werden, wenn die rechtzeitig angemeldeten die hierzu nöthige Zeit frei lassen.

Der Text jedes Vortrages muss den Secretären vor Schluss der bezüglichen Sitzung übergeben werden. Ein besonderes Redactions-Comité hat zu bestimmen, ob und in welchem Umfange die Vorträge in die Congressacten aufzunehmen seien. Die officiellen Sprachen für alle Sitzungen sind: Italienisch, Französisch, Deutsch und Englisch.

Ein specielles Comité wurde in Rom aus einflussreichen Persönlichkeiten gebildet, um im Einvernehmen mit der Regierung und der römischen Stadtvertretung eine Reihe passender Festlichkeiten zu veranstalten.

Das amerikanische National-Comité des Congresses besteht aus :

W. T. BRIGGS, Nashville, Tenn.,	WM. OSLER, Baltimore, Md.,
H. P. BOWDITCH, Boston, Mass.,	WM. PEPPER, Philadelphia, Pa.,
S. C. BUSEY, Washington, D. C.,	F. PEYRE PORCHER, Charleston, S. C.
C. CUSHING, San Francisco, Cal.,	CHARLES A. L. REED, Cincinnati, O.,
N. S. DAVIS, Chicago, Ill.	D. B. ST. JOHN ROOSA, New York,
NORMAN W. KINGSLEY, D. D. C.,	ALEX. J. C. SKENE, Brooklyn, N. Y.,
	New York, JAMES STEWART, Montreal, Canada.

A. JACOBI, 110 West 34. Strasse, New York, Präsident.

Das Comité lässt die Bitte ergehen, dass Applicationen um Mitgliedschaft des Congresses (das Honorar beträgt 5 Dollars) frühzeitig gemacht werden möchten. Der Präsident, Herr Dr. A. JACOBI bietet seine Dienste denjenigen Collegen an, welche Application nebst Honorar direct an ihn schicken wollen, anstatt nach Italien.

## Allerlei.

Im Deutschen Hospital und Dispensary von New York wurden im Jahre 1892 30,118 Personen ohne irgend welche Bezahlung wie folgt behandelt: Im Hospital, 1886 Personen; im Dispensary, 28,232 Personen.

Der 12. Congress für innere Medicin findet vom 12. bis 15. April zu Wiesbaden unter dem Präsidium des Herrn Immermann (Basel) statt.

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Mittwoch den 12. April: Die Cholera. Referenten: Herr Rumpf (Hamburg) und Herr Gaffky (Giessen).

Am dritten Sitzungstage, Freitag den 14. April: Die traumatischen Neurosen. Referenten: Herr Strümpell (Erlangen) und Herr Wernicke (Breslau).

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr v. Ziemssen (München): Ueber paranchymatöse Injectionen bei Tonsillen-Erkrankungen. — Herr Emmerich (München): Die Herstellung, Conservirung und Verwerthung des Immuntoxinproteins (Immunproteidins) zur Schutzimpfung und Heilung bei Infectionskrankheiten. — Herr Adamkiewicz (Krakau): Ueber den Krebs und seine Behandlung. — Herr v. Jaksch (Prag): Zur Chemie des Blutes. — Herr v. Mering (Halle): Ueber die Function des Magens. — Herr Fleiner (Heidelberg): Ueber die Behandlung einiger Reizerscheinungen und Blutungen des Magens. — Herr Pollatschek (Karlsbad): Haben die Karlsbader Wässer ekkoprotische Wirkung? — Herr Rosenfeld (Breslau): Ueber Phloridzinwirkung. — Herr Koeppel (Reiboldsgrün): Ueber Blutuntersuchungen im Gebirge.

Das Geschäftscomité besteht aus den Herren Professoren v. Ziemssen, Bäumlcr, Mosler, Schmidt; ständiger Secretär, Prof. F. Emil Pfeiffer.

Prof. du Bois-Reymond und Prof. August Hirsch feierten ihr 50-jähriges Doctorjubiläum, ersterer am 12., letzterer am 17. Februar d. J. Beiden Gelehrten wurden bei dieser Gelegenheit wohlverdiente Auszeichnungen von Seiten officieller Kreise, sowie medicinischer Facultäten und Corporationen zu Theil.

Der VII. Congress der französischen Chirurgen wird am 3. April 1893 in Paris unter den Vorsitz von Prof. LAUNELONGUE eröffnet werden.

Rudolf Virchow hat von der englischen Royal Society für seine Forschungen auf dem Gebiete der Pathologie, Anatomie und Archäologie die „Copley-Medaille“ erhalten.

Der Director der II. medicinischen Klinik in Berlin, Prof. Gerhardt, ist seit dem Beginn dieses Jahres in das Herausgeber-Collegium der „Münchener medicinischen Wochenschrift“ eingetreten.

An die Stelle des verstorbenen Professors Th. Meynert, ist der berühmte Hallenser Psychiater, Prof. Ed. HITZIG, an die Wiener Universität berufen worden; derselbe hat aber, wie verlautet, den Ruf nicht angenommen.

In der Sitzung des Wiener Medicinischen Doktorenkollegiums vom 28. December 1892 demonstirte Prof. v. FRISCH mikroskopische Präparate von konservirten Harnsedimenten. Die Konservirung geschieht durch Einschliessen des Sediments in eine Mischung von 1 Theil Gelatine, 4 Theile Glycerin und 2 Theile Wasser, welche in der Kälte erstarrt und durch Erwärmen verflüssigt wird. Behufs Herstellung eines Präparats setzt man ein Tröpfchen des Sediments auf ein Deckgläschen und lässt es so weit eintrocknen, dass es nicht ganz lufttrocken wird. Sodann gibt man einen Tropfen der oben erwähnten Mischung auf einen Objektträger und setzt das Deckgläschen darauf. Das Verfahren ist für krystallinische und organisirte Elemente das Gleiche. Für letztere ist es angezeigt, vorher eine Färbung der Gelatine an Objektkörper durch Zusatz von Fuchsin vorzunehmen. Die Formelemente nehmen dann nach und nach den Farbstoff aus dem Leim auf. Die vom Redner aufgestellten Präparate waren bereits 2—3 Jahre alt, ohne an ihrer charakteristischen Form oder Farbe etwas eingebüsst zu haben.

---

### Therapeutische Notizen.

**Glykazon** entsteht durch die Einwirkung von grossen Mengen Ozons auf Glycerin bei gewöhnlichem Luftdruck und einer Temperatur von 0°C.; es ist ein chemisch reiner Körper und kann therapeutisch vielfach verwerthet werden.

---

### Büchertisch.

**Text-Book of Ophthalmology.** By Ernest Fuchs, Professor of Ophthalmology in the University of Vienna. Authorized Translation by DR. A. DUANE. New York. D. APPLETON & Co. 1892.

Das Lehrbuch der Augenheilkunde von Fuchs, das sich in Deutschland mit Recht allgemeiner Anerkennung und starker Verbreitung erfreut, ist nach der zweiten Auflage nun auch ins Englische übertragen worden. Die Uebersetzung aus der Feder von Dr. Duane muss als eine ganz vorzügliche genannt werden und man wird beim Lesen des Buches nur dann daran gemahnt, dass es sich um eine Uebersetzung aus dem Deutschen handelt, wenn man bei Besprechung der Therapie gewisser krankhafter Zustände den Gebrauch von „Marienbader Kreuzbrunnen“ empfohlen findet. Eine eingehendere Kritik des Werkes als solchen hier zu liefern, wäre nicht am Platze. Die gründliche Verarbeitung des zu Lehrzwecken sorgfältig gesichteten Stoffs, die Uebersichtlichkeit, Klarheit und Eindringlichkeit der Darstellung und die Vorzüglichkeit der Abbildungen sind altbekannte Vorzüge des Buches. Die Zusätze, mit welchen der Uebersetzer aus Eigenem den Text bereicherte, zeugen von richtigem Urtheil für die Bedürfnisse des Publikums, für welche die Uebersetzung bestimmt ist. Die Ausstattung des Werkes durch die Verlagsfirma ist eine besonders anerkennenswerthe.

**Symptomatologie und Histologie der Hautkrankheiten,** von Leloir und Vidal in deutscher Bearbeitung von Dr. E. Schiff. Lieferung 3.

Die Lectüre dieses lehrreichen und interessanten Werkes kann allen Collegen aufs Wärmste empfohlen werden.

Aus dem Inhalt dieser Lieferung zweifelsohne der besten der bisher erschienenen, machen wir besonders auf das Kapitel Dermatoneurosen cum materia et — sine materia aufmerksam, das von LEOIR, dem besten in der Frage, bearbeitet ist.

Mag man bezüglich Ekthyma und Eczema (das letztere in 3 Unterabtheilungen: acutes Eczem, chronisches Eczem, seborrhoisches Eczem) die Ansichten der Autoren theilen oder nicht, die Art und Weise, wie das Thema behandelt ist, wird Jeden, der das Buch liest, befriedigen. Die beigegebenen Tafeln sind, wie in den vorigen Lieferungen, trefflich ausgeführt. Am Ganzen ist Nichts auszusetzen als eine Reihe von Druckfehlern, die natürlich den Werth der Lieferung nicht beeinträchtigen. H. G.

**Taschenbuch der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie.** Mit 60 Abbildungen und einer Tafel. Von Dr. KONRAD ALT und Dr. K. E. F. SCHMIDT, Halle a. S. Verlag von Wilhelm Knapp, 1893. (B. Westermann & Co., New York.)

Das vorliegende Buch zerfällt in drei Theile: 1. Grundlehren der Elektrizität; 2. Medicinisch-elektrische Apparate und ihre Verwendung in der Praxis; 3. Elektrophysiologie, Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. Das Buch bringt in knapper, anschaulicher Form die Grundzüge der physikalischen Elektrizitätslehre und beschreibt den Bau sowie die Handhabung der gangbaren medicinisch-elektrischen Apparate, sodass der Leser in den Stand gesetzt wird, sich an jedem Instrumente schnell zurecht zu finden, und etwaige Betriebsstörungen selber aufzufinden und zu beseitigen. Im elektrodiagnostischen und elektrotherapeutischen Theile werden alle wichtigen Sätze in präciser Weise erörtert und manche neue Punkte angeführt. Um den wirklichen Nutzen der Elektrizität bei Paresen zu zeigen, führt ALT folgendes interessante Beispiel an, welches wir mit seinen eigenen Worten hier wiedergeben: „Im September 1889 habe ich gelegentlich der Abhaltung eines Ferienkursus für praktische Aerzte den Diener eines hiesigen Corps, der seit drei Jahren an einer complete linksseitigen *Facialislähmung* litt, an die sich eine starke *Conjunctivitis* mit *Ektropiumbildung* angeschlossen hatte, von der Kgl. Augenklinik erbeten, um eben einen *unheilbaren Fall demonstriren* zu können. Es stellte sich aber gelegentlich der klinischen Vorstellung heraus, dass noch eine Spur *indirecte* und eine ganz *geringe directe* Erregbarkeit gegenüber beiden Stromesarten vorhanden war, weshalb die *Prognose nicht gerade als absolut infaust* gestellt wurde. Schon nach wenigen Tagen besserte sich die Erregbarkeit zusehends, die Spontan-Beweglichkeit stellte sich wieder etwas ein *und sechs Wochen nach Beginn der elektrischen Behandlung war die Lähmung bis auf Spuren verschwunden*. Es hiesse den Thatsachen Gewalt anthun, wollte man hier eine Spontanheilung annehmen.“ Wir können das Buch den praktischen Aerzten aufs beste empfehlen.

**Die Ausbildung des Arztes.** Von Dr. Mandel-Forbach. (Gebrüder Lüdeking, Medicinischer Verlag, Hamburg.)

Der Hauptfehler der jetzigen ärztlichen Ausbildung besteht nach Verfasser darin, dass *Anschauungswissenschaften, Wissenschaften, die aus dem Experiment und der experimentellen Hantirung hervorgingen, durch Vorträge* gelehrt werden, und nicht durch Experimente. F. verlangt vom angehenden Mediciner eine gründlichere Vorbildung in den Naturwissenschaften, eine Fertigkeit im Experimentiren und *Zeichnen* und möchte die klinischen Semester mit dem *Dienste am Krankenbett* begonnen wissen und (nicht mit krankenlosen Vorlesungen).

## Briefkasten.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

Ich ersuche Sie den im Abdruck folgenden Briefwechsel an geeigneter Stelle in dem von Ihnen herausgegebenen Journale gefälligst veröffentlichen zu wollen. Sie würden dadurch das Executiv-Comité des Pan-Amerikanischen Medicinischen Congresses zu grossem Danke verpflichten.

Hochachtungsvoll

DR. CHAS. A. L. REED,

General-Secretär des Pan-Amer. Med. Congr.

Wir kommen gern der Aufforderung des Herrn Dr. CHAS. A. L. REED nach und drucken hier folgenden Briefwechsel wörtlich ab :

**Offenes Schreiben an Herrn Claudius H. Mastin, M.D., LL.D., in Mobile, Alabama, 1890, Präsident der American Surgical Association, betreffend den panamerikanischen medicinischen Congress.**

(*Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1893, No. 2.)

Hochgeehrter Herr College!

Sie waren so gütig, mir unter dem 3. December 1892 eine persönliche Einladung zu dem panamerikanischen medicinischen Congress zu senden, welcher am 5. bis 8. September 1893 in Washington abgehalten werden soll. Wie aus dem vorläufigen Programme und Ihren Ausführungen hervorgeht, wird der Congress im Zusammenhange mit der Columbischen Ausstellung in Chicago so viel Anregung bieten, dass es mir herzlich leid thut, wenn ich einer so liebenswürdigen Einladung, welche mir von einem der hervorragendsten Mitglieder der Genossenschaft amerikanischer Aerzte zugegangen ist, nicht folgen kann.

Da die Gründe, welche mich davon abhalten, für die deutschen Aerzte von Interesse sein dürften, werden Sie es mir nicht verübeln, wenn ich dieselben auf diesem Wege zu allgemeiner Kenntniss zu bringen suche.

Auf den ersten Blick konnte man den Eindruck haben, dass der panamerikanische Congress ein Rivale des seit lange vorbereiteten internationalen medicinischen Congresses werden sollte, welcher vom 27. September bis 1. October 1893 in Rom abgehalten werden wird. Allein da bei den letzten internationalen Ausstellungen fast immer gleichzeitig medicinische und andere wissenschaftliche Congresses stattfanden, erscheint es ganz in der Ordnung, dass auch die amerikanischen Aerzte die Gelegenheit benutzen, um sich in ihrem Welttheile ein Stelldichein zu geben. Da die Aerzte aller civilisirten Länder einig sind in dem humanen Bestreben, Gegensätze zwischen Nationen und Welttheilen, wo dieselben vorhanden sind, lieber zu mildern als zu vertiefen, so halte ich die Absicht, den internationalen durch den panamerikanischen medicinischen Congress zu schädigen, von vornherein für ausgeschlossen.

Vielleicht liesse sich der Termin des internationalen Congresses in Rom um acht Tage verschieben, was aus verschiedenen Gründen wünschenswerth sein dürfte. Bei gutem Willen und Wetter dürfte es sogar möglich sein, mit den schnellfahrenden Schiffen der Neuzeit vom 9. bis zum 23. September die Reise von Washington nach Rom zu machen. *Es wäre keine üble Idee, wenn die dazu geneigten Congressmitglieder auf einem eigens gemietheten Dampfer die Reise von Washing-*

ton nach Rom direct und gemeinschaftlich machen würden, um die Grösse der emporstrebenden Capitale des zukunftsreichen Westens der alten Metropole europäischer Civilisation zu überbringen.

Ein wichtigeres Bedenken, den panamerikanischen Congress zu besuchen, verursacht mir die *Sprachenfrage*. In § 9 Ihres Programmes heisst es: Die Sprachen des Congresses sollen die Spanische, Französische, Portugiesische und Englische sein. Wahrscheinlich ist die deutsche Sprache ausgeschlossen, weil dieselbe nirgends in Amerika Staatssprache ist. Wenn diese Ueberlegung den Ausschlag gegeben haben sollte, müsste noch die Holländische und Dänische zugelassen werden, da diese Sprachen in Amerika amtlich vertreten sind. Wie dem auch sei, *so glaube ich nicht, dass die Aerzte Deutschlands sich an den Arbeiten des panamerikanischen Congresses betheiligen können, wenn ihnen nicht gestattet wird, ihre Vorträge deutsch zu halten*, sobald bei dem Congress überhaupt eine andere als die englische Sprache zugelassen wird. Sind doch auch bei dem internationalen Congress „Bemerkungen in einer anderen Sprache gestattet, falls eines der anwesenden Mitglieder sich bereit erklärt, selbe in eine der vier officiellen Sprachen zu übersetzen.“

Ich will nicht reden von der Arbeit, welche für die medicinische Wissenschaft fortwährend in deutscher Sprache geleistet wird, sondern hinweisen auf die grosse Zahl hervorragender amerikanischer Aerzte, welche ihre beste Ausbildung an deutschen Schulen erhalten haben, und auf die zahlreichen deutschen Aerzte, welche in Amerika mit grossem Erfolge thätig sind und nicht wenig beigetragen haben zu der hervorragenden Stellung, welche die in Amerika producirte medicinische Litteratur heute in der ganzen Welt einnimmt. Ja ich vermuthe fast, dass nord- und südamerikanische Aerzte nicht selten sich mittels der deutschen Sprache verständigen werden, welche sie an unseren Universitäten gelernt haben. Wenn ich mich vielleicht darin täusche, so glaube ich doch, dass das Executivcomité des panamerikanischen medicinischen Congresses eine Bestimmung aufnehmen sollte, welche deutschen Aerzten das Erscheinen auf dem Congress ermöglicht, falls überhaupt auf unseren Besuch Werth gelegt wird.

Es würde mich herzlich freuen, wenn meine Anregungen jenseits des Oceans Anerkennung finden sollten, und wenn es mir dadurch möglich werden würde, mit Ihnen, hochverehrter Herr College, in Washington persönlich in freundschaftliche Beziehungen zu treten.

Mit den besten Wünschen zum nahen Jahreswechsel bin ich Ihr hochachtungsvoll ergebener

Dr. CZERNY,

Ehrenmitglied der American Surgical Association.

Heidelberg, den 28. December 1892.

(Antwort.)

*Pan-Amerikanischer Medicinischer Congress*

*Bureaux des General-Secretairs.*

311 Elm Strasse.

Cincinnati, den 14. Februar 1893.

Herrn Professor Dr. V. Czerny,

Heidelberg.

Werther Herr College!

Mein College, Herr Dr. C. H. MASTIN hat mir Ihnen, an ihn gerichteten, und in der „Deutschen Medicinischen Wochenschrift“ vom 12.



Januar d. J. veröffentlichten, offenen Brief zur officiellen Beantwortung überwiesen.

Sorgfältiges Studium Ihrer werthen Mittheilung lässt mich zu der Schlussfolgerung kommen, dass Sie in Gemeinschaft mit anderen deutschen Gelehrten, eine Einladung zu dem Panamerikanischen Medicinischen Congress anzunehmen zögern, 1) weil die deutschen Aerzte nicht officiell von dem Executiv-Comité eingeladen worden sind ein constituirender Theil des Congresses zu werden ; 2) weil die deutsche Sprache nicht eine der officiellen Sprachen des Congresses ist ; und 3) weil eine allgemeine Theilnahme Ihrerseits und von Seiten Ihrer Collegen als eine unfreundliche Manifestation gegenüber dem Internationalen Medicinischen Congress ausgelegt werden könnte, der in Rom im selben Monat sich versammeln wird.

In Beantwortung dieser Schlussfolgerungen gestatten Sie mir zu sagen, dass die Veranlassung zur Abhaltung eines medicinischen Congresses in den Vereinigten Staaten im Jahre 1893 die Thatsache ist, dass eine grosse Zahl von Aerzten in diesem Lande zum Besuche der Columbischen Weltausstellung sein wird. Dieser Besuch wird zum grossen Theile, obwohl keineswegs ausschliesslich, von den Ländern der westlichen Hemisphäre stattfinden. Es würde sicherlich sehr wünschenswerth gewesen sein, eine Vereinigung organisirt zu haben, die alle Länder der Welt eingeschlossen hätte. Die Aerzte der Vereinigten Staaten halten sich jedoch dem Internationalen Congress, der in Rom sich versammeln wird, gegenüber verpflichtet. Es würde eine Verletzung dieser unserer Loyalität gegenüber dem Internationalen Congress gewesen sein, wenn wir es versucht hätten, Vereinigungen in Deutschland oder irgend einem andern europäischen Lande, im Interesse des Amerikanischen Congresses, zu organisiren ; während eine officielle Einladung an die Regierungen und medicinischen Gesellschaften Deutschland's und anderer europäischer Staaten beinahe ebenso sehr gegen das Interesse des Congresses in Rom gewesen wäre. Es wurde daher beschlossen, dass die Vereinigung auf die amerikanischen Länder beschränkt sein sollte ; und, da es wünschenswerth sei, sich des Besuches unserer gelehrten Collegen von Europa als Gäste zu versichern, dass Einladungen zu diesem Zwecke durchaus persönlichen Characters seien und von den Beamten des Congresses und Vorsitzenden der Sectionen ihrem Ermessen entsprechend ausgehen sollten.

Die Sprachen die hauptsächlich bei den Völkern der verschiedenen Länder, aus denen der Congress besteht, in Gebrauch sind, sind Spanisch, Portugiesisch und Englisch ; und dementsprechend waren diese von dem Comité als officielle für den Congress erwählt worden. Französisch, welches die Sprache bedeutender Colonien und Communalwesen ist, wurde später auf das Ersuchen unserer Collegen in Brasilien hinzugefügt, die es vielfach in ihren wissenschaftlichen Werken verwenden, was übrigens auch der Fall ist hinsichtlich einer grossen Zahl von Aerzten sowohl in den englisch als auch spanisch sprechenden Ländern. Dänisch und Holländisch sind einfach aus dem Grunde nicht aufgenommen worden, weil es praktisch unmöglich ist in literarischer Beziehung sie in zufriedenstellender Weise in diesem Lande zu verwenden. Man gab sich der Hoffnung hin, dass Delegirte von Ländern und Colonien die andere Sprachen als die Spanische, Portugiesische, Englische oder Französische sprechen, das Manuscript ihres Antheiles an der Discussion behufs Veröffentlichung in einer der officiellen Sprachen einreichen würden. Dies wurde so selbstverständlich von dem Comité angesehen, und ist ein so allgemein angenommener Gebrauch bei Internationalen Congressen geworden, dass wir es nicht für nothwendig hielten, es besonders zu erwähnen ; ich werde jedoch Ihren so freund-

lich gemachten Vorschlag dem Executiv-Comite mittheilen, welches denselben ohne Zweifel speciell in die Satzungen aufnehmen wird. \*)

Schon im December 1891 begann ich telegraphisch mit dem Vorsitzenden des XI. Internationalen Congresses, und später mit Herrn Prof. MARAGLIANO, in Genua, dem General-Secretär, zu correspondiren, und ersuchte sie, das Datum des Congresses in Rom so zu arrangiren, dass wir zu demselben Delegirte von Washington schicken könnten. Dementsprechend wurde das Datum des Internationalen Congresses vom 17. auf den 24. September verschoben, was uns sechzehn Tage giebt, die Reise von Washington nach Rom zu machen. Verhandlungen wurden im Februar letzten Jahres eingeleitet, um einen Extra-Dampfer zu miethen, der am 9. September, via Azoren und Gibraltar, direct nach Italien segeln sollte, für Diejenigen, die den Congress zu Rom besuchen wollten, wobei specielle, ermässigte Fahrpreise für diese Gelegenheit bewilligt worden sind. Meine derzeitigen Erkundigungen ergaben, dass eine grosse Anzahl von Mitgliedern von dieser Gelegenheit Gebrauch machen werden. Es freut mich ungemein, zu sehen, dass dieser Plan sich Ihnen, der Sie so sehr mit Congress-Angelegenheiten vertraut sind, ganz unabhängig empfohlen hat.

Erlauben Sie mir, zum Schlusse zu sagen, dass unseren europäischen Collegen, welche den Pan-Amerikanischen Medicinischen Congress mit ihrer Gegenwart beehren werden, jedes sprachliche Zugeständniss gemacht werden wird; dass bereits Vorkehrungen für ihre rechtzeitige Rückkehr zu dem Internationalen Congress getroffen sind, und dass, falls sie kommen sollten, sie mit einem recht herzlichen amerikanischen Willkommen begrüsst werden würden.

Mit vorzüglichster Hochachtung

CHARLES A. L. REED,

Genehmigt: General-Secretär des Pan-Amer. Med. Congr.

WILLIAM PEPPER, Präsident.

CLAUDIUS H. MASTIN, Mitglied des Verwaltungsraths.

\*) Der betreffende Paragraph der Regulationen für den Congress ist inzwischen in folgender Weise verändert worden:

### SPRACHEN.

§ 9. Die Sprachen des Congresses sollen die Spanische, Französische, Portugiesische und Englische sein.

Vorträge können jedoch in irgend einer Sprache gehalten werden, vorausgesetzt, dass die Verfasser derselben dem General-Secretär einen Auszug von nicht mehr als 600 Wörtern in einer der officiellen Sprachen vor dem 10. Juli 1893 einsenden; und unter der weiteren Bedingung, dass ein Manuscript eines jeden derartigen Vortrages in einer der officiellen Sprachen dem Schriftführer derjenigen Section, in welcher derselbe gehalten werden soll, während oder vor dem Congress eingehändigt wird. Bemerkungen zu den Vorträgen können in irgend einer Sprache gemacht werden, unter der Voraussetzung, dass ein Theilnehmer, der derartige Bemerkungen macht, dieselben schriftlich in einer der officiellen Sprachen vor Schluss der Versammlung einhändigt.

### Personalien.

Verzogen: Dr. WM. H. KRETZSCHMAR nach 402 Washington Ave. Brooklyn.  
DR. MAX EINHORN, 107 East 65th St.

### An die Leser.

*Geschäftliche Zuschriften*, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17—27 Vandewater Street, New York.

*Manuscripte*, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

# New Yorker Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

unter Mitwirkung von

Dr. J. Brettauer, Dr. W. Freudenthal, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. H. Goldenberg,  
Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Krug, Dr. S. J. Meltzer,  
Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. A. Schapringer, Dr.  
A. Seibert, Dr. F. Torek, Dr. S. Welt, Dr. Ad. Zederbaum.

Redigirt von

Dr. MAX EINHORN.

Verlag der Medical Monthly Publishing Company, 17-27 Vandewater Street, N. Y.

Bd. V.

New York, 15. April 1893.

No. 4.

## ORIGINALARBEITEN.

### I.

#### Ein Fall von paroxysmaler Tachycardie. \*)

Von

Dr. ALFRED MEYER,

New York.

Herr Präsident und meine Herren!

Während der letzten 10 Jahre ist die Casuistik der Tachycardie durch zahlreiche Mittheilungen bereichert worden. Die Fälle finden sich zerstreut in der deutschen, englischen und französischen Fachliteratur, und werden gewöhnlich in Gruppen geschieden je nachdem die Tachycardie habituell oder paroxysmal erscheint, mit organischen Herzfehlern complicirt oder von denselben frei ist, und endlich je nachdem sie idiopathisch auftritt oder nachweislich als Reflexwirkung anderer Zustände erscheint.

In jüngster Zeit hat man wenigstens versucht die anfallsweise oder paroxysmalauf tretenden Fälle von den habituellen streng zu trennen. BRISTOW spricht von „paroxysmal hurry of the heart“ (Brain, 1888). BOUVERET beschreibt diese unter dem Namen „Tachycardie essentielle paroxystique“ (Rev. de Méd., 1889), und H. C. WOOD bezeichnet sie als „Cardiac nerve storms“ — essential tachycardia (Univ. Mag., March, 1891). Hierunter sind aber nur Fälle verstanden, in welchen kein organischer Herzfehler nachgewiesen werden kann. WOOD's Definition

\*) Nach einem in der Deutschen Medic. Gesellschaft von New York gehaltenen Vortrage.

lautet folgendermassen: „Essential paroxysmal tachycardia is a recurrent paroxysmal neurosis in which attacks of excessively rapid heart action occur without obvious immediate or predisposing cause, it being frequently possible to arrest the attacks by drinking a glass of cold water, and certain other trifling procedures, the disease having apparently no tendency to shorten life—and being entirely compatible with great mental and physical activity.“

Wood bringt die Krankengeschichte eines Mannes, bei welchem die Anfälle im 37. Jahre auftraten, hervorgerufen durch den Schrecken oder Schock, den ein Fehltritt verursachte. Während der Anfälle stieg die Pulsfrequenz bis zu 200. Zuweilen hörte der Anfall auf nach Schlucken von kaltem Wasser, oder von heissem Kaffee oder nach einem Brechanfall, später aber versagten diese Maassnahmen. Patient lebte noch in seinem 87sten Jahre und hatte tägliche Anfälle. In den anfallsfreien Zeiten schwankte die Pulsfrequenz zwischen 52 und 70.

Wood bezieht die Paroxysmen in diesem Falle auf Reizung der Acceleratoren und nicht auf eine Lähmung des Vagus. Die Frage ob die Attacken auf Reizung- oder Lähmungszustände zurückzuführen sind, ist äusserst interessant; aber in vielen Fällen schwer zu beantworten.

Der Fall, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, und dessen Krankengeschichte ich Ihnen mittheilen will, gehört nicht mit Sicherheit zu den essentiellen Tachycardien, da ein leichter Herzfehler vorhanden ist. Allerdings muss es dahingestellt bleiben, ob die zu beschreibenden Anfälle mit der nachweisbaren organischen Herzerkrankung in ursächlichem Zusammenhange stehen. Jedenfalls aber muss dieser Fall den paroxysmalen Tachycardien zugerechnet werden und als solchen will ich ihn beschreiben, ohne mich im übrigen bezüglich seiner Eintheilung in eine der genannten Gruppen auszusprechen.

Die Kranke ist eine sehr gebildete Dame aus den besten Ständen, 26 Jahre alt. Sie ist von ziemlich kräftigem Körperbau, nicht anämisch, nicht hysterisch; sie ist verheirathet und hat zwei gesunde Kinder. Im Alter von 3 Jahren hat sie acuten Gelenkrheumatismus mit endocarditis durchgemacht, wovon der vorhandene Herzfehler offenbar herrührt. Im Laufe der Zeit hatte sie acht Recidive von Gelenkrheumatismus. Sie erinnert sich deutlich, dass sie in ihrer Kindheit wegen der Herzaffection besonders sorgfältig überwacht wurde, und dass man ihr nicht gestattete an den Spielen ihrer Altersgenossen Theil zu nehmen. So lange als ihre Erinnerung zurückreicht hatte sie von diesen Anfällen von stürmischer Herzaction (Herzgallop, Herzstürme) zu leiden. Anfangs wiederholten sich die Anfälle nur 2—3 Mal im Jahre und dauerten nur 15 Minuten bis 1 Stunde. Vor einigen Jahren hatte sie einen Paroxysmus von 12-stündiger Dauer, den längsten den sie je gehabt hat. Im verflossenen Jahre sind die Anfälle häufiger geworden und ihre Dauer hat sich verlängert, so dass sie jetzt eine halbe bis 4 Stunden anhalten. Patientin erinnert sich, dass

sie in ihrer Jugend einmal während eines solchen Anfalles zufälligerweise stolperte und hinfiel und dass dies den Anfall abschnitt. Einige Monate später machte sie eine ähnliche Beobachtung, indem der Anfall aufhörte als sie ihren Kopf zum Fenster hinaushängen liess, an das sie sich begeben hatte um frische Luft zu schöpfen.

Diese zwei Erfahrungen brachten die Patientin auf den Gedanken den Kopf über den Rand des Sofa's hängen zu lassen, um die Anfälle abzukürzen, gewissermassen sich auf den Kopf zu stellen. Thatsächlich hatte sie mit dieser Procedur häufig Erfolg, aber immer nur nachdem der Anfall längere oder kürzere Zeit gedauert hatte. — Eine nicht näher zu beschreibende Empfindung in der Herzgegend — Patientin nennt es ein „instinctives Gefühl“ — sagt ihr wann sie sich von ihrer Maassregel Erfolg versprechen könne; sie versetzt dann den Kopf in Hänge-Lage (vertical auf den Boden) und der Anfall ist beendet. Patientin hat häufig die Probe auf dieses Experiment angestellt, indem sie es unterliess ihr Mittel anzuwenden und thatsächlich haben dann die Anfälle immer länger gedauert, so dass sie von dem ursächlichen Zusammenhange zwischen abschüssiger Kopflage und Sistirung des Paroxysmus fest überzeugt ist. Soll aber das Mittel Erfolg haben, so muss das erwähnte Vorgefühl sich eingestellt haben; anderenfalls ist das Kopfhängen wirkungslos. Das Eintreten der Anfälle ist bei meiner Patientin entweder ein ganz plötzliches, ohne alle Vorboten, oder es gehen ihnen sensorische Störungen, meist lancinirende oder ziehende Schmerzen in der Herzgegend voran. Manchmal hat die Patientin Stunden vorher das Vorgefühl eines herannahenden Anfalles. — Die Anfälle können ebensogut in der Ruhe wie bei körperlicher Anstrengung auftreten, allerdings während ersterer nicht so häufig. Patientin wird nicht selten während der Nacht von einem Paroxysmus befallen; als sie einmal wegen einer Oberschenkelfractur regungslos an's Bett gefesselt war, hatte sie während 10 Wochen 9 Anfälle; so dass es also ganz sicher ist, dass nicht blos physische Anstrengung die Anfälle auslöst. — Patientin ist selbst ganz im Dunkeln über die veranlassenden Momente; am allerehesten glaubt sie, dass dieselben gemüthlicher Art seien, ohne aber mit Sicherheit Gram, Aufregungen oder dergleichen beschuldigen zu können. Auch scheint kein besonderer Zusammenhang mit der Menstruation zu existiren; andere Functionen sind völlig in Ordnung. Speciell sind keine Verdauungsstörungen, keine Lageveränderung des Uterus vorhanden, — kein Eiweiss im Harn. Dagegen hat Patientin eine ganz leichte Mitralinsufficienz, welche sich durch ein systolisches Geräusch an der Herzspitze, und leichte Accentuirung des zweiten Pulmonaltons kennzeichnet.

Ich habe zwei Mal Gelegenheit gehabt, die Patientin während eines Anfalles zu beobachten. Das erste Mal am 8. Oktober verflossenen Jahres, das zweite Mal am letzten Freitag. Beide Anfälle waren im Wesentlichen gleichartig, nur dauerte der erste zwei Stunden, der zweite nur 35 Minuten. Bei dem Anfall im Oktober stieg die Pulsfre-

quenz bis auf **234** in der Minute. Der Puls konnte an der Radialis und sogar an der Arteria poplitea gezählt werden, und correspondirte die Zahl genau mit den Herzschlägen. Der ganze Brustkorb schien zu pulsiren. Bei Gaslicht konnte ich aus einer Entfernung von 10–12 Fuss die Pulsation der ganzen rechten Schulter sowohl wie der linken durch die Kleider hindurch wahrnehmen.\* Dabei war die Athemfrequenz nicht erhöht, ungefähr 18, und ist ja diese unveränderte Respiration bei colossal gesteigerter Herzaction gerade das Frappante und Charakteristische bei dem Krankheitsbilde der paroxysmalen Tachycardie; dabei hatte sie leichte Blässe des Gesichts. Lippen und Nägel nicht cyanotisch, keine Regurgitation in die Venen, Temperatur, mit der Hand geprüft, normal. Pupillen, normal, deutlich reagirend — vielleicht eine leichte Auftreibung der Thyroidea — wenigstens waren die Lappen deutlich zu fühlen. Patientin klagte über grosses Unbehagen in der Brust und über die Pulsation, welche sie im ganzen Körper selbst recht deutlich fühlen konnte. Trotzdem konnte Patientin im Zimmer auf und ab gehen, auf Fragen antworten, und sogar ein Gespräch führen, als ob ihr gar nichts fehlte; nur war sie von einer gewissen Unruhe beherrscht, und veränderte beständig ihre Lage. Nachdem die Pulsfrequenz sich zwei Stunden lang auf **234** gehalten hatte und die Patientin erfolglos ihr eigenthümliches Auskunftsmitel, den Kopf herabhängen zu lassen, gebraucht hatte, rief sie auf einmal: „There, doctor,“ und streckte mir die Hand entgegen, um mich den Puls fühlen zu lassen. Der Puls war auf 108 Schläge in der Minute gefallen und der ganze Anfall war vorbei.

Im zweiten Anfalle, den ich persönlich verfolgen konnte, erreichte die Pulsfrequenz nur 204–216. Nach etwa 35 Minuten sagte Patientin: „I think I can stop it now,“ legte sich auf das Sofa, liess den Kopf auf den Boden hinunterhängen, während mein Finger den Gang ihres Radialpulses controlirte. Nach einigen Secunden setzte der Puls aus und die Frequenz fiel dann plötzlich auf **94** nachdem sie eben erst **216** betragen hatte. Nach dem Anfalle war mässige Congestion des Gesichtes vorhanden, welche Patientin auf die Kopfstellung zurückführen wollte; dagegen sprach aber, dass dieselbe den Anfall um  $\frac{1}{4}$  Stunde überdauerte.

Was ist nun die Erklärung dieser Paroxysmen? Stehen sie im Zusammenhang mit der leichten Mitralinsufficienz oder sind sie anderen, vielleicht neurotischen, Ursprungs? Was die organische Herzerkrankung anbelangt, muss ich bemerken, dass sie so unbedeutend ist, dass sie nach 23 Jahren zu keiner deutlichen Hypertrophie geführt hat. Die Herzdämpfung fängt oben an der dritten Rippe an und reicht nur zur Mitte des Sternums. Spitzenstoss im fünften Intercostalraum ein

---

\* Broadbent's Worte beschreiben recht graphisch den Zustand bei meinem eigenen Fall: „The heart starts off like the engine of a locomotive when the wheels fail to bite the rails.“

wenig links von der Mammilar-Linie. Auch waren niemals Stauungserscheinungen vorhanden und leidet Patientin weder an Kurzatmigkeit noch an Herzklopfen, mit Ausnahme der oben beschriebenen Anfälle. Ich selbst neige mich zu der Ansicht hin, dass die Tachycardie in diesem Falle von dem Klappenfehler unabhängig ist. Man kann ja gegenheiliger Meinung sein, doch dann ist gewiss die Frage berechtigt, wesshalb solche Anfälle nicht häufiger beobachtet werden bei den Tausenden von Herzkranken, die zweifellos mit Klappenfehlern behaftet sind. Und andererseits: Es gibt eine erkleckliche Anzahl von Fällen, in denen paroxysmale Tachycardie besteht und ganz sicher *kein* Klappenfehler vorliegt, die also gewiss als Neurosen angesehen werden müssen.

Wenn der vorliegende Fall, wie es mir scheint, als Neurose betrachtet werden muss, entsteht noch immer die weitere Frage: welche von den theoretisch denkbaren drei Ursachen der Tachycardie liegt hier vor:

1) Hochgradig gesteigerte Reizbarkeit der Ganglien und Nerven im Herzmuskel selbst, analog den Verhältnissen bei Tachycardie wegen Anaemie, oder bei Thee und Tabakvergiftung.

2) Lähmung an irgend einer Stelle der Vagusbahn. (Hemmende Herznerven).

3) Gesteigerte Reizbarkeit der beschleunigenden Herznerven (Sympathicus).

Was die erste Möglichkeit anbelangt, möchte ich wenigstens die aetiologischen Momente (Anaemie, Tabak und Thee) bei meiner Patientin ausschliessen. Bei der Dunkelheit, die hinsichtlich der Function der Herzganglien und der Automatik des Herzmuskels besteht, ist es wohl besser, sich aller Hypothesen über Neurosen in dieser Sphäre zu enthalten.

Was die zweite Möglichkeit anbelangt könnte man an eine Lähmung des Vagus denken durch:

a. Veränderungen in der Medulla.

b. Indirecte Beeinflussung des Vagus von anderen Hirnthteilen aus.

c. Reflectorische Beeinflussung des Vagus von irgend welcher Körperstelle der Peripherie.

Für eine Erkrankung des Vaguskerens in der Medulla, oder für eine Erkrankung des Gehirns sind keine sonstigen Anhaltspunkte vorhanden, höchstens könnten solche mit Blutdruckschwankungen oder localen Circulationsstörungen spastischer oder anderer Natur in Zusammenhang stehen, aber es fehlen alle anderen Zeichen, die auf eine Erkrankung des Vagus hindeuten könnten, ob central oder peripher — zum Beispiel hat Patientin während der Anfälle keine heisere oder tonlose Stimme (der Aphonie entsprechend wie sie nach Durchschneidung der Vagi vorkömmt). Kein Gähnen, kein Aufstossen. Ein weiterer Beleg ist der Umstand, dass Digitalis auf den Verlauf der Anfälle bei meiner Kranken ohne Wirkung ist. (Bekanntlich hat TRAUBE gezeigt, dass die Frequenzherabsetzende Wirkung der Digitalis auf

Reizung des Vagus beruht und man müsste daher eine günstige Wirkung erwarten in einem Falle, der auf transitorischer Vaguslähmung beruhte). Gegen die Annahme einer Vaguslähmung würde auch noch folgendes sprechen: Wie GASKELL und EICHHORST gezeigt haben, verlaufen im Vagus trophische Herznerven, deren Lähmung nach Jahren (Tendenz zur) Atrophie und Fettentartung zur Folge haben würde.

Dieselben Einwände können gegen die Annahme einer *reflectorischen* Beeinflussung des Vagus angeführt werden, wozu übrigens noch bemerkt werden muss, dass bei unserer Patientin keinerlei periphere Erkrankung als Quelle solcher Reflexaction vorliegt.

Es bleibt uns daher nichts übrig, als die Annahme einer Sympathicus-erkrankung — und zwar einer gesteigerten Erregbarkeit der Acceleratoren oder ihres Centrums. Soviel wie mir bekannt ist, sind die Einflüsse, welche dieses Centrum erregen, noch nicht genau bekannt, aber wahrscheinlich wird dasselbe durch verminderten Blutdruck gereizt (BRAMWELL).

Für Sympathicus-Erkrankung sprechen vielleicht die blasse Gesichtsfarbe während des Anfalles und die Erröthung nachdem derselbe vorüber ist. Aber jedenfalls die leichte Auftreibung der Thyroidea — welche, wie Patientin angiebt, nach schweren Anfällen noch einige Tage lang nach dem Paroxysmus das Zuknöpfen der Kleider am Halse verhindert. Ich fand den Halsumfang, *während* und *nach* einem Paroxysmus gemessen, ungefähr 13 Zoll. Unter den verschiedenen Medicamenten, die im Laufe der Jahre angewendet wurden, wirkt vielleicht Morphinum noch am besten, und dies würde auch wieder für Reizzustände sprechen, und zwar im Sympathicus — da Morphinum die inhibitorischen Vagusfasern weder lähmt noch reizt.

749 Madison Avenue, New York.



## II.

**Die erste Symphysiotomie in New York.**

Von

**Dr. H. J. GARRIGUES,**

Professor der Geburtshilfe an der Post-Graduate Medical School,  
 Consultirender Geburtshelfer an dem New York Maternity  
 Hospital und dem New York Infant Asylum, Gynä-  
 kolog am St. Mark's Hospital, u. s. w.

New York.

Am 30. December, 1892, entband ich mit glücklichem Ausgange für Mutter und Kind eine Frau mittelst Symphysiotomie oder Schamfugenschnitt, der ersten Operation dieser Art, die in der Stadt New York ausgeführt worden ist.

Der Fall ist ausführlich in den März und April Nummern des American Journal of the Medical Sciences beschrieben worden. Hier werde ich mich auf folgende kurze Bemerkungen beschränken.

Die Frau war ein Mal früher mittelst einer hohen Zangenoperation von einem todtten Kinde entbunden worden und hatte später im dritten Monat abortirt.

Sie hat ein allgemein verengertes Becken mit männlichem Typus, fast die einzige Form von engem Becken, die ich während eines zehnjährigen Dienstes im Maternity Hospital gesehen habe. Die Nationalität und Lebensweise haben gewiss viel damit zu thun. Mit wenig Ausnahmen sind die dort entbundenen Patientinnen Amerikanerinnen oder Irländerinnen. In Boston \*) ist diese Form von engem Becken auch durchaus überwiegend.

Wie es in andern Theilen des Landes ist, weiss ich nicht. An einer Patientin mit kyphotischem Becken führte ich den Kaiserschnitt aus. Dagegen habe ich kein einziges rhachitisches noch schief verengtes Becken hier getroffen, was wahrscheinlich dadurch zu erklären ist, dass früher nur gesunde Frauen auswanderten, und dass sie keine harte Arbeit ausführten und reichliche animalische Kost hatten. Mit der jetzigen starken Einwanderung aus Polen und Italien wird es wohl bald anders werden.

Die Beckenmaasse waren in diesem Falle Spina ilium 21 cm., Crista ilium 25, Conjugata externa 18,5, Conjugata diagonalis 10, Symphysis 6,5.

Die Geburt hatte 38 Stunden gedauert als die Operation vorgenommen wurde. Ich machte einen 10 cm. langen Hautschnitt von ungefähr 2 cm. über der Symphyse längs der Mittellinie, links um die Clitoris, zwischen labium majus und minus, bis ungefähr 2 cm. unter-

\*) E. REYNOLDS : Trans. Amer. Gyn. Soc., 1892. Vol. XVII., p. 124.

halb der Clitoris. Die Symphyse trennte ich von hinten nach vorne und von oben nach unten mit einem gewöhnlichen konkaven Bisturi. Die Spaltung des untern Endes mit dem Ligamentum arcuatum gab Veranlassung zu einer lebhaften Blutung, die durch drei Umstechungen gestillt wurde.

Da das Ei unversehrt war und der Kopf über dem Becken beweglich war, zerriss ich den Sack und machte Wendung auf die Füße mit Extraction. Der Kopf wurde nur mit Schwierigkeit entwickelt, und das Kind war leicht asphyktisch.

Ich führte drei Seidennähte durch das sehnige Gewebe vor der Symphyse und sechs tiefe Nähte durch Haut und Weichtheile und eine oberflächliche Naht durch die Haut. Drei breite Streifen von Kautschuck-Heftpflaster wurden um das Becken gelegt und auf dem Bauch oberhalb der Wunde gekreuzt. Die Wunde wurde mit Iodoform bestreut und mit Iodoform Gaze und Guttaperchapapier bedeckt. Der Verband wurde täglich gewechselt. Die Patientin entwickelte Metritis und katarthalische Nephritis und war zu einer Zeit recht krank. Am 20sten Tage nach der Operation wurde das Becken untersucht und zeigte vollkommene lineäre Verwachsung der Symphyse. Am 25sten Tage konnte die Frau mit einiger Stütze gehen, und nach wenigen Tagen konnte sie allein gehen. Der Gang ist durchaus normal und die Frau ist vollständig wohl.

Das Kind wog  $7\frac{1}{2}$  Pfund und die Untersuchung 24 Stunden nach der Geburt ergab folgendes Maas: Occipito-mentaler Durchmesser 14,5 cm. Occipito-frontaler, 11,7; biparietaler 10, bitemporaler 8, fast alle die Norm überschreitend.

155 Lexington Ave.

## III.

Beitrag zum Vorkommen von geistigen Störungen nach  
acuten Krankheiten im Kindesalter.

Von

Dr. SARA WELT,

Kinderarzt am „Mt. Sinai Hospital Dispensary“,

New York.

Das Vorkommen von geistigen Störungen bei Kindern ist schon seit lange bekannt. BERKHAN fand in den Akten der Braunschweiger Irrenanstalt vom Jahre 1750, Mittheilungen über ein 11jähriges Mädchen, das wegen Melancholie zur Cur eingeschickt wurde; und GREDING berichtet in seinen vermischten Schriften aus dem Jahre 1790, über den neunmonatlichen Sohn einer blödsinnigen Mutter, welcher an tobsüchtigen Anfällen litt, und beim Durchbruch der ersten Zähne an Auszehrung und Erstickung starb; ja vor mehr als 1400 Jahren betont COELIUS Aurelianus in seinem Buche „De morbis acutis et chronicis“ das seltene Vorkommen der Manie bei Kindern in folgendem: Generatur autem (mania) frequentius in juvenibus ac mediis aetatibus, difficile in senibus atque difficilius in pueris. Doch erst der zweiten Hälfte unseres Jahrhundertses gebührt das Verdienst, die Aufmerksamkeit auf die Psychosen des Kindesalters gelenkt und sie richtig gewürdigt zu haben. Die ersten bessern Arbeiten stammen von einem englischen Autor CH. WEST, dem sich in Deutschland BERKHAN mit der ersten Monographie über diesen Gegenstand im Jahre 1863 anschloss. Um die gleiche Zeit, erschien auch die erste allgemeine Abhandlung über Psychosen im Zusammenhange mit acuten Krankheiten von BOILEAU.

Abgesehen von einigen kleineren Arbeiten folgten im Jahre 1865 H. WEBER und MUGUIER mit werthvollen Beiträgen. Doch war das Auftreten von geistigen Störungen im Zusammenhange mit somatischen Erkrankungen auch den älteren Aerzten nicht unbekannt und finden sich einzelne Mittheilungen darüber bei THORE und GRIESINGER; ja schon im Jahre 1676 erwähnt SYDENHAM das Vorkommen von Alienationen nach Intermittens.

Die statistischen Angaben über die Häufigkeit der Geistesstörungen im Kindesalter variiren, entsprechend der Grenze, welche dem Kindesalter von verschiedener Seite gesetzt wird, bei den einzelnen Autoren sehr bedeutend; jedenfalls ist es sicher, dass Alienationen in den ersten 10 Jahren, abgesehen vom Blödsinn, sehr selten sind. EMMINGHAUS fand auf 10,000 Einwohner zwischen dem 1—5 Jahre 0,18, zwischen dem 6—10 Jahre 0,69 und zwischen dem 11—15 Jahre 1,46 Irre; während DEBOUTTEVILLE unter den von 1827—1834 in Saint-Yon aufgenommenen Geisteskranken 0,9 Procent zwischen 5—9 Jahren, 3,5 zwischen

10—14 und 20 Procent zwischen 15—20 Jahren fand; TURNHAM fand nur acht Kinder unter zehn Jahren unter 21,333 Geisteskranken, die Blödsinnigen, die weitaus zahlreicher sind, nicht miteingerechnet. Die häufigste Geistesstörung im Kindesalter ist der Idiotismus, sei es angeboren, auf ungenügender Entwicklung des Gehirnes beruhend, oder erworben, als Endresultat einer vorausgegangenen andern geistigen Erkrankung.

Dann folgen in der Häufigkeit des Vorkommens die maniakalischen Exaltationszustände und die Manie; während die melancholischen Zustände relativ sehr selten sind und erst im spätern Kindesalter auftreten.

Es ist aber wol anzunehmen, dass Geisteskrankheiten im Kindesalter häufiger vorkommen, als aus den eben mitgetheilten statistischen Berichten ersichtlich wird. Bedenkt man, dass keine Psychose in der Kindheit mit dem vollständigen Symptomencomplex, als ein einheitliches Krankheitsbild, wie bei Erwachsenen, auftritt, so ist es wohl leicht ersichtlich, dass die Symptome eines geistig erkrankten Kindes manchmal als entsetzliche Unart oder boshafte Anlage gedeutet werden, und erst das Endprodukt, der Idiotismus, richtig erkannt wird.

Als aetiologisches Moment für das Zustandekommen von geistigen Störungen im Kindesalter, kommen neben Heredität namentlich von mütterlicher Seite her, in Betracht: Kopfverletzungen während der Geburt oder auch später, acute Erkrankungen und abnorme Entwicklungsverhältnisse des Gehirns, Insolation, Schreck und Infectionskrankheiten; von den letzteren sind der Häufigkeit nach Typhoid, Pneumonie, Gelenkrheumatismus, Masern, Scharlach und Angina faucium zu nennen.

In den letzten drei Jahren habe ich Gelegenheit gehabt in drei kindlichen Individuen, geistige Störungen nach Infectionskrankheiten zu beobachten; wegen der Seltenheit des Vorkommens erlaube ich mir dieselben in folgendem zu berichten, soweit meine Data reichen. In allen drei Fällen trat die Alienation nach völligem Ablauf der febrilen Erscheinungen auf; einmal im Defervescenzstadium nach Scharlach — in den beiden andern Patienten — im Reconvalescenzstadium nach Typhoid und Diphtherie; in der mir zu Gebote stehenden Litteratur findet sich nur ein Fall durch eine entzündliche Halsaffection bedingt. Derselbe ist von H. Weber in den *Medico-Chirurgical Transactions* vom Jahre 1865 beschrieben; wegen der bestehenden aetiologischen Aehnlichkeit erlaube ich mir Weber's Fall in Kürze mitzutheilen.

Ein 25jähriger Mann zeigte, nachdem er eine heftige Halsentzündung durchgemacht hatte, plötzlich Zeichen von geistiger Störung; im Wahne, dass seine Geschäfte zu Grunde gerichtet waren, wollte er sich sowie seine Frau und Kind tödten, um sie vor kommendem Ungemach zu retten. Doch wurde er an der Ausführung seines Vorhabens gehindert und genas in weniger als zwei Tagen unter der Verabreich-

ung von Morphin in grossen Dosen und mässigen Mengen Wein's ; doch machte sich noch während der nächsten 14 Tage eine grosse Niedergeschlagenheit an ihm bemerkbar und stellte sich erst dann sein früherer heiterer Gemüthszustand wieder ein. Collapserscheinungen begleiteten den Ausbruch der Delirien.

In dem ersten von mir beobachteten Falle handelte es sich um einen 10jährigen Knaben Franz G. Derselbe stammt von gesunden Eltern ; ein Halbbruder des Vaters starb an Phthisis ; acht Geschwister der Mutter an Kinderkrankheiten ; eine Schwester leidet an Epilepsie ; die Mutter unseres Patienten hatte 7 Kinder ; das älteste kam todt zur Welt ; ein zweites starb an Lungenentzündung und ein drittes während der Dentition. Von den vier Lebenden war ein jüngerer Bruder wegen häufiger Anfälle von Bronchitis und ein zehnmonatliches Schwesterchen mit Otitis media und Retropharyngealabscess in meiner Behandlung. Franz wurde am Ende einer normalen Schwangerschaft leicht geboren und zeigte frühzeitig Symptome von starker Rhachitis ; die ersten Zähne erschienen am Ende des ersten Jahres und nach Ablauf des zweiten Jahres war er noch kaum im Stande zu gehen ; ab und zu litt er an Krämpfen ; überstand Masern und Scharlach und hatte häufige Anfälle von Bronchitis und Drüsenanschwellungen am Halse. Von seinem fünften Jahre ab war er immer gesund, ging seitdem zur Schule und war stets ein fleissiger und guter Schüler.

Ende Februar 1889 erkrankte er unter hohem Fieber ; die Temperatur stieg bis zu 104° F. und der Puls war sehr rapide ; es bestand heftiges Kopfweh und Schluckbeschwerden ; bei der Inspection der Mundhöhle zeigte sich die Zunge mit weiss-gelblichen Massen dick belegt ; dabei starke Rötung und Schwellung des Velum's und der hintern Pharynxwand ; während an beiden sehr vergrösserten Tonsillen, kleine, begrenzte diphtheritische Belege zu sehen waren ; die Submaxillardrüsen waren bedeutend vergrössert. Die Viscera des Thorax und Abdomen's wurden normal gefunden und die constitutionellen Symptome standen im Einklang mit den localen Erscheinungen. Zur Bekämpfung des Fiebers wurde Antipyrin in Dosen von 0.3 verordnet und gegen seine Halsaffection stündlich kalter Priessnitz Umschlag und alle zwei Stunden 0.3 Tet. ferri chlor. in Glycerin und wässriger Lösung ; dabei reichliche Verabreichung von Milch, Whiskey und Beeftea. Das Fieber hielt noch während der nächsten drei Tage an, doch nahmen die Beschwerden allmählig ab und am sechsten Tage nach dem Beginn der Erkrankung, liess die locale Affection bis auf eine leichte Rötung der Fauces nach. Der Patient fühlte sich nach jeder Richtung besser und hatte Appetit ; der Urin enthielt weder Eiweiss noch Zucker und wurde in copiöser Menge entleert ; doch war bei normaler Temperatur der Puls schwach und frequent und wurde deshalb ruhiges Verhalten und leichte roborirende Diät angeordnet. Wenige Tage später stellte sich eine ungewohnte Unruhe des Patienten ein ; er konnte bei Nacht nicht schlafen und war appetitlos ; gegen seine son-

stige Gewohnheit war er sehr gesprächig und oft keck in seinen Antworten. Dabei machte sich eine ungewohnte Unstetigkeit in seinen Bewegungen bemerkbar. Nach der Administration von 1 gr. Bromkali pro die besserte sich sein Schlaf ein wenig; doch nahm die Unruhe in der motorischen und psychischen Sphäre in der nächsten Zeit bedeutend zu; während er in der heitersten Stimmung war und unaufhörlich sprach und spielte, kam es bald bei geringen Anlässen zu den heftigsten Zornausbrüchen mit feindseligem Verhalten gegen seine Umgebung und steigerten sich diese oft ohne jegliche Ursache zu sinnloser Wuth mit starker Zerstörungssucht und Brutalität. Bei einer solchen Gelegenheit wollte er einmal in einem unbewachten Augenblicke, nachdem er die Fensterscheiben zerschlagen hatte, sein kleines Lieblingsschwesterchen auf die Strasse werfen, und ein anderes Mal schlug, biss und würgte er seine Mutter und riss ihr die Kleider vom Leibe, bis er selbst ermattet zurückfiel. Ab und zu gingen diesem Toben Anfälle von Stupor voran mit starrem Blick und rigider Stellung des Körpers. Dabei sah er sehr verändert aus; die Augen eingesunken und stier; das Gesicht sowie Hände und Füße kalt mit reichlicher Schweissabsonderung. Der Puls sehr frequent und oft unregelmässig. Es bestand gar keine Esslust und gelang es nur mit grosser Mühe ihm Einiges beizubringen. Die Nachtruhe war schlecht, trotzdem er Morph. sulf. bis zu 0.01 pro die und darüber erhielt. Auf meinen Vorschlag, den Knaben nach einer Anstalt zu schicken, weigerten sich die Eltern einzugehen, umsomehr da ich ihnen den Ablauf der Tobsucht in wenigen Wochen in Aussicht stellte. In seiner Zerstörungswuth zerriss und zerbrach er alles in seiner Umgebung, woran er Hand anlegen konnte; bis auf die vielen Heiligenbilder, mit denen ihn die bigotte Mutter umgeben hatte; mit den Scherben und Ueberresten der Sachen spielte er dann stundenlang; auch an neuem Spielzeug fand er grossen Gefallen. Vor fremden Personen nahm er sich oft zusammen, geberdete sich in der übermüthigsten Laune und war zuweilen sehr schlagfertig in seiner Redensweise; oft auch bediente er sich grober und unanständiger Worte; zuweilen verwechselte er Personen, die er früher sehr gut kannte.

Sehr selten nur traten Hallucinationen auf, häufiger des Gesichtes als des Gehörs und waren die ersteren im Gegensatz zu seiner sonst sehr heitern Stimmung oft ängstlicher Natur. Dieser Zustand hielt fast unverändert bis gegen Ende April '89 an. Von da ab trat unter Abnahme der motorischen und psychischen Unruhe eine allmälige und stete Besserung ein. Während die Zornausbrüche seltener auftraten, wurde er selbst ruhiger und bescheidener in seinem Wesen. Dabei trat grössere Esslust ein und sein Gemüthszustand wurde wieder ruhiger. Doch konnte er sich vieler Worte nicht entsinnen, amnestische Aphasie, und auch das Schreiben und Lesen, dessen er früher sehr gut fähig war, hatte er gänzlich vergessen. Ende Mai war er genügend gebessert, um in Begleitung seiner Mutter zu Verwandten in's

Land zu gehen, und kehrte von da Anfangs Juli wiederhergestellt zurück. Er erinnerte sich sehr wohl an das Vorgefallene und schämte sich, wenn dessen Erwähnung gethan wurde. Auch las und schrieb er wieder ganz gut. Seitdem ist er immer gesund gewesen, mit Ausnahme einer Angina faucium, die nach wenigen Tagen verschwand, ohne irgend welche unangenehme Folgen zu hinterlassen.

Die zweite Beobachtung betrifft ein 12½ Jahre altes Mädchen, Lizzie S., von noch durchaus kindlichem Habitus. Sie stammt aus nervös unbelasteter Familie und hat nur wenige Kinderkrankheiten durchgemacht. Doch soll sie immer schwächlich und blass ausgesehen haben. Im August '89 erkrankte sie an einem Typhus abdominalis; die Symptome, Fieber, Roseola, Milzvergrösserung und Erscheinungen vom Darmkanale waren alle vorhanden; doch war der Verlauf ein recht leichter. Keine Darmblutungen und keine Fieberdelirien.

Etwa zwei Wochen nach Beginn der Reconvalescenz, nachdem sie sich schon ein wenig erholt hatte, wurde die Stimmung des sonst heiteren Mädchens eine sehr gedrückte. Dabei verschlechterte sich die Esslust und der Schlaf. Der Urin, der in copiöser Menge entleert wurde, enthielt weder Eiweiss noch Zucker. Oft weinte sie lange ohne jegliche Ursache, und erklärte endlich, dass sie von schrecklichen Gedanken gequält würde, die sie nicht abweisen könnte und dass sie die Mutter tödten müsste, es jedoch nicht thun wollte. Die Entfernung des Kindes von der um ihr eigenes Leben sehr besorgten Mutter war aus praktischen Gründen unausführbar. Eisen und roborirende Diät wurden angewendet, und abendlich Opiate zur Besserung der Nachtruhe; doch wurde sie von diesen Zwangsvorstellungen mit melancholischer Gemüthsverstimmung noch im Laufe der nächsten Tage zu wiederholten Malen befallen und gewann sie erst nach einigen Wochen ihre frühere Heiterkeit wieder.

In dem dritten von mir beobachteten Falle handelte es sich um einen fast 5jährigen, für sein Alter sehr gut entwickelten Knaben. Hereditär unbelastet war er bis vor Jahresfrist stets gesund gewesen; im letzten Jahre machte er schwere Masern und häufige Anfälle von Angina tonsillaris durch und war seitdem anämisch und schlecht genährt. Im letzten Januar erkrankte er an Scharlach mit sehr mildem Verlaufe; doch konnte die Diagnose mit Sicherheit gestellt werden, um so mehr als im gleichen Hause wenige Tage zuvor ein Kind an derselben Erkrankung gestorben war, und beide Familien häufig mit einander verkehrten. Fieber und Exanthem waren verschwunden; Urin völlig normal und kein Symptom meningitischer Reizung vorhanden, als er nachdem er schon kurz zuvor verdriesslich und unruhig gewesen war, unter bedeutender Steigerung der Unruhe seine Mutter nicht erkannte und von sich stiess, trotzdem er früher mit der grössten Liebe an ihr hing; in starkem Angstgeföhle wollte er aus dem Zimmer auf die Strasse laufen, weil es im Hause brenne. Dabei war das Gesicht sehr bleich, der Blick starr und die Haut mit profusum Scheweisse bedeckt; der Puls sehr frequent und unregel-

mässig; Bettruhe, Whiskey und Pulv. Dov. wurden angeordnet; doch verbrachte er eine unruhige Nacht; und wiederholte sich noch am nächsten Tage in mässigerem Grade der Aufregungszustand mit Gesichtshallucinationen. Die Medication war dieselbe wie Tags zuvor. Bezüglich des Characters der Hallucinationen ist es von Interesse zu bemerken, dass thatsächlich wenige Monate zuvor in der Wohnung Feuer ausgebrochen war, wobei der kleine Knabe sich in sehr grosser Angst befunden haben soll. Die psychische Störung war in diesem Falle nach 48 Stunden abgelaufen.

Die besprochenen Alienationen haben trotz ihres verschiedenen Characters das Gemeinsame, dass sie in kindlichen hereditär nicht belasteten Individuen im Gefolge von Infectionskrankheiten, kürzere oder längere Zeit nach dem vollständigen Abfalle des Fiebers auftraten. Besonders ist dabei auf das Fehlen von meningitischen Symptomen und Nierenerkrankungen hinzuweisen. Der Character der geistigen Störung variiert sehr bedeutend; während sie sich im dritten Falle als rasch vorübergehende Delirien mit Gefühlshallucinationen manifestirt, näherte sie sich in den beiden ersten Fällen den spontan sich entwickelnden Psychosen; und zwar im zweiten Falle den im Kindesalter seltener zu beobachtenden melancholischen Depressionszuständen; während in der ersten Beobachtung ein leichter diphtheritischer Anfall von einer über drei Monate dauernden Mania acuta gefolgt war. Jedesmal war der Ausbruch von Zeichen grosser körperlicher Schwäche, ja sogar des Collapses begleitet. Es sind wohl diese geistigen Störungen zu der Gruppe von Psychosen zu zählen, welche H. Weber als acute Insanity during the Decline of acute Diseases und KRAEPELIN als asthenische Psychosen bezeichnet, während sie von TRAUBE als Inaditonsdelirien erwähnt wurden. Schon früher machten THORE und Andere darauf aufmerksam, dass die nach acuten Krankheiten entstehenden Psychosen in zwei Gruppen getheilt werden müssen. Die erste entsteht während der Entwicklung und der Dauer des acuten Processes, während die zweite Gruppe erst mit dem Eintritt der Reconvalescenz, oder wenigstens in einer fieberlosen Intermission zur Beobachtung kommt. Das ätiologische Moment sowohl, als auch der Verlauf und der Ausgang in diesen beiden Gruppen, den febrilen und asthenischen Delirien, weichen von einander bedeutend ab. KRAEPELIN weist daraufhin, dass in der Pathogenese der fieberhaften Delirien die krankmachenden Reize über die im Einzelindividuum liegenden Vorbedingungen bedeutend überwiegen. Die krankmachenden Reize aber, werden durch die somatischen Störungen (erhöhter Stoffwechsel, hohe Temperatur etc.) geliefert; daher die Monotonie der febrilen Delirien, der kürzere Verlauf und der fast immer günstige Ausgang beim Verschwinden der als Reiz wirkenden Momente. Im Gegensatz dazu, bildet das hauptsächlichste Moment für das Zustandekommen der asthenischen Psychosen die Prädisposition des Individuums; der durch das vorausgegangene Fieber und Infection veränderte Ernährungszustand macht sich bei der nach dem Abfall der



Temperatur verlangsamten Circulation stärker geltend; und das Gehirn, das durch die vorausgegangene Temperatursteigerung eine Veränderung in seinem vitalen Verhalten erlitten haben mag, reagirt zuerst auf die ungenügende Stoffwechselfuhr; ausserdem mag sich ein Einfluss der infectiösen Elemente auf die Centralnervenmasse geltend machen; sei es durch directe Einwirkung auf die Ganglienzellen, oder indirekt durch Veränderung des Blutes durch die Mikroorganismen. Bei den vorhandenen pathologischen Gleichgewichtsschwankungen können schon kleine Reizmomente, welche durch die Vorkommnisse des täglichen Lebens geliefert und oft übersehen werden, zur Entstehung von psychischen Störungen führen. Im Verlaufe nähern sich die asthenischen Psychosen mehr den spontan entstehenden Geistesstörungen, und ihr gewöhnlichster Ausgang ist Heilung: indem bei zunehmender Reconvalescenz und besserer Ernährung des Gehirnes, seine krankhaften Störungen sich auszugleichen pflegen. H. WEBER hält die Prognose für günstig. „Die Störung verschwand in seinen Fällen nach wenigen Stunden oder Tagen, ohne andere Spuren zu hinterlassen, als die eines sehr lebhaften Traumes; doch gibt er zu, dass in manchen Fällen die Störung chronisch werden kann.

KRAEPELIN, dem ich in der Erklärung der Pathogenese der asthenischen Psychosen gefolgt bin, fand in 400 aus der Literatur gesammelten Fällen von febrilen Delirien 87% aller Fälle in 4 Wochen geheilt, während von 300 Fällen von asthenischen Psychosen dieser Prozentsatz innerhalb der gleichen Zeit nur 59 betrug. Der Ausgang in der ersten Gruppe war in 63% Heilung oder aber Tod; während in der zweiten Gruppe neben 82% geheilten und 6.9 letal verlaufenden Fällen, in 10,6% die aufgetretene Geistesstörung unheilbar blieb. DELASIAUVE berichtet, dass mehrere Individuen, die als Kinder maniakalisch gewesen und geheilt wurden, als Erwachsene wieder in die Anstalt gebracht werden mussten, ein Umstand, der bei der Stellung der Prognose berücksichtigt werden muss. Auch kommt Ausgang in Idiotie vor. Prophylactisch sollten nach acuten Krankheiten Kinder, besonders wenn sie anaemisch und herabgekommen sind, nicht zu früh das Bett verlassen; die Herzthätigkeit sollte sorgsam controlirt und durch kräftige Ernährung und Stimulantien drohenden Schwächezuständen vorgebeugt werden. Treten Delirien auf, so ist vor Allem genaues Ueberwachen der Kranken nothwendig; dabei Betruhe und reichliche Verabfolgung von Alcoholicis und Excitantien; zur Herabsetzung der Reizbarkeit des Gehirns kommt die Anwendung von Sedativen in wiederholten und nöthigenfalls selbst grösseren Dosen in Betracht.

#### Literatur.

- 1) CLAUDE-STEPHEN LE PAULMIER. *Des Affections mentales chez les enfants et en particulier de la manie.* Paris. 1856.
- 2) BERKHAN. *Irrsinn bei Kindern.* Braunschweig, 1863.
- 3) H. WEBER. *Medico-Chirurgic. Transactions*, Vol. 48.
- 4) KRAEPELIN. *Archiv für Psychiatrie*, Bd. XI, XII.
- 5) EMMINGHAUS. *Die psychischen Störungen des Kindesalters*, 1887.

## REFERATE.

Krankheiten des Verdauungsapparates.—Referirt von Dr. MAX  
EINHORN.1. Ueber den Einfluss des Chloroforms auf die Pepsinverdauung.  
Von Dr. A. Bertels. (Virch. Archiv, Bd. 130, Heft 3, S. 497).

Bekanntlich hatte SALKOWSKI auf die antibakterielle Eigenschaft des Chloroforms hingewiesen. Ob nun dieser Körper auch eine hemmende Wirkung auf die Thätigkeit der Fermente, namentlich des Pepsins und des Labferments, ausübt, gingen die Ansichten auseinander. B. unternahm es auf Veranlassung von SALKOWSKI, diese Frage genauer zu prüfen. B. stellte eine zahlreiche Reihe von Versuchen über den Einfluss des Chloroforms vornehmlich auf die Pepsinverdauung an und kam in seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen:

1. Chloroform übt einen schädigenden Einfluss auf FINZELBERG'sches Pepsin aus, wenn aus letzterem hergestellte künstliche Verdauungslösungen mit demselben gesättigt werden.

2. Denselben Einfluss hat auch das Durchleiten von Luft.

3. In Verdauungslösungen, die aus frischer Schweinemagenmucosa hergestellt sind, ist weder durch Chloroform noch durch Luftdurchleitung eine ähnliche Wirkung zu erzielen.

2 Ueber den Stoffwechsel der Magenkranken und seine Ansprüche  
an die Therapie. Von Dr. Carl von Noorden. (Berliner Klinik, Heft 55).

Fast alle Magenkrankheiten gewinnen auf den Gesamtstoffwechsel einen nachtheiligen Einfluss, indem sie die Nahrungsaufnahme beeinträchtigen. Von diesem Gesichtspunkte geleitet, stellt von N. als obersten Grundsatz auf, die Magenkranken genügend zu ernähren. Bekanntlich beträgt der Brennwerth der Nahrung eines mässig arbeitenden Menschen ca. 40 Calorien, in der Ruhe ca. 34 Calorien pro Kilo und Tag. Da 1 Gramm Eiweiss einen Werth von 4,1, 1 Gramm Fett von 9,3 und 1 Gramm Kohlehydrat einen Werth von 4,1 Calorien darstellt, kann man leicht nach dem in den aufgenommenen Nahrungsmitteln enthaltenen Gehalt an Eiweiss, Fett und Kohlehydrat (diese Zahlen kann man am besten im KOENIG'schen Buche, „Procentige Zusammensetzung der menschlichen Nahrungsmittel“ finden) die Gesamtmenge der zugeführten Calorien berechnen, und sehen, ob sich diese Zahlen mit den normalen decken. Von Noorden sagt:

„Statt den Hebel der Therapie bei dem erkrankten Organ einzusetzen, gilt es zunächst die wichtigste Folgeerscheinung seiner Erkrankung die chronische Unternahrung zu beseitigen. Man befindet sich dabei in der schwierigen Lage, das erkrankte Organ selbst zur ausgiebigen Mitarbeit heranziehen zu müssen. Es gilt jetzt, das äusserste von ihm zu verlangen, was es leisten kann, ohne schwerer zu erkranken. Gelingt die Zufuhr reichlicher Kost, so darf man hoffen, dass der günstiger werdende Ernährungszustand des Gesamtorganismus den Ausgleich der lokalen Krankheit erleichtert.“

In Ziffern bedeutet dieses: die Gesamtnahrungszufuhr soll soweit gesteigert werden, dass etwa 35 Calorien pro Kilo beim betruhenden und etwa 40 Calorien beim leicht beschäftigten Magenkranken erreicht werden. Man sieht, dass es zweckmässig ist, in jedem Falle, wo die Nahrungszufuhr auf Schwierigkeiten stösst, Bettruhe zu verlangen.“

Man muss darauf achten, die Nahrung vortrefflich zerkleinert darzureichen, um jeden mechanischen Reiz zu vermeiden, ferner muss man jeden unverdaulichen Ballast weglassen. Da Fett so hohe Calorien darstellt und dabei nicht voluminös ist, so ist dasselbe bei der Ernährung der Magenkranken von grossem Werth. Fett wird gut vertragen, wenn es mit Kohlehydraten vergesellschaftet gereicht wird, ferner in der Milch, dann als Eidotter; gute Butter mit Cakes, Zwieback und feinem Weizenbrod wird ohne Beschwerden von den Kranken genommen.

Bei ausschliesslicher Milchnahrung genügen  $2\frac{1}{2}$ —3 Liter Milch per Tag; der Calorienwerth beträgt 1760. Als Speisezettel für Milchdiät mit festen aber schlackenarmen Mehlspeisen und mit Fleischbrühe, giebt von N. folgende Speisezettel.

Milch 1250

Fleischbrühe mit Ei, 10 Gramm Butter, 50 gr. feinem Weizenbrod (geröstet und eingeweicht)

Cakes 70 gr., Butter 15 gr., Suppe aus 30 gr. Tapiokamehl, 1 Ei, 10 gr. Butter.

Als reichlichere, wenig reizende Kost, stellt von N. folgendes auf:  
Zartes Fleisch 250 gr.

Cacao 20,0,

3 Eier,

100 gr. Zwieback,

100 gr. feines Weizenbrod,

50 gr. Cakes,

50 gr. Butter,

40 gr. Tapiokamehl,

40 gr. Maizenmehl,

20 gr. Zucker,

1250 gr. Milch.

Dieser Speisezettel enthält den hohen Calorienwerth von 2747.

Die Therapie anlangend, möchte von N. kleine Mengen Salzsäure  $\frac{1}{2}$  Stunde vor dem Essen in den Fällen von Subacidität anwenden, und zwar weniger, um das Eiweiss zu verdauen als um den Appetit anzuregen. Die Amara möchte von N. zum selben Zwecke gereicht wissen.

### 3. A Résumé of Some Modern Methods of Diagnosis of Diseases of the Stomach. By D. D. Stewart. (The Medical News, February 18th, 1893.)

Verfasser giebt eine genaue übersichtliche Zusammenstellung der neueren Untersuchungsmethoden behufs Diagnose der Magenkrankheiten. Um den Mageninhalt zu gewinnen zieht S. die Aspirationsmethode der EWALD'schen Expression vor.

### 4. A Consideration of Some Modern Therapeutic Agents in the Treatment of Diseases of the Stomach. By D. D. Stewart. (Therapeutic Gazette, February 15th, 1893.)

Als das wichtigste therapeutische Agens in Magenkrankheiten stellt S. die Magenausspülungen hin; demnächst legt Verfasser hohen Werth auf Salzsäure, wenn dieselbe am richtigen Orte gegeben wird, d. h. in Fällen, wo eine mangelhafte Saftausscheidung im Magen stattfindet. In Fällen von HCl-Hypersecretion ist die Anwendung von Alkalien geboten, und ist der Werth derselben ohne Weiteres klar. Den wirklichen Werth, den die Electricität (Faradismus oder Galvanismus) in Magenkrankheiten hat, ist vorläufig nach S. nicht genügend dargethan. Die Anwendung von Pepsin hält S. für überflüssig aber doch unschädlich.

## Dermatologie.—Referirt von Dr. H. GOLDENBERG.

Contribution à l' étude des dermatoses d'origine arsenicale par Dr. Rasch. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Février 1893.)

An der Hand von zwei Krankengeschichten beschreibt der Verf. in eingehender Weise sämtliche nach Arsengebrauch vorkommende Hautaffectionen. Der erste Fall betraf eine 63jährige Frau mit Dermatitis rubra universalis, die lange Zeit hindurch Arsen innerlich nahm (9 Pillen je Imgr. Acid. arsen. pro die). Nach Ablauf eines Jahres stellte sich als Folge dieser Medikation Zoster pectoralis gangrenosus ein. Ferner zeigte sich neben Anorexie, Insomnia, trockenem Mund und Kopfschmerzen ein universeller pustulöser Ausschlag und symmetrische Verdickung der palmae manus, braune Verfärbung und chagriniertes Aussehen der Hohlhände, kein erythematischer Hof (Keratosis palmaris.) Sämtliche Hauterscheinungen verschwanden nach dem Aussetzen des Arsens innerhalb drei Monaten unter indifferenter Behandlung.

Während Zoster und Keratosis palmaris bekannte und anerkannte Symptome von Arsenintoxikation sind, (Kaposi leugnet mit Unrecht, dass es einen Zoster nach Arsengebrauch gibt) war die allgemeine pustulöse Hautaffection, die mit Hinterlassung von pigmentirten Narben abheilte, bisher unbekannt, von einer einzigen ähnlichen Beobachtung von BAZIN abgesehen. Verf. macht auf die Aehnlichkeit der genannten Affection mit pustulösem Syphilid aufmerksam und gibt den Rath, bei zweifelhaften, ulcerösen Processen der Haut an Arsenintoxikation zu denken.

Der zweite Fall betraf einen 35jährigen Phthisiker, der vorher nie an einer Hautkrankheit gelitten und nie Arsen genommen hatte. Nach einer zweitägigen Darreichung von je 9 Tropfen per diem, per os gegeben, trat eine Dermatitis erythemato bullosa generalis acuta auf, ohne Fieber und ohne Betheiligung der Schleimhaut, und verschwand nach dem Aussetzen des Arsens innerhalb einiger Wochen.

Der Autor lässt am Schluss seines interessanten Artikels sämtliche mitgetheilte Fälle von Hautaffectionen nach Arsengebrauch Revue passiren und beschreibt als diesbezügliche Symptome:

1) Melanoderma nach Arsengebrauch. Findet sich häufig, namentlich an abgeheilten psoriatischen Plaques, in Form von dunkelbrauner Pigmentation.

2) Erythematöser und squamöser Ausschlag-Erythrodermia generalis. Aus der Thatsache, dass die Affection als Schluss symptom mehrerer, von einander durchaus verschiedener Hautkrankheiten beobachtet wird, nämlich der Psoriasis, Pityriasis pilaris, Lichen planus, Pemphigus, Eczem, die sehr häufig mit Arsen behandelt werden, schliesst der Verfasser, dass man wohl in vielen derartigen Fällen, würde man darauf achten, den Arsengebrauch als ätiologischen Factor der Erythrodermie ansehen müsste.

3) Urticaria und Oedema subcut. speciell des Augenlides.

4) Vesiculöse Eruption: Zoster, Herpes genitalis und labialis, häufig nach Arsen beobachtet.

5) Papulöse Eruption: lichenoides, circumpilare, lenticulare, lokalisiert oder universell.

6) Purpura.

7) Haarausfall.

8) Deformation oder Verlust der Nägel.

(Eine eingehende Besprechung des Artikels schien dem Ref. bei der praktischen Wichtigkeit des Gegenstandes angezeigt. Was die beiden Fälle betrifft, so ist, wenn auch im ersten Falle die *Wahrscheinlichkeit* vorliegt, dass die beschriebenen Hautaffectionen durch Arsen veranlasst wurden, doch kein strikter Beweis für den Zusammenhang von Ursache und Wirkung erbracht.

Der Verfasser hätte durch eine Wiederholung der Arsenmedikation den Ausschlag nochmals hervorzurufen versuchen sollen. Ref.)

## 2. Un cas rare de Lichen plan de Wilson Par A. Page (ibidem).

Die Schilderung der Krankengeschichte ist besonders genau und interessant, weil der Verfasser selbst der Träger der genannten Affection war. Es handelte sich um einen universellen Lichen planus mit Betheiligung der Schleimhaut des Mundes und der Urethra vielleicht auch des Larynx und des Rectums mit relativer Anämie und hochgradiger Nervosität. Der vorher nie nervöse Verfasser litt so furchtbar, dass er häufig Selbstmordgedanken bekam. Arsenik, Morphin, grosse Dosen Chloral und alle möglichen äusseren Mittel hatten keinerlei Wirkung auf die Hautaffection oder die consecutiven Allgemeinstörungen. Dagegen trat vollständige Heilung innerhalb einiger Wochen ein, sobald der Patient sich einer von Jacquet zuerst empfohlenen Behandlung unterzog, nämlich einer zweimal täglich applicirten warmen Douche. Arsenik war während dieser Zeit ausgesetzt worden, ebenso jede andere innerliche oder äusserliche Medication. (In der im Anschluss an diesen äusserst interessanten Fall folgenden Discussion der „Société de Dermatologie et de Syphiligraphie“ vom 16. Februar macht Jacquet besonders auf die Betheiligung der Schleimhäute und die unterdrückte Urinsekretion aufmerksam). Bezüglich der Therapie bemerkt er, dass jedes Aussetzen der Hydrotherapie sofort ein Recidiv zur Folge hatte. In leichten Fällen genügt eine Douche täglich, in schwereren sind dagegen zwei pro die nothwendig. Man wählt die Temperatur, die dem Kranken am meisten zusagt. Besnier macht darauf aufmerksam, dass er in 5—6 Fällen von Lichen planus, die er an Aerzten beobachtete, stets schwere nervöse Störungen konstatirte, die er in ursächlichen Zusammenhang mit der Beschäftigung bringt.

## 3. Some of the Effects of "Withdrawal." By L. B. Bangs. (The Southern Clinic, June, 1892.)

Der Autor bespricht an der Hand von zwei Krankengeschichten die schädliche Einwirkung des zur Verhütung der Conception gewohnheitsmässig angewandten Präservativmittels—des Coitus interruptus—auf die männliche Harnröhre und den gesammten Organismus. Es entwickelt sich chronische Hyperaemie der Prostata, Samenblasen und des prostatischen Theils der Harnröhre, Neuralgie der Hoden, häufiger Urindrang, kurz das Bild der sexuellen Neurasthenie. Am Schluss warnt der Autor in diesen Fällen vor einer zu intensiven und zu lange fortgesetzten localen Behandlung.

## 4. Ueber Coitus reservatus als Ursache sexueller Neurasthenie bei Männern. Von A. Eulenburg. (Berlin Internat. Centralbl. für die Physiol. und Path. der Harn- und Sexual-Organen.)

Der Verf. bespricht vom Standpunkt des Neurologen die Folgen des "unvollständigen Beischlafes." Der naturgemässe Ablauf des Geschlechtsactes erfährt eine wesentliche künstliche Abänderung; eine Reaction, wie bei der natürlichen Ejaculation, tritt nicht ein, die

durch die plötzliche Entleerung des blutüberfüllten Genitalschlauches beim normalen Coitus bewirkte Aufhebung der centralen Innervation, und dadurch veranlasste Erschlaffung des Genitalapparates bleibt aus. In der Mehrzahl der Fälle tritt eine durch den abnormen Ablauf des Erregungsmechanismus unmittelbar gesetzte functionelle Schädigung der genitalen und benachbarten spinalen Centren ein. Der Verf. gibt an, dass ihm bei männlichen Neurasthenikern „in fast erschreckender Häufigkeit“ Fälle entgegengetreten sind, wobei der Coitus reservatus als mitwirkendes ätiologisches Moment angeschuldigt wurde. (Ref. hatte Gelegenheit bei einigen verheiratheten Männern, die den genannten Onanismus conjugalis ausübten, endoscopisch hochgradige Schwellungen des colliculus seminalis, bei zweien Polypen vor dem Samenhügel zu finden, die bei Ausschluss einer vorangegangenen gonorrhoeischen Infection als directe Folge des Coitus reservatus angesehen wurden. Andererseits gibt es zweifellos viele Ehemänner, den besseren Ständen angehörig, bei welchen, trotz Jahrelang fortgesetzten Coitus interruptus urethrale Störungen ausbleiben. Prädisposition und die Häufigkeit des geschlechtlichen Verkehrs spielen dabei eine Rolle.)

#### Augenheilkunde.—Referirt von Dr. A. SCHAPRINGER.

##### 1. Ueber den Einfluss des Sympathicus auf das Auge, insbesondere auf die Irisbewegung. Von E. Heese. (Pflügers Arch. f. Physiologie, 52. Bd., S. 535.)

Verf. stellt die Resultate seiner Thierversuche selbst in folgenden Sätzen zusammen: 1) Es giebt einen vom Sympathicus innervirten Dilator pupillae, wie die durch Reizung dieses Nerven erhaltenen Contractions-Curven des Dilator der Katze beweisen. — 2) Sympathicusreizung bewirkt beim Kaninchen abweichend von der allgemeinen Regel ein Einsinken des Augapfels in die Augenhöhle infolge Contraction der Orbitalgefäße und der dadurch bedingten Anämie, Durchschneidung dagegen die entgegengesetzte Bewegung, ein Hervortreten desselben. Umgekehrt gehen die Bulbusbewegungen unmittelbar nach dem Tode gleichsinnig mit denen der übrigen Thiere, wie Katze und Hund, infolge der jetzt zur Geltung kommenden Kraftwirkung des Musc. orbitalis vor sich, d. h. Reizung des Sympathicus ist nur von einem Heraustreten des Auges aus der Orbita infolge der Contraction dieses Muskels gefolgt. — 3) Cornea und Linse gehen keine Gestaltsveränderung unter dem Einfluss des Sympathicus ein. Eine Hemmungswirkung desselben auf die Accommodation ist nicht vorhanden, wie er überhaupt keinen Antheil an letzterem Vorgange nimmt.

Die unter 1) angeführte Folgerung richtet sich einerseits gegen GRÜNHAGEN und seine Schüler, nach welchen der Einfluss des Sympathicus auf die Pupille nur in einer Einwirkung auf deren Blutgefäße bestehen soll, welche bei ihrer Contraction eine erweiternde Wirkung auf dieselbe ausüben, andererseits gegen die neuere Theorie von GASKELL, nach welcher es zwar ebenfalls keinen Dilator geben, die Reizung des Sympathicus aber nicht durch Gefäßcontraction, sondern durch eine hemmende Wirkung auf den Sphincter Pupillenerweiterung herbeiführen soll. — Die unter 3) zusammengefassten Resultate widersprechen den Angaben von MORAT und DOYON, welche mittels einer unzureichenden Methode nachgewiesen zu haben glauben, dass der Sympathicus der Hemmungsnerv der Accommodation sei.

Mit Rücksicht auf die Arbeit von TH. BEER über den traumatischen Enophthalmus, deren Referat hier folgt, sind die Experimente, deren

Resultate unter 2) resumirt werden, von besonderem Interesse. Wegen der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden; es sei hier jedoch wiedergegeben, was H. über den Verlauf der Sympathicusfasern, welche den *Musc. orbitalis* innerviren, vorbringt: „Bekanntlich hat H. MÜLLER nachgewiesen, dass ein grosser Theil der Nervenfasern für den *Musc. orbitalis* sich bis zum Ganglion spheno-palatinum verfolgen liesse. Ich vermuthete desshalb, dass diese sympathischen Fasern ihren weitem Verlauf von genanntem Ganglion mittelst des Nervus petrosus profundus maior, welcher das graue Bündel des Nervus Vidianus bildet, zum Plexus caroticus internus nehmen. Diese Annahme fand auch durch das Experiment Bestätigung. Ich drang an der inneren Seite des Unterkiefers in die Tiefe der Nasen-Rachenhöhle vor, suchte die Basis des Processus pterygoideus auf und durchschlug mit einem feinen Meissel den Canalis Vidianus. . . . Bei völliger Durchtrennung des Nervus Vidianus sieht man nun das Hervortreten des Augapfels auf Reizung des Sympathicus ausbleiben.“ Es ist somit der Verlauf der den genannten Muskel innervirenden Fasern von der Peripherie aufsteigend durch den Plexus caroticus, den Nervus Vidianus, den Nervus petrosus profundus maior bis zum MECKEL'schen Ganglion durch den physiologischen Versuch nachgewiesen.

2. Studien über den traumatischen Enophthalmus. Von Theodor Beer. (Arch. f. Augenh., Bd. XXV, S. 315.)

3. Nachtrag hiezu. (Ibidem. S. 447.)

B. theilt zwei Fälle von traumatischem Enophthalmus mit. Der erste Fall betrifft einen 42jährigen Landmann, welcher beim Aekern von einem Pferde einen Hufschlag gegen das rechte Auge erhalten hatte. Er stürzte bewusstlos zusammen, erbrach öfters während der ersten Stunden nach der Verletzung und kam zwei Stunden nach derselben wieder zu sich. Die verletzte Parthie war heftig geschwollen, so dass Pat. das Auge nicht öffnen konnte. Acht Tage nach dem Unfall war die Anschwellung zurückgegangen. Als er das Auge wieder öffnen konnte, bemerkte er eine Herabsetzung des Gesichtsvermögens. Schmerzen waren nie erheblich gewesen, doch klagt er über ein in letzterer Zeit häufig auftretendes „pelziges Gefühl im Auge.“ Das Zurückgesunkensein des rechten Bulbus wurde sehr bald nach der Abnahme der Schwellung, etwa 10—12 Tage nach dem Unfall, zuerst von der Umgebung des Pat. bemerkt. Bei der Untersuchung findet sich eine keilförmige Impression des Margo supraorbitalis und dieser entsprechend eine Narbe in der Haut. Beim Versuch die Wände der Orbitalhöhle zu palpiren kann man mit der Spitze des kleinen Fingers geradezu unheimlich tief, fast hinter den Bulbus, der dabei etwas nach vorn verdrängt wird, in die Augenhöhle vordringen, ohne dass der Pat. dabei besondere Beschwerden empfindet, aber nirgends ist ein positives Anzeichen für eine Fractur oder Impression zu fühlen. Das Zurückgesunkensein des Bulbus beträgt im Mittel von mehreren Messungen mit SNELLENS Statometer 7.4 Mm. Ausserdem steht der rechte Bulbus auch um 2 Mm. tiefer als der linke. Beim Blick nach oben bleibt der rechte Bulbus etwas zurück, beim Blick nach unten bleibt die Höhendistanz der Corneae wie in der Mittellage. Beim Blick nach innen kein Defect, beim Blick nach aussen bleibt der rechte Bulbus ein wenig zurück. Es besteht leichte Ptosis, ferner Iridodialysis und Atrophie des Sehnerven.

Im zweiten Fall handelt es sich um einen 15jährigen Burschen, der beim Abstieg vom Gebirge drei Meter herabstürzte und mit der linken Gesichtshälfte gegen einen grossen Stein aufschlug. Er hatte sich

nirgends erheblich verletzt, war auch nicht bewusstlos, fühlte sich nur etwas „dumm im Kopf.“ Am achten Tage wurde das Zurückgesunkensein des linken Auges bemerkt. Der Bulbus ist um 3 Mm. gegenüber dem andern Auge zurückgesunken, das obere Lid hängt ein wenig tiefer als auf der normalen Seite. Kein Beweglichkeitsdefect, keine Doppelbilder, gutes Sehvermögen.

Im Anschluss an diese beiden Fälle gibt Verf. eine ausführliche und kritische Zusammenstellung sämtlicher bisher in der Literatur enthaltener Fälle von traumatischem Enophthalmus, deren Zahl mit Einschluss der eben referirten beiden B.'schen Fälle nur 13 beträgt. Wie Ref. gelegentlich eines von ihm in dieser Monatschr. (Juni 1890) mitgetheilten Falles, verwirft auch B. die über die Pathogenese dieser seltenen Stellungsanomalie des Bulbus aufgestellten Hypothesen der Absprengung der Trochlea (HIMLY), des Druckschwundes des Fettpolsters der Orbitalhöhle als Folge langdauernder und gewaltiger Quetschung (NIEDEN) oder der narbigen Schrumpfung des retrobulbären Zellgewebes (GESSNER), aber auch die von LANG aufgestellte Theorie der Fractur oder Depression eines Theiles der Orbitalwandung, so dass die Masse des Orbitalfettes nicht mehr ausreichte den vergrößerten postocularen Raum auszufüllen, und der Bulbus unter dem atmosphärischen Druck einsinkt. B. betrachtet es als ziemlich gewiss, dass der kurze Zeit nach stumpfen Traumen auftretende Enophthalmus auf einem Zurücksinken des Bulbus infolge von Volumsverminderung des Orbitalinhalts beruht, welche ihrerseits wieder durch eine Atrophie des retrobulbären Fett- und Zellgewebes bedingt ist. Der Schwund des Fettpolsters ist auf eine Läsion nervöser Centren oder Bahnen zu beziehen, und zwar ist von den letzteren vorzugsweise an den Sympathicus, vielleicht aber auch an den Trigeminus zu denken. An eine genauere Localisation wagt sich B. nicht heran. Der Umstand, dass der Enophthalmus traumaticus nur nach Traumen der Augengegend auftritt, spricht nicht für eine Alteration hochgelegener Centren; man hat wohl eher an eine Läsion der Ganglien — vielleicht des Ganglion ciliare (man vergleiche das vorstehende Referat der Arbeit von HEESE über den den *Musc. orbitalis* innervirenden Faserzug, Ref.) — oder periphere Nervenzüge der Orbita zu denken. (Die Ansicht, dass der Enophth. traum. im Allgemeinen als das Ergebniss einer Nervenläsion anzusehen sei, ist zuerst vom Ref. aufgestellt worden.)

#### 4. A Case of Affection of the Cervical Sympathetic Nerve with Oculo—Pupillary Symptoms and Anidrosis. By E. Gruening in New York. (New York Eye and Ear Infirmary Reports, Vol. I, p. 11.)

Eine 55jährige Frau war, neben einem rothglühenden Herd stehend, mit Bügeln beschäftigt, während sie auf der entgegengesetzten Seite einer durch das offene Fenster hereinströmenden kalten Zugluft ausgesetzt war. Am folgenden Tage bemerkte sie, dass, während die linke Hälfte ihres Gesichtes wie gewöhnlich von Schweiß feucht war, die rechte sich ganz trocken anfühlte, und dass das Auge dieser Seite sich nicht so weit öffnete wie das linke. Allgemeinbefinden ungestört. Bei der drei Wochen später vorgenommenen Untersuchung wurde neben den von der Patientin selbst schon wahrgenommenen Veränderungen auch eine Miosis des rechten Auges constatirt. Keine Hypotonie, kein Enophthalmus. Die rechte Gesichtshälfte blass und eingefallen. In Bezug auf die Secretion der Thränen, des Speichels, sowie des Nasen- und Rachenschleimes ist auf beiden Seiten kein Unterschied zu bemerken. Am Halse keine Anschwellungen oder empfind-



liche Stellen. Dieser Fall ähnelt insbesondere durch das ausgesprochene ätiologische Moment der Erkältung dem von NIEDEN mitgetheilten „Fall von Sympathicusaffection im Gebiete des Auges“ (Centralbl. f. pr. Augenheilk., Juni 1884). Ein zweiter Fall betraf einen 21jährigen Jüngling, bei welchem seit drei Jahren auf dem rechten Auge Ptosis und Miosis bestand. Ein bestimmtes ätiologisches Moment war hier nicht nachzuweisen. Die rechte Hälfte des Gesichts war atrophisch, die Schweisssecretion jedoch nicht beeinträchtigt. Die Accommodationsbreite war in beiden Fällen uneingeschränkt, also auf dem afficirten Auge ebenso gross wie auf dem gesunden.

**5. Nine Cases of Orbital Traumatism Resulting in Immediate Monocular Blindness Through Fracture into Foramen Opticum. By Peter A. Callan in New York. (New York Eye and Ear Infirmary Reports, Vol. I, p. 1.)**

Seit März 1890 hat Verf. neun Fälle der im Titel beschriebenen Art der Verletzung klinisch zu beobachten Gelegenheit gehabt. In einem der Fälle handelte es sich um einen heftigen, gegen die linke Orbitalgegend gerichteten Schlag, in Folge dessen der Sehnerv des rechten Auges atrophisch wurde. Bekanntlich verdanken wir den mühsamen Untersuchungen von HÖLDERS in Stuttgart die Kenntniss der Pathogenese der hier besprochenen Art der Erblindung. Die Einzelheiten der Krankengeschichten sind im Original nachzusehen.

**6. Ueber eine bisher unbekannte Veränderung der Linse bei der Accommodation. Von M. Tscherning in Paris. (Zeitschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. III, Heft 6.)**

Mit Hülfe des Ophthalmophakometers, eines neuen, von T. construirten und zur Messung der Krümmungsradien der Linsenflächen bestimmten Instrumentes, entdeckte Verf., dass die Linse gegen Ende der Accommodation sich nach unten verschiebt. Im Ruhezustande befindet sich die Linsenaxe 0.25—0.50 mm über dem Krümmungsmittelpunkt der Hornhaut; während der Accommodation steigt nun die Linse derart herab, dass der Krümmungsmittelpunkt der Cornea auf ihre Axe zu liegen kommt, also das Auge nahezu centriert ist.

**7. Restoration of the Integument of the Eyelids in a Case of Severe Burn. By John E. Weeks in New York. (N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports, Vol. I, p. 14.)**

Es handelte sich um Ectropion sämmtlicher vier Augenlider nach ausgedehnter Verbrennung des Gesichtes, wo beide Corneae wegen ungenügenden Schutzes schon bedeutend gelitten hatten und ganz der Zerstörung anheimzufallen drohten. Durch eine Reihe von plastischen Operationen nach der Methode von WOLFE — Transplantationen stielloser Lappen — gelang es, den Zustand des Patienten bedeutend zu verbessern. Die Details dieser Operationen werden genau wiedergegeben. Dauer der Behandlung zehn Monate.

**8. Peculiar Pigmentation of the Cornea. By John E. Weeks. (N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports, Vol. I, p. 37.)**

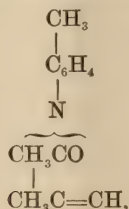
Die Hornhaut des rechten Auges eines 32jährigen Mannes, welches vor etwa zwanzig Jahren eine perforirende Verletzung durch eine Nähnadel erlitten hatte, wodurch das Sehvermögen zerstört ward, zeigte eine eigenthümliche rostbraune Verfärbung. Der Rand der

Cornea war als ein 1 mm breiter Ring klar geblieben. Es kam zur Enucleation des Bulbus wodurch die mikroskopische und mikrochemische Untersuchung der verfärbten Cornea möglich wurde. Es fanden sich in derselben Pigmentkörner, deren Ursprung offenbar auf extravasirtes Blut zurückzuführen ist. Als von klinischem Interesse ist der Umstand hervorzuheben, dass die hier beschriebene Hornhautverfärbung dem weniger geübten Beobachter leicht als in die Vorderkammer luxirte Linse imponiren kann. In der Litteratur fand W. nur sechs ähnliche Fälle verzeichnet.

### Arzneimittellehre.—Referirt von Dr. AD. ZEDERBAUM.

Ueber Tolysal. Von Dr. A. Hennig. (Deutsche med. Wochenschr. 1893, No. 8).

Das, in der letzten Zeit von RIEDEL dargestellte, *Tolysal* unterscheidet sich vom Salipyrin (Antipyrinsalicylat) durch Ersatz eines in der Phenylgruppe in Parastellung befindlichen Wasserstoffatoms durch die Methylgruppe und besitzt die Zusammensetzung:



welche der Formel  $\text{C}_{12}\text{H}_{14}\text{N}_2\text{O}_3$  entspricht. Das Präparat besteht aus kleinen, farblosen Krystallen, welche sich schwer in Wasser und Aether, leicht in Alcohol lösen. Nachdem H. zuerst an Kaninchen experimentirt und die Unschädlichkeit des Präparates festgestellt hatte, ging er zu Versuchen am Menschen über. Es zeigte sich, dass ein gesunder Mensch 4–6 Gramm Tolysal pro die ohne irgend welche Störungen gut verträgt; die Temperatur geht nur um einige Zehntel eines Grades herunter; collapsartige Erscheinungen sind niemals aufgetreten. Eine andere Untersuchungsreihe, welche H. angestellt hatte, zeigte, dass Tolysal in Dosen von 3,0–8,0 pro die, verschieden lange gereicht, acute wie chronische Rheumatismen der Gelenke und Muskeln ausserordentlich schnell und günstig beeinflusst. Das Resumé seiner Arbeit fasst H. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Das Tolysal Riedel ist in Dosen von 3,0–6,0 in  $\frac{1}{2}$ - bis einstündlichen Zwischenräumen, nach der Formel 2,0 + 1,0 + 1,0 u. s. w. gereicht, ein ausserordentlich zuverlässiges Mittel beim acuten Gelenkrheumatismus.

2. Das Mittel, in gleicher Weise mehrere Tage hintereinander gegeben, beeinflusst selbst sehr veraltete Muskel- und Gelenkrheumatismen recht günstig. Zur Erzielung eines anhaltenden Erfolges müssen auch nach Besserung des Leidens noch kleinere Dosen bis 3,0 pro die über längere Zeit gebraucht werden.

3. Das Tolysal ist in Dosen von 1,0–3,0 ein kräftig wirkendes Anodynum; rheumatische Neuralgien werden bisweilen schon durch Gaben von 1,0–2,0 dauernd beseitigt.

4. Das Tolysal ist ein wirksames Antifebrile; es setzt in einer Gesamtmenge von 4,0–8,0 in Dosen von 2,0 + 1,0 + 1,0 u. s. w. in kurzen

$\frac{1}{2}$ - bis einstündlichen Intervallen sowohl bei remittirenden als auch bei continuirlichen Fiebern die Temperatur energisch herab; der Temperaturabfall geht bisweilen sogleich zur Norm über und die Apyrexie bleibt definitiv.

5. Mit der Entfieberung ist meist auch eine Abnahme der Puls- wie Athmungsfrequenz verbunden.

6. Der Temperaturabfall tritt häufiger schon in einer Stunde ein und hält sich desto länger, je langsamer und je tiefer der Abfall ist.

7. Normale Temperaturen werden selbst durch grössere Gaben (4,0—6,0) nur unwesentlich um 0,1—0,6 beeinflusst resp. erniedrigt; subnormale Temperaturen sind in derartigen Fällen niemals beobachtet worden.

8. Das neue Präparat ist als Antirheumaticum auch in solchen Fällen von Nutzen, wo andere Medicamente, wie salicylsaures Natron, Antipyrin, Phenacetin, Salol ohne jeden Erfolg gereicht werden.

9. Tolysal hat weder cumulirende Wirkung, noch tritt Gewöhnung ein.

10. Das Mittel ist am wirksamsten in den Nachmittagsstunden; vereinzelte Dosen haben nicht denselben Erfolg wie grössere in kurzen Zwischenräumen gereichte Quantitäten.

11. Der neue Arzneikörper wirkt sowohl bei febrilen als auch bei afebrilen Krankheiten günstig auf den Schlaf ein.

12. Tolysal macht keine unangenehmen Nebenwirkungen wie Ohrensausen, Eingenommenheit des Kopfes, Magendruck, Uebelkeit, Brechneigung, Erbrechen, Frösteln beim Wiederansteigen der Temperatur, Cyanose, Dyspnoe, lästige und langanhaltende Schweisse, Schwerhörigkeit, Zittern der Extremitäten, Diarrhöen, Exantheme, Collaps, Geistesstörungen—im Gegensatze zum Chinin, dem salicylsauren Natron, der Salicylsäure, dem Kairin, Antipyrin, Antifebrin, schwefelsauren Thallin, Phenacetin, Agathin etc.

13. Tolysal hat antifermentative Wirkungen.

14. Tolysal besitzt antiseptische Eigenschaften.

Infolge der unter 1—14 angegebenen Characteristica muss das Tolysal als ein sehr werthvolles Antirheumaticum, Antineuralgicum und Antipyreticum auf's wärmste empfohlen werden, zumal bei dem Gebrauche desselben keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen auftreten, und dasselbe durch seinen sehr niedrigen Preis auch in der Armenpraxis dauernde Nutzenwendung finden kann.

**Ueber die Ausscheidung subcutan injicirten Morphiums durch den Speichel.** Von Dr. Jul. Rosenthal in Kissingen. (Centralbl. f. klin. Med., 1893, No. 1.)

R. hat durch seine Versuche an Menschen und Thieren feststellen können, dass das Morphinum durch den Speichel in nicht unbeträchtlicher Quantität ausgeschieden wird, dass es ferner sich im Körper anhäufen kann, und dass endlich der positive Ausfall der Reaktion und die quantitative Bestimmung des im Mageninhalt enthaltenen Morphiums keinen direkten Schluss auf die Menge des durch die Magenthätigkeit abgesonderten Morphiums zulässt. Er meint, dass bei Verdacht auf Morphinumintoxication der Gerichts-Arzt oder -Chemiker den jedenfalls leichter als Mageninhalt zu erlangenden Speichel mit Ausgang auf Erfolg zum Gegenstande seiner Untersuchungen machen kann.

## Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

Sitzung vom 7 November 1892.

17 W. 43. St

(Fortsetzung von Seite 112.)

Präsident : C. HEITZMANN.

Präsident Heitzmann dankt Dr. VULPIUS im Namen des Vereins für seinen interessanten Vortrag, und schickt sodann dem nächsten Vortrag von Dr. GLEITSMANN folgende einleitende Worte voraus: Eine der bekanntesten Anstalten für Lungenkranke sei die von Dr. von RUCK in Asheville (N. C.); die Zahl der Patienten hat stetig zugenommen, sodass die alten Räumlichkeiten nicht mehr ausreichten; vor etwa zwei Jahren hatte dann Dr. von RUCK ein Prachtgebäude errichten lassen mit allen modernen Einrichtungen. Vor etwa zwei Monaten jedoch ist die ganze Anstalt abgebrannt; sämtliche Patienten sind jedoch glücklich gerettet worden. Dr. von RUCK beabsichtigt, die Anstalt von neuem zu errichten und lässt durch den Präsidenten die Bitte ergeben, dass die Herren Collegen ihm Patienten nicht im allerletzten, sondern im Anfangsstadium der Phthise schicken möchten, damit die zu erreichenden Erfolge den Erwartungen entsprächen. Dr. GLEITSMANN wird die klimatischen Verhältnisse Asheville's schildern.

Es folgt nun der Vortrag von Dr. J. W. GLEITSMANN: **Asheville, N. C. und seine Vorzüge als Curort für Lungenkranke.**

(Abgedruckt in der MEDICINISCHEN MONATSSCHRIFT.)

### Discussion.

Dr. A. Rose. Die erwähnte Anstalt passt nur für Bemittelte; Redner hat dagegen in Anregung gebracht, dass eine ähnliche Anstalt für Unbemittelte errichtet werde. In Deutschland ist soeben eine derartige Anstalt eröffnet worden.

Dr. C. Heitzmann räth Dr. Rose dem Verwaltungsrath dieser Gesellschaft einen Antrag behufs Ausführung obigen Planes zu unterbreiten.

Dr. G. Langmann. Dr. GLEITSMANN hat einzelne Extreme zwischen Asheville und Colorado angeführt; letzteres liegt viel höher. Die Temperatursprünge sind in Asheville nicht hoch. Es ist charakteristisch für die ganze Küste Nordamerika's auf der Ostseite der Cordilleren hohe Temperaturschwankungen zu zeigen, d. h. das Klima ist da besonders ungleichmässig. Nur der südliche Theil Carolina's macht von dieser Regel eine Ausnahme; hier ist ein Windschutz da und deswegen ist die Vegetation eine rein südliche und das Klima gleichmässig. Auch Florida ist den Temperaturschwankungen ausgesetzt. Ein Sanatorium ist in dieser Beziehung nicht hoch genug anzuschlagen; auch die Behandlung eines tüchtigen Arztes kommt hierbei in Betracht; deswegen empfiehlt Redner gleichfalls die Anstaltsbehandlung.

Dr. Tyndale. In keiner Krankheit werden so viele Irrthümer begangen, wie bei der Tuberkulose. Die Elemente: verminderter Luftdruck, Trockenheit und Temperaturgleichheit spielen eine grosse Rolle, um diese Krankheit günstig zu beeinflussen. Redner empfiehlt gleichfalls Asheville, weil es in der Nähe gelegen ist; die ideale Gegend liegt jedoch in New-Mexico und Arizona.

A. Seibert kennt die Anstalten Deutschlands und der Schweiz; er freue sich, dass wir hier eine ordentliche Anstalt haben, wo man Bemittelte hinschicken kann. In Davos sah Redner 50 Phthisiker in geschlossenen Kneipen, — weil sie nicht unter steter ärztlicher Behandlung waren. In der Litteratur über Climatologie ist viel Unrichtiges geschrieben worden. Redner halte daran, dass das Klima allein keinen Unterschied mache in Bezug auf Tuberkulose. Ein College, der an wiederholten Lungenblutungen litt, machte als Schiffsarzt Reisen zwischen New York und Bremen und befand sich auch bei schlechtem Wetter sehr wohl; als dieser College später jedoch seine Seereisen aufgab und in der Stadt lebte, litt er wieder heftig an der Lunge. Die Hauptsache ist, nach Redner, dass der Patient dem Wetter trotzt und möglichst viel im Freien lebt.

Dr. Vulpinus fragt, ob es die Verdünnung der Luft oder die Reinheit derselben ist, welche bei der Tuberkulose eine Rolle spielen. Redner habe seiner Zeit nachgefragt und in einer Höhe von 11,000 Fuss keine einheimischen Tuberkulosefälle vorgefunden; er glaube, dass der verminderte hydrostatische Druck die Hauptrolle spiele.

Dr. Halpern. In Russland werden viele Phthisiker nach den Steppen hingeschickt; dort leben sie vollständig im Freien, trinken Kumyss und schlafen in den sogenannten Kirgisenzelten. Die Phthisiker befinden sich in der trockenen Luft auf der Ebene ganz wohl. Das beweist, dass das Höhenklima an sich keine besondere Rolle spiele.

Gleitsmann. Die frische Luft kommt natürlich in all diesen Anstalten in Betracht. Die täglichen Temperaturdifferenzen, die LANGMANN erwähnt hat, sind in Asheville viel geringer als in Colorado oder an den anderen erwähnten Orten.

Dr. Seibert's Vortrag wird wegen der vorgerückten Zeit für die December-Sitzung verschoben.

Nomination von Beamten für das Jahr 1893.

Präsident: C. Heitzmann lehnt ab, Willy Meyer, Boldt, Gleitsmann.

Vizepräsident: Rachel, Foerster, Krollpfeiffer.

Protokollirender Secretär: Max Einhorn.

Stellv. protok. Secretär: W. Freudenthal, F. Torek.

Correspond. Secretär: Freudenthal, A. Rose, L. Heitzmann.

Schatzmeister: L. Weiss.

Verwaltungsrath: L. Fischer, L. Weber, F. Lange, Krollpfeiffer, Seibert, Kammerer, von Ramdohr, A. Jacobi, Caillé, Edebohls, Lustgarten, C. Heitzmann.

Zu neuen Mitgliedern werden vorgeschlagen:

Dr. B. LAPOWSKI, 122 E. 59. St., von Dr. EINHORN.

Dr. L. DRUCKLIEB, 691 Lexington Ave., von Dr. F. LANGE.

Dr. L. STIEGLITZ, 173 E. 60. St., } von Dr. E. PISKO.

Dr. H. HEIMAN, 220 E. 116. St., }

Dr. ALFRED H. STIEBELING, 71 2. Ave., von Dr. W. FREUDENTHAL.

Dr. A. SCHULMAN, von Dr. BOLDT.

Dr. F. Lange berichtet, dass Prof. von ESMARCH Anfang Januar seinen 70 jährigen Geburtstag begehe und stellt den Antrag, dass der Verein ein Glückwunschtelegramm hinschicke.

Dieser Antrag wird einstimmig angenommen, und die Herren F. LANGE, WILLY MEYER und F. KAMMERER mit der Abfassung der Adresse betraut.

Schluss und Vertagung.

Dr. MAX EINHORN,  
protokollirender Secretär.

## Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

(110 West 34. Strasse.)

Sitzung vom 28. Oktober 1892.

Vorsitzender: CAILLÉ.

Schriftführer: E. FRIDENBERG.

### Vorstellung von Patienten.

Gleitsmann stellt einen Mann vor mit Infiltration der Mund-Gaumen- und Rachenschleimhaut.

FRANZ MENSTICK, 357 E. 74. Str., 43 Jahr, nie krank gewesen, früher Matrose, seit 21 Jahr hier im Lande, jetzt Porter im Tabaksgeschäft, verheirathet seit 13 Jahren, hat zwei kleine Kinder an Croup verloren eins und zwei Jahr alt, zwei von neun und zwölf Jahren lebend und gesund.

Behauptet positiv, nie inficirt gewesen zu sein, sein jetziges Leiden seine erste Krankheit. Fühlte zuerst im Juli Beschwerden, bestehend in Trockenheit, die im Schlucken hinderte. Konnte nicht mehr Speichel schlucken, aber nie Schmerzen. Ging zum Arzte, der ihn in Polyclinic schickte Anfang September, wurde von meinem Staff mit Antisyphilitica behandelt, vor circa drei Wochen nach meiner Rückkehr von Europa von mir selbst gesehen. Sehr bald nach beginnender Medication wurden Schluckbeschwerden weniger, jetzt bloss Schmerzen beim Schlucken von kalten Gegenständen.

Affection besteht in ungleichmässiger, mit Fissuren durchsetzter Infiltration des weichen Gaumens, beiden Gaumenbögen, eines Theiles der Backenschleimhaut, und nach unten eines kleinen Theiles der Zunge — sämmtlich der rechten Seite der Mundhöhle. Im Unterkieferwinkel rechts eine infiltrirte Lymphdrüse.

Die Infiltration ist circa  $\frac{1}{4}$  Zoll über das Niveau der Oberfläche erhaben, kleinhöckerig und durch Furchen getrennt. Am oberen Theil des Gaumens gegen die Mitte zu eine bohnergrosse Schwellung, nach unten eine fast horizontale Fissur, unterhalb welcher gegenwärtig etwas gelapptes infiltrirtes Gewebe.

Die infiltrirte Uvula wurde am 18. d. M. mit Irid. Plat. Schlinge entfernt und das Präparat von Dr. LOUIS HEITZMANN untersucht.

Das Aussehen der erkrankten Stellen ist hyperämisch dunkelroth, mit weisslich-gelblichen kleinen Ablagerungen untermischt, und bei etwas stärkerer Berührung leicht blutend.

In den letzten drei Wochen hat die Geschwulst nur wenig in der Circumferenz, etwas mehr im Flächenniveau zugenommen und war entschieden die Uvula zur Zeit der Amputation grösser als wenn zuerst gesehen.

Die Diagnose betreffend konnte ich trotz der günstigen Wirkung der gegebenen Mittel Syphilis nicht annehmen, sondern vermuthete Sarcoma oder Epithelioma. Zur Feststellung der Diagnose war Dr. HEITZMANN so freundlich das Präparat zu untersuchen.

### Diskussion.

C. Heitzmann bespricht den mikroskopischen Befund.

Der Fall wird ferner besprochen von WILLY MEYER und FELIX COHN.

A. Jacobi stellt ein 12 Wochen altes Kind vor mit einfacher Spina bifida. Die Geschwulst ist eine uniloculäre Cyste und sitzt ganz

auf dem Sakrum. Bei der Geburt war dieselbe klein, ganz mit Haut bedeckt, auf welcher eine verdickte Stelle, jedenfalls eine Narbe aus der Foetalzeit, und einige weisse Stellen, Verdünnungen der Cystenwand, zu sehen waren. Keine Complicationen oder Malformationen irgend welcher Art. Die Geschwulst hat zugenommen, die Haut ist verschwunden. Der Tumor ist nicht komprimierbar und steht nicht im Zusammenhange mit dem Rückenmarke. Derselbe eignet sich zur Behandlung durch Injection von Jodlösung.

L. Fischer stellt ein 11 Wochen altes gesundes Kind gesunder Eltern, mit Tumor auf dem Sakrum vor. Der Tumor ist weich, bilateral. Einstich ergab Serum, welches nicht auf Zucker reagirte, also nicht mit dem Rückenmarke zusammenhängt. Die Geschwulst nimmt an Umfang zu und wird vielleicht ein Cystofibrom sein.

#### Diskussion.

Willy Meyer glaubt, dass es sich um eine, von einem Tumor überlagerte, Spina bifida handelt. Das schnelle Wachsthum lässt einen malignen Tumor vermuthen, wahrscheinlich Sarkom.

A. Jacobi. Dr. HENRY J. WOLF hat in seiner Dissertation über Spina bifida 135 Fälle von Spina bifida zusammengestellt. In 2 Fällen waren complicirende Geschwülste. JEFFERSON operirte ein solches Lipom. Es trat Exitus ein. JOHNSON operirte mit Erfolg ein Cystosarcoma Coccygis congenitum.

In diesem Falle finden wir in der Mittellinie eine Rinne. Bei Spina bifida würde man Vorbauchung erwarten. Da sich Kinder jahrelang trotz maligner Geschwulst gut entwickeln, kann hier Cysto-sarkom vorliegen. In jedem Falle ist möglichst baldige Operation indicirt.

L. Stieglitz stellt einen Fall von Epilepsie vor.

Katy Heise, 25 Jahre alt, früher stets gesund, verheiratet in April 1891. In October 1891, während sie ruhig mit ihrem Manne spricht, fangen auf einem Male der Daumen und Zeigefinger der rechten Hand an zu zucken, die Zuckungen breiten sich rasch aufwärts auf die Muskeln des Ellenbogengelenks und der Schulter aus, schliesslich erfolgt ein allgemeiner epileptischer Anfall. Ein zweiter ähnlicher Anfall 7 Wochen später, ein dritter 2—3 Wochen darauf. Am 22. Dezember erfolgten 3 epileptische Anfälle; letztere fingen stets in der oben beschriebenen Weise an. Am 23. Dez. kam Pat. in die Behandlung von Dr. Hegman in der neurologischen Abtheilung des Mt. Sinai Hospital Dispensary. Unter Brombehandlung hörten die allgemeinen Krämpfe auf. Es erfolgten nur noch tägliche Zuckungen im Daumen und Zeigefinger der rechten Hand, seltener zugleich Zeit im Ellenbogen und im Schultergelenk. Schmierkur und Jodkali ohne Erfolg. Im Februar ist eine leichte Parese in der rechten Hand nachweisbar, die Parese nimmt langsam aber zusehends zu im Laufe der nächsten paar Monate. In der Aprilsitzung des Vereins wurde Patientin von Dr. Heyman vorgestellt. Am 1. Mai kam dieselbe in meine Behandlung bei der Uebernahme der betreffenden Abtheilung des Dispensary. Status, anfang Mai: Mittelgrosse, gut entwickelte Patientin. Kein Kopfweh, keine Uebelkeit, kein Erbrechen, keine Empfindlichkeit an irgend einer Stelle des Schädels, keine Stauungspupille keine Sensibilitätsstörungen. Sehnen- und Periostreflexe beiderseits lebhaft, rechts gesteigert. Electriche Erregbarkeit (indirecte und directe) rechts ein wenig gesteigert. Dynamometer, links: 55, r. 25. Fast jeden Morgen erfolgen krampfhaftige Zuckungen in der rechten Hand. Diagnose: Organische Erkrankung in dem mittleren Drittel der vorderen Centralwindung, wahrscheinlich Tumor cerebri. Behandlung: Jodkali bis 20,0 g. pro die. Vorübergehende Besserung bei

derselben. Am 25. Juni Operation von Dr. Gerster ausgeführt; mit Meissel und Hammer wird ein 6 c. m. im Durchmesser grosses Stück Knochen entfernt; Dr. Sachs bestimmt mit Hilfe des faradischen Stromes durch die Dura hindurch das Centrum für die Bewegung des rechten Daumens und Zeigefingers. Die Dura wird eröffnet, sie ist an der betreffenden Stelle gelb verfärbt; beim Einstich in die darunter liegende Hornsubstanz entleert sich eine ziemliche beträchtliche Menge gelbliche seröse Flüssigkeit; Dr. Gerster führte den kleinen Finger in die Cyste ein bis etwa an das zweite Gelenk; Cystenwand glatt. Die Cyste wurde drainiert. Am Tage nach der Operation konnte Patientin die rechte Hand gar nicht, den rechten Arm nur wenig und mit viel Mühe bewegen. Allmähliche Besserung der Motilität. 14. und 15. Juli Schwindel. 21. und 28. Juli Zuckungen in der rechten Hand, rechten Arm und rechten Gesichtshälfte. 7. August zweite Operation. Adhäsionen zwischen Dura und Hautlappen werden gelöst und eine biegsame Goldplatte zwischen beide gelegt. Probeeinstich negativ, keine erneute Ansammlung von Flüssigkeit in der Cyste. Seit der Zeit sind 5 Mal geringe Zuckungen in der rechten Hand erfolgt, dieselben werden aber stets geringer an Intensität. Die Kraft der Hand hat bedeutend zugenommen, Pat. kann nähen und schreiben. Diagnose post operationem: Cyste wahrscheinlich auf Gliom beruhend.

#### Diskussion.

Sachs. Auch bei Tumoren kann man die elektrische Reizung der Rinde, selbst durch die Dura hindurch, gebrauchen, um die Centren festzustellen.

In diesem Falle ist das reizlose Verbleiben der Goldplatte im Schädel interessant. Die Operation hätte wohl weiter gehen können. Man hätte die Wandungen der Cyste zerstören können und auch durch Abtasten das Vorhandensein eines Neoplasma ausschliessen können.

An der Diskussion betheiligen sich ferner A. JACOBI, G. W. JACOBY und SEIBERT.

#### Präparate.

Kammerer legt eine Intestinalanastomose vor.

Derselbe stammt von einem Falle von Abdominalabscess mit Darmcommunication. Mittelst Laparatomie wurden 1 Zoll vom Ileum und 3 Zoll vom Colon entfernt und die Darmenden direkt vernäht. Ein Jodoformtampon wurde eingelegt. Nach 10 Tagen entwickelte sich eine kleine Fistel am Colon ascendens. Zweite Laparatomie. Eine Anastomose des Dünndarms mit dem Colon wird nach der ABBE'schen Methode, mit 3 Reihen fortlaufender Nähte angelegt und gelang vollständig, wie aus Besichtigung des Präparates — Pat. starb 5 Monate später — zu ersehen ist.

Kammerer legt ein Carcinom des Pylorus vor, in dem er eine Anastomose des Dünndarms mit dem Magen herstellte. Trotzdem der Patient nach 2 Tagen starb, ist die Verklebung perfekt. Der Vortheil der fortlaufenden Naht über andere Operationsmethoden, Platten, Ringe u. s. w. ist die Möglichkeit grosse Oeffnungen anlegen zu können.

A. Jacobi legt eine Kinderleiche mit Spina bifida und Verkümmern der unteren Extremitäten vor. Der Fall ist beschrieben in den „Archives of Pediatrics, October, 1882.“

Ein einfacher Einstich genügte hier das Transudat in ein Exudat zu verwandeln, in dem die achtfache Menge von Eiweiss gefunden wurde.

#### Diskussion.

Scharlau behandelte einen Fall, welcher dem ersten von JACOBI vorgestellten sehr ähnlich war, nur war die Haut intakt. Die Ge-



schwulst wuchs rasch. Nach Punktion fand man einen kleinen Spalt im Sakrum. Die Cyste füllte sich bald. Die Geschwulst wurde abgetragen. Zuerst keine Reaktion. Aber fortdauerndes Aussickern aus einer Oeffnung, welche sich weiter oben bildete, Meningitis, Tod. Der Sack war mit einer grossen Menge von Nerven-elementen versehen.

#### Diskussion.

Willy Meyer. In diesem Falle ist die Punktion und Jodeinspritzung indicirt. Der Eingriff ist verhältnissmässig gefahrlos. Allerdings kann man nach der Punktion besser palpieren und manchmal eine Communication nachweisen.

#### Mittheilungen aus der Privatpraxis.

Toeplitz untersuchte das linke Ohr eines gesunden, 41jährigen Mannes, Vater von 2 lebenden Kindern, welcher Lues leugnete. Die Ohr wurde links fast gar nicht, rechts in 18" gehört. Die Stimmgabeluntersuchung ergab Herabsetzung der Knochenleitung. Mit dem Spiegel fand man leichte Infektion der Lehrsapnell'schen Membran. Es wurde Blutentziehung verordnet. Nach 8 Tagen Taubheit auch rechts. Adenitis cervicalis und universalis. Am zweiten Gelenke des linken Mittelfingers eine harte Schwellung, die einem primären Schanker ähnlich sieht. Die Diagnose wurde auf Lues gestellt und von LUSTGARTEN bestätigt. Einige Tage später Roseola. Es handelt sich also um Labyrinth-syphilis, was auch die Untersuchung des musikalischen Gehöres erwies. Auf Schmierkur erfolgte Besserung. Interessant ist der Fall wegen seines selten früheren Auftretens.

An der Diskussion betheiligten sich F. COHN und E. FRIDENBERG.

#### Schluss und Vertagung.

Sitzung vom 25. November 1892.

Vorsitzender: WILLY MEYER.

Schriftführer. E. FRIDENBERG.

#### Vorstellung von Patienten.

A. Jacobi demonstirt das in der vorigen Sitzung vorgestellte Kind mit Spina bifida. Vor 17 Tagen wurde nach Aspiration von 6 gmm. des Tumorenhaltes, 1 gmm. Morton'scher Lösung injicirt. Die Geschwulst ist bereits auf ein Drittel ihrer ursprünglichen Grösse geschrumpft und ist von Epidermis, welche sich von der kleinen restirenden Hautinseln schnell verbreitete, vollständig bedeckt.

LEVEISEUR stellt einen Fall von Molluscum fibrosum vor.

Dr. WILLY MEYER stellt folgende Patienten vor:

1) 11jähriges Mädchen, das vor 1½ Jahren wegen ausgesprochener tuberkulöser Handgelenks-Entzündung behufs Resektion zu ihm geschickt wurde. — In Anbetracht der rechtsseitigen Affektion und der wenig erfreulichen End-Resultate dieser Operation, besonders bezüglich der Funktion der Hand und Finger, wurde das Leiden mit intraparenchymatösen Injektionen von sterilisirtem Iodoform-Oel (1:5) behandelt. Durch im Ganzen 13 Einspritzungen von je 5 Gramm dieser 20%igen Mischung (vom 27. März bis 4. Juli 1891) wurde das Leiden zum Stillstand und schliesslich zur Heilung gebracht. Aktive und passive Bewegungen, Massage, Electricität und Allgemeinbehandlung wurden mit zu Hülfe gezogen. Ein Jahr später ist die Hand zu allen, auch den feinsten, Beschäftigungen brauchbar. Auch heute noch ist die Funktion in jeder Beziehung vorzüglich. — Dr. M. fügt noch einige Be-

merkungen über die beste Methode der Sterilisation des Oels, der Injektion selbst etc. hinzu.

2) Mann, 57 J., bei dem sich nach einem vor 9 Jahren erhaltenen Steinwurf gegen die rechte Schläfe ein Anemysma cirsoiseum entwickelt hatte. 18. Febr. 1892. Exstirpation des Anemysma nach Unterbindung der Carotis externa dextr. und Anlegen des ESMARCH'schen Schlauches cirkulär um den Kopf. Unterbindung der verschiedenen Lumina Nachts. Keine Drainage. Prima intentio. Vollkommene Heilung jetzt auch noch vorhanden.

3) Zwei Jahre alter Knabe, der vor 2 Monaten wegen linksseitiger Hydronephrose in Dr. M.'s Behandlung kam. Der Fall war vor Allem deshalb interessant, weil das Colon descendens nach innen von der Geschwulst verlief, nicht vor ihr an ihrer Vorderseite herabzog. Nephrectomie (6. Oktober '92) brachte bei dem 23 Monate alten Kinde vollkommene Heilung. — Das Präparat ist sehr instruktiv; zeigt schräge Insertion des Ureters an das Nierenbecken (Klappen-Ventil). Dr. M. hält danach die Hydronephrose für kongenital. Erst die starke, allmähliche Schwellung, welche den oberen Ureteren-Abschnitt immer mehr komprimiren musste, machte das Leiden manifest.

#### Diskussion.

Kilian hat vielfach Jodoformaufschwemmungen in tuberkulöse Gelenke injicirt. Er wandte Glycerin, Wasser, Gummi oder Oel an, indem er für gleichgültig erachtet, welches Menstruum zur Aufschwemmung benutzt wird. Im Ganzen wurden 65 Gelenke, darunter auch ein Hüftgelenk behandelt. Trotzdem er noch nie ein so glänzendes Resultat wie das eben vorgestellte gesehen, glaubt er nicht, dass der Fall als vollständig geheilt anzusehen, da an einer Stelle eine Verdickung noch durchzufühlen ist.

Kammerer. Das vorzügliche Resultat ladet zur Nachahmung ein besonders bei Handgelenksentzündungen, wo die Erfolge der Resektion nicht zufriedenstellen.

Kammerer stellt vor:

- 1) einen Fall von das Sternum perforirendem Aneurysma Aortae.
- 2) Einen Fall von Osteosarcom des Sternum.

#### Diskussion.

Torek glaubt, dass es sich beim ersten Falle um ein Aneurysma der Anonyma oder um ein sackähnliches, die Anonyma comprimirendes Aneurysma der Aorta handelt, da der rechte Puls sehr klein sei. Die Härte des Tumors bedeute anfangende Spontanheilung.

Goldenberg demonstrirt ein Mädchen mit Geschwür der Tibia, welches nach längerer vergeblichen Behandlung auf hypnotische Suggestion binnen 14 Tagen zu zwei Dicktheilen verheilte.

An der Diskussion betheiligen sich L. STEGLITZ, LEVISEUR, KILIANI, GUTTMANN und KOLLER.

Koller demonstrirt einen Fall von Periostitis Orbitae.

Der Fall wird besprochen von E. FRIDENBERG.

Dr. Max Einhorn stellt einen Fall von Wanderniere vor.

Es handelt sich um einen 27 Jahre alten Mann, der an Enteroptose oder Glénard'scher Krankheit leidet. In diesem Zustande findet man bekanntlich sehr häufig eine Nephroptose vor. Bei unserem Patienten zeichnet sich die Nephroptose dadurch aus, dass man die ganze rechte Niere während der In- und Expiration vollständig umtasten kann. Seitens der Niere hat Patient keinerlei Beschwerden, und seine Magensymptome haben sich unter directer Gastrofaradisation und Tragen einer Binde beinahe ganz verloren.

Dr. Max Einhorn stellt einen Fall von eigenthümlich periodisch auftretenden Attacken vor, welche er als „Erythralgia universalis“ bezeichnen möchte.

Es handelt sich um einen Patienten, der in seinem 47. Lebensjahre steht, früher stets gesund gewesen war, und vor etwa 12 Jahren einen Abdominaltyphus durchgemacht hatte.

Seit zehn Jahren bekommt Patient in verschiedenen Zeitintervallen auftretende Anfälle, welche sich darin äussern, dass Patient plötzlich mitten im besten Wohlbefinden derart heftige Schmerzen im Epigastrium bekommt, dass er sich hinlegen muss; zwei bis drei Stunden später stellt sich ein scharlachrother Ausschlag ein, welcher zuerst an den Fingerenden erscheint und von da sich im Verlauf von einigen Stunden über den ganzen Körper ausbreitet; mit dieser Röthung ist ein heftiges Gefühl von Brennen verbunden, so dass Patient sich alle fünf Minuten mit lauwarmem Wasser waschen muss; am Tage nach Auftritt des Ausschlags stellt sich Temperaturerhöhung für einige Tage ein; Patient fühlt sich äusserst kraftlos und hinfällig und muss etwa drei Wochen zu Bett bleiben; dann fängt er an sich allmählig besser zu fühlen; der Ausschlag verschwindet, die Haut schält sich in grossen Fetzen ab (auch die alten Nägel fallen ab, und neue kommen zum Vorschein), und etwa sechs Wochen nach Beginn des Anfalls ist Patient imstande seine Arbeit wieder aufzunehmen. Solche Anfälle hat nun Patient während der ersten sechs Jahre je zwei in jedem Jahre, später für zwei Jahre hindurch keinen, und dann wieder ungefähr je zwei Anfälle im Jahre gehabt. Patient behauptet, dass ihn jeder Anfall schwächer zurücklasse.

Patient hat soeben einen derartigen Anfall überstanden; er ist gerade in der sechsten Woche nach Beginn desselben und man kann noch eine Röthung an den Händen, hauptsächlich auf der Palmarseite, sowie an mehreren anderen Stellen der Körperoberfläche beobachten.

Die Untersuchung ergibt, dass Patient eine Mitralinsufficienz nebst Hypertrophie des rechten Herzens hat. Lungen normal. Magen nur wenig dilatirt. Der Mageninhalt eine Stunde nach Ewald's Probebrüstück untersucht, zeigt, dass eine Hyperacidität von HCl vorliegt.

Fragen wir uns, ob die beschriebenen Attacken mit dem Zustande des Magens in Zusammenhang zu bringen sind, so muss dies negirt werden; dagegen wäre es möglich, dass die Herzaffection hier ätiologisch eine Rolle spiele.

Wie sollen wir die Attacken bezeichnen? In der letzten Zeit sind mehrere Fälle von Erythromelalgie beschrieben worden; es handelt sich dabei um einen Zustand, wo Röthung und Schmerzhaftigkeit an den Enden der Extremitäten auftreten und für viele Monate bestehen bleiben. Diese Zustände werden als Angioneurosen der Haut aufgefasst.

In unserem Falle muss es sich um eine ähnliche Affection handeln, (eine Angioneurose), welche die ganze Hautoberfläche befällt, und könnte als „Erythralgia universalis“ bezeichnet werden.

#### Diskussion.

Leviseur hat bei Kindern solche Fälle, die er als Dermatitis exfoliativa acuta bezeichnet, gesehen. Die Krankheit tritt auch als Hausepidemie auf.

Langmann hat vor einigen Jahren in dieser Gesellschaft einen Fall von Dermatitis exfoliativa recidiva mitgetheilt. Der erste Anfall folgte einem Scharlach mit Diphtherie im zweiten Jahre; die Anfälle wurden dann regelmässig zweimal im Jahr bis zum siebenzweiten Lebensjahre beobachtet, und zwar traten sie öfters genau an nämlichen

Tage wieder auf und waren von schmerzhaften Faucesschwellung begleitet. Die einzelnen Fälle bieten mannigfache Varietäten. Aetiologische Momente sind auch verschieden. Oefters wird plötzliche Kälteeinwirkung, wie ein Sturz in's Wasser angeschuldigt.

Schluss und Vertagung.

Nachtrag. Sitzung vom 23. December 1893.

A. Jacobi hat den LANGMANN'schen Fall beim 23ten Anfall gesehen.

Sitzung vom 23. December 1892.

Vorsitzender: GLEITSMANN.

Schriftführer: E. FRIDENBERG.

#### Vorstellung von Patienten.

A. Jacobi stellt ein 14 Monate altes Kind mit grossem Milztumor vor. In der Regel sei bei kleinen Kindern die Milz durch Percussion nicht zu eruiren, selbst bei Malaria fehle oft Milzdämpfung. Perkutirt man die Milz überhaupt leicht heraus, so sei sie schon bedeutend vergrössert. Jacobi bespricht die verschiedenen Formen von Milztumor. Im vorliegenden Falle sei die Temperatur normal, das Blut, jedenfalls was Zahl und Beschaffenheit der weissen Blutkörperchen betrifft, normal. Durch Exclusion müsse man ein Neoplasma annehmen und zwar Carcinom oder Sarcom. Von Milzcarcinom sind wenige Fälle in der Literatur bekannt. Die Fälle leben nicht lange. Metastasen treten frühzeitig auf. Wir haben es hier mit einem Sarcom zu thun. Langsam ansteigende Arsendosen wären zu probiren.

#### Diskussion.

Scharlau hat viele Milztumoren, einige sehr gross, bei Kindern im Alter von 1—4 Jahren beobachtet, aber ausschliesslich bei solchen, die aus Malariagegenden eingewandert waren. Er behandelt jetzt im Mt. Sinai Hospital ein 14 Monate altes Kind mit einem grossen, glatten, harten fast bis an die Spina reichenden Milztumor. Das Kind ist wachsbleich; der Urin normal. Die Blutuntersuchung zeigt die Zahl der rothen Blutkörperchen bedeutend herabgesetzt, weisse Blutkörperchen normaler Quantität und Qualität. Diagnose lautet auch auf Sarcom.

Dr. Goldenberg stellt einen Fall von *Erythromelalgia* vor mit folgender Krankengeschichte: Patient, 55 Jahre alt, nervös nicht belastet, wurde am 8. März v. J. wegen einer irreponiblen Hernie operirt und lag 46 Tage lang im Bett. Während dieser Zeit bemerkte er plötzlich eines Nachts heftige neuralgische Schmerzen in den Fusssohlen und beobachtete im Verlauf von einigen Tagen, dass die Haut der Fusssohlen, namentlich der Zehen geröthet war. Daneben bestand eine Anschwellung der Füsse, die eine derartige Volumsvergrösserung verursachte, dass Patient einen Schuh tragen musste, der 1½ Nummern grösser war, als der, den er bisher getragen hatte. Der Schmerz in den Fusssohlen war namentlich bei Nacht in der Bettwärme so stark, dass der Patient während einiger Wochen, keine Sekunde schlafen konnte. Das einfache Berühren des Fusses mit der Bettdecke rief nach Angabe des Kranken unerträgliche Schmerzen hervor, ebenso das Auftreten auf den Boden. Patient behauptet, dass es keinen, selbst noch so weichen Gegenstand gibt, dessen Berührung mit den Füssen ihm nicht Schmerz verursacht. Die Röthe und Schmerzhaftigkeit ist am stärksten, wenn Patient vom Kalten ins Warme kommt und umgekehrt, also von Temperaturdifferenzen abhängig.

Dieselbe Affection, die er an den Füßen hat, also Röthe, Schwellung und Schmerzhaftigkeit, trat auch an beiden Händen, namentlich an den Fingerspitzen und den Dorsalfächen der Finger auf, hat sich aber im Verlauf von zwei bis drei Monaten spontan so gebessert, dass in dieser Richtung kaum subjective Beschwerden bestehen. Die, unter Fingerdruck verschwindende Röthe ist indessen bei Tageslicht noch deutlich zu erkennen. Die Röthe an den (unteren Extremitäten) Fusssohlen ist diffus, ziemlich symmetrisch, links stärker, als rechts. Schmerzhaftigkeit besteht noch, sie ist zu Zeiten so gross, dass der Patient, der eine Reihe von schweren Erkrankungen in seiner Jugend durchgemacht hat, angibt, dass er an Nichts gelitten hätte, dass ihn so unglücklich gemacht hätte, als das augenblickliche Leiden.

Der Vortragende macht darauf aufmerksam, dass diese Affection von Weir Mitchell als Erythromelalgia ( $\epsilon\rho\upsilon\sigma\rho\omicron\nu$ -Röthe,  $\mu\epsilon\lambda$ -Glied,  $\alpha\lambda\gamma\acute{\iota}\alpha$ -Schmerzhaftigkeit) beschrieben, oder vielmehr, wie Gerhard sagt, da sie schon vor Weir Mitchell beschrieben war, von letzterem wieder in das Gedächtniss der Zeitgenossen zurückgerufen wurde. Die Erkrankung ist in den Vordergrund des Interesses getreten, durch die Vorstellung einer Anzahl diesbezüglicher Fälle in der Berliner med. Gesellschaft und deren Veröffentlichung in den deutschen Zeitschriften. Redner bemerkt, dass er seinen Fall, der vor sechs Wochen wegen des Erythems zu ihm kam, nicht in den Rahmen einer grade beschriebenen Erkrankung hineingezwängt, sondern ihn als zur Erkrankung gehörend diagnosticirt habe, ehe er von den neuerdings publicirten Fällen Kenntniss hatte. Am meisten auffallend war das Missverhältniss der hochgradigen subjectiven Beschwerden zu den objectiven Symptomen.

Bezüglich des Wesens der Erkrankung, speciell ob es sich um eine centrale oder periphere Affection handelt, verweist Dr. G. auf die genannten deutschen Publikationen von Gerhard, Senator u. A. Jedenfalls handelt es sich um eine Angioparalyse.

#### Diskussion.

A. Jacobi. Schmerzen, auch vielleicht örtliche neurotische Störungen können durch hochgradige Plattfüsse bedingt sein. Eine gute Feder im Schuh würde viel nützen.

Geo. W. Jacoby. Erythromelalgie ist ein Symptom, keine Krankheit, und als solches durchaus nicht selten. Man findet sie sowohl bei lokalen vasomotorischen Störungen als auch bei allgemeinen Gefäss- oder Nervenerkrankungen.

Goldenberg hat vor 1½ Jahren einen ähnlichen Fall bei einem Mädchen gesehen. Symmetrische Röthe erst der Füsse, später der Hände. Gegen Plattfuss spricht 1) das plötzliche Auftreten, 2) das Befallensein der ganzen Sohle, 3) das Befallensein der Hände. G. glaubt auch, dass die Störung nur ein Symptom sei.

Schapringer stellt einen 28jährigen Mann mit Alexie und Agraphie vor.

Dr. Schapringer demonstrirt einen 28jährigen Mann mit eigenenthümlicher Sehstörung. Derselbe hatte sich den 3. December 1892 in der Augenabtheilung des Deutschen Dispensary mit der Beschwerde vorgestellt, sein Sehvermögen sei seit Kurzem so bedeutend gesunken, dass er durchaus nicht mehr zu lesen oder zu schreiben im Stande sei. Auf dahin gestelltes Befragen giebt er nun gleich an, dass sein Sehvermögen für andere Gegenstände gar nicht beeinträchtigt sei, nur Gedrucktes oder Geschriebenes könne er wegen „Blendung der Augen“ absolut nicht erkennen. Diese Antwort liess schon vor jeder eingehenden Untersuchung errathen, dass die Ursache der vorliegenden

Functionstörung nicht in den Augen selbst, sondern im Centralorgan zu finden sein würde. Die Anamnese ergibt, dass Patient, Harris R., 28 Jahre alt, aus Galizien gebürtig, Kürschner, von nur mässig kräftigem Körperbau, seit sieben Jahren verheirathet und Vater von zwei gesunden Kindern, nie ernstlich krank gewesen sein will, insbesondere werden Rheumatismus und Syphilis bestimmt geleugnet. Vor zwei Wochen, als er sich anscheinend im besten Wohlbefinden befand, wurde er plötzlich von heftigem Kopfschmerz und Erbrechen befallen und musste acht Tage hindurch das Bett hüten. Das Bewusstsein verlor er angeblich nicht, auch traten zu keiner Zeit Lähmungserscheinungen irgend welcher Art auf, doch merkte er selbst wie auch seine Angehörigen bald, dass er die gewöhnlichen Gegenstände seiner Umgebung nicht zu benennen im Stande war. Er half sich immer mit dem Worte „Ding“ aus. Welchen Gegenstand er auch immer haben wollte, so hiess es immer nur: „Gieb mir das Ding!“ Das Erkennen der Gegenstände selbst war nie gestört. Diese Sprachstörung besserte sich aber bald, und war zur Zeit der ersten Vorstellung des Kranken beinahe vollständig wieder verschwunden, dafür aber beunruhigte ihn eine andere Störung, welche ihm bald, nachdem er das Bett verlassen hatte, aufgefallen war, nämlich das vollkommene Unvermögen, zu lesen oder zu schreiben.

Die ojective Untersuchung der Augen ergab eine geringe Ungleichheit der Pupillen, da die linke ein wenig weiter erschien als die rechte, was aber möglicherweise eine physiologische Varietät darstellt. Im Augenhintergrunde waren die Netzhautvenen beiderseits auffallend verbreitert, im linken Auge etwas ausgesprochen, als im rechten. Sonst waren alle Verhältnisse völlig normal, insbesondere waren die Pupillen sowohl auf Licht wie auch auf Accommodationsimpuls vollkommen beweglich, ebenso war die Beweglichkeit der Bulbi eine uneingeschränkte. Die Feststellung der Ausdehnung der Gesichtsfelder der beiden Augen ergab keine Beeinträchtigung der Grenzen derselben. Farbenperception normal. Dieser Befund kann die eingetretene Sehstörung, welche nun beschrieben werden soll, nicht erklären. Diese besteht darin, dass Patient keinerlei Druck, wenn auch noch so gross, und auch nichts Geschriebenes lesen kann. Er kann die einzelnen Lettern nicht benennen, obwohl er merkwürdigerweise jedesmal anzugeben im Stande ist, ob es sich um englischen oder deutschen Druck, oder aber um Ziffern handelt. Aufgefordert, ein gedrucktes Wort zu lesen, fixirt er es einige Secunden lang, indem er dabei dem Kopf rasch nacheinander verschiedene Stellungen giebt, so dass also bei Festhalten des Fixationsobjectes die Lage der Blickrichtung relativ zum Kopf sich fortwährend ändert, und giebt dann den Versuch mit einer Gebärde, als ob er schmerzhaft geblendet sei, wieder auf. Er kann die grössten SNELLEN'schen Probestabchen auch aus in grösster Nähe nicht erkennen. Beim Versuch, einen Namen zu schreiben, bringt er den Anfangsbuchstaben seines Vornamens mühsam zu Papier, kommt aber dann trotz aller Anstrengung nicht weiter. Beim Versuch, irgend ein anderes Wort zu schreiben, bringt er auch nicht einmal den ersten Buchstaben zu Stande. — Beim Kopfrechnen kann er nur mit kleinen Zahlen operiren, Probleme wie  $8 \times 12$  kann er nicht mehr lösen. — Der Kopfschmerz, an welchem er noch zeitweilig leidet, ist linksseitig, und ist diese Seite des Schädels auf Beklopfen viel empfindlicher als die rechte. Sonst sind am ganzen Körper keinerlei Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen festzustellen. Die Herztöne sind rein, nur meinte Herr Dr. M. ROSENTHAL, der die Gefälligkeit hatte, den Kranken ebenfalls zu untersuchen, dass der erste Aortenton zeitweilig rauh klinge.

(Fortsetzung folgt.)

### Allelei.

Am 16. März d. J. hielt **Prof. Virchow** vor der Royal Society in London, als eine der sogenannten „Croonian-Lectures“, einen Vortrag „über die Stellung der Pathologie unter den biologischen Studien.“ Die Croonian Lectures sind eine Stiftung des im Jahre 1684 verstorbenen Arztes und Anatomen **WILLIAM CROONE**, der seinen Namen zumeist durch eben diese Einrichtung auf die Nachwelt gebracht hat. Die Verleihung der Cooley-Medaille, eine der höchsten wissenschaftlichen Ehren, welcher auch **VIRCHOW** im vorigen Jahre bei Gelegenheit seines 70ten Geburtstages theilhaftig wurde, legt dem Empfänger derselben die Verpflichtung auf, eine Vorlesung in der Royal Society zu halten. Diesem „onus honorabile“ ist **VIRCHOW** durch seine Reise nach London nachgekommen. Die Vorlesung wurde in dem grossen Amphitheater der Universität von London und dem Vorsitz **Lord Kelvin's** (Sir William Thomson), des Präsidenten der Royal Society, und in Gegenwart der Elite der englischen Aerzte und Naturforscher gehalten und von vielen Beifallsbezeugungen begleitet. Ihr folgten kurze Ansprachen von **Sir Jos. Lister**, **Dr. S. Wilks** und ein Dank **VIRCHOW's** für die ihm erwiesene Ehre.

**Der fürstliche Augenarzt Herzog Karl Theodor** in Bayern hat dieser Tage in Posenhofen unter Assistenz seiner Gemahlin **Maria Anna**, geborene Prinzessin von Braganza und einer seiner jüngeren Töchter, der 1875 geborenen **Herzogin Sophie**, und im Beisein einer Anzahl von Männern der Wissenschaft mit geschickter Hand die zweitausendste Staaroperation vollzogen. Anlässlich dieses Ereignisses war das vom Herzog aus eigenen Mitteln in Posenhofen errichtete und eingerichtete Blindenhospital festlich beflaggt und dekorirt.

Sein 25jähriges Jubiläum als **Universitäts-Professor** beging **Professor Schweiger**, Ordinarius für Augenheilkunde in Berlin. Von 1857—65 des berühmten **Graefe** Gehülfe, benützte er die nächsten Jahre zu Reisen in Holland, England und Amerika, wurde 1868 auf den neubegründeten **Göttinger Lehrstuhl** für Augenheilkunde berufen und 1870 nach **Graefe's** frühzeitigem Tode dessen Nachfolger.

Sein 25jähriges **Docentenjubiläum** feierte **Oscar Liebreich**, Ordinarius der Arzneimittellehre an der Berliner Universität. In seinen jungen Jahren **Seemann**, durchlief er dann eine der glänzendsten akademischen Laufbahnen, die man bei Medizinern kennt. In Berlin machte er 1860 die Entdeckung der hypnotischen Wirkung des **Chloralhydrats**, wofür er sechs Jahre nach seiner Promotion die durch **Mitscherlich's** Tod erledigte Professur der Arzneimittellehre erhielt, zunächst als **Extraordinarius**; seit 1872 ist er ordentlicher Professor. Er zählt jetzt 53 Jahre.

**Der Doctorswindel** scheint nach wie vor in den Ver. Staaten zu floriren. Aus **Chicago** wird gemeldet, die Entdeckung sei gemacht worden, dass die „**National University of Illinois**“, als deren Kanzler **Prof. F. W. Harkins**, **M. A. Ph. D.** fungirt, und als deren Sekretär ein „**Professor**“ **R. A. Van Angelbeck**, **Lit. D., F. N. A.** auf dem Zirkular genannt wird, ihren Sitz in **Pella, Ia.**, einem sonst unbescholtenen Städtchen von 3,000 Einwohnern, hat, und sich erbietet, für verhältnissmässig wenig Geld Jeden, der es wünscht, in less than no time zum **Doctor** irgend welcher Fakultät zu machen. „**Professor** und **Kanzler**“ **Harkins** soll früher schon mehrfach solche Geschäfte in **Chicago** „gemacht“ haben. Die Sache dürfte jetzt Veranlassung zu gerichtlichen Untersuchungen geben.

**Feoktistoff** in Dorpat hat, nach der „Deut. Med. Woch.“, über die Wirkung des Schlangengiftes in den Laboratorien von Prof. KOBERT und anderen 295 Versuche mit dem Gift von *Vipera ammodytes*, *Vipera berus*, *Crotalus durissimus* (Klappenschlange) angestellt, von deren interessanten Ergebnissen wir folgende hervorheben. In Bezug auf seine physiologische Wirkung ist das Gift der drei Arten absolut identisch. Die Klappenschlange entleert auf einmal etwa 0,3 cg. Gift, die *Vipera* nur 0,03—0,065 mg. bei jedem Biss. Das Gift ist eine gelbliche Flüssigkeit von alkalischer Reaction, an der Luft wird es rasch zäh und klebrig, man bekommt etwa 30 Procent festen Rückstand. Löst man ihn wieder, so erweist sich die Lösung weniger giftig als das primäre Gift. Durch Aufkochen kann die toxische Eigenschaft vermindert, sogar zerstört werden, das Schlangengift enthält keine Mikroben. Coccen, Bacterien, Spermatozoen werden durch Schlangengift nicht beeinflusst, sie leben, bewegen und vermehren sich weiter. Eine subcutane Einspritzung des Giftes tödten Krebse, Fische, Frösche unter allgemeiner Paralyse. Bei den Säugern bemerkt man unter gleichen Bedingungen Dyspnoe, Asphyxie, Krämpfe; Stuhlgang, Urin und Nasenschleim werden blutig, zuerst entsteht allgemeine motorische Lähmung, dann Lähmung der Athmung und des Herzens. Bei den Vögeln fehlen von obigen Symptomen nur die blutigen Ausscheidungen. Die Lähmungserscheinungen treten bei Warmblütern wie bei Fröschen zuerst an den hinteren Extremitäten auf, seltener werden alle vier Glieder auf einmal gelähmt. Bald wird die Lähmung complet, die Reflexe verschwinden. Das Schlangengift erzeugt centrale sensible Lähmung, auf die Muskeln und deren periphere, motorische Nerven hat es keinen Einfluss, die Pupillen erweitern sich. Nach dem Aufhören der Athembewegungen steht das Herz in Diastole oder halber Diastole still (bei den Vögeln in Systole). Die lähmende Wirkung des Giftes macht sich zuerst an den Vagusendigungen im Herzen bemerkbar, dann an den Hemmungscentren im Herzen, dann am Vaguscentrum (nach vorheriger Reizung), endlich an den motorischen Centren des Herzens. Der Blutdruck sinkt beständig, ebenso die Körpertemperatur in den meisten Fällen, die Urinmenge vermindert sich, es tritt Hämaturie ein, die Blutkörperchen sind nicht verändert, setzt man indessen in der feuchten Kammer eine 2 Procent Giftlösung zum Blute, so lösen sich rothe und weisse Körperchen auf. Das Gift wird bei den Fröschen durch die Haut resorbirt, bei Warmblütern durch das intacte Peritoneum. Tödlich sind subcutan injicirt pro Kilo Thier Dosen von 0,3 g. (2 Procent Lösung); bei der Katze 0,013 g. intravenös injicirt. (Beim Hunde 0,004, beim Kaninchen 0,006 intravenös.) Kleine Mengen Gift rufen noch nach längerer Zeit den Tod hervor, indem sie die lebenswichtigen Organe langsam verändern. Excitantien (Ammoniumderivate) als Mittel gegen Vergiftung sind nur in leichteren Fällen nützlich, in schweren Fällen steigert sich danach nur die Neigung zu Blutungen. Alkoholica und Kalium permanganicum sind ohne Wirkung. Wir besitzen nach FEOKTISTOFF gegen den Schlangenbiss noch kein wirksames Mittel.

---

### Briefkasten.

Geehrter Herr Redacteur!

Für einen tüchtigen deutschen Arzt bietet sich eine günstige Gelegenheit zur Niederlassung in einer der grössten und wohlhabendsten Städte im westlichen Theile des Staates New York dar. Näheres unter brieflicher Anfrage bei der „Pharmaceutische Rundschau“, P. O. Box 1680, New York City.

Ergebenst

Die „Pharmaceutische Rundschau.“



Der Firma Lehn & Fink ging folgender Brief von Dr. Aronson aus Berlin zu, den wir wegen seines allgemeinen Interesses hier drucken: Beifolgendes *Blutserum* stammt vom Hunde und ist gewonnen am 13. Februar 1893.

Dasselbe ist zur Conservirung mit 0,5% Carbolsäure versetzt. Von demselben genügt 0,02 gr. um ein Meerschweinchen von 400 gr. Gewicht gegen eine sonst unbedingt tödtliche Diphtherieinfection zu schützen, d. h. 1 gr. genügt um 20 kgr. (Kilogramm) Meerschweinchen zu schützen.

Der Immunisirungswerth beträgt also 1 : 20000.

Für Immunisirung von Kindern würde, um ganz sicher zu gehen, etwa das Vierfache der auf Grund obiger Zahl zu berechnenden Dosis subcutan zu injiciren sein.

(Spritze in Alcohol dann in 0,5% Carbolsäure zu desinficiren) — also z. B. bei einem Kind von 20 Kilogramm wäre als richtige Dosis 4 Cc. Serum zu bezeichnen.

Dr. ARONSON.

N. B. Diese Mengen Serum schützen nur dann sicher, wenn eine Infection noch nicht erfolgt ist, d. h. sie genügen nicht mehr im Stadium der Incubation.

Hochgeehrter Herr!

Die gesammte medicinische Welt anerkennt heute die grossen Verdienste, die sich Semmelweis, als Begründer der Lehre von der Entstehung und Verhütung des Kindbettfiebers, und des antiseptischen Verfahrens in der Geburtshilfe erworben. Sie würdigt derzeit sowohl die wissenschaftliche Thätigkeit (s. Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers von J. PH. SEMMELWEIS 1861) dieses genialen Forschers, als auch die Tragweite des Dienstes, den er der leidenden Menschheit erwiesen.

Als im April 1891 die irdischen Ueberreste des im Jahre 1865 Dahingeschiedenen von Wien in seine Heimath nach Budapest, seinem Geburtsort und der Stätte seines Wirkens überführt wurden, beauftragte die hiesige medicinische Facultät der kgl. Universität im Vereine mit der Budapester kgl. Gesellschaft der Aerzte das unterzeichnete Executiv-Comité Vorschläge darüber zu erstatten: wie das Andenken Semmelweis' bleibend geehrt werden solle. Von der Erwägung ausgehend, dass die Verdienste Semmelweis' nicht an die engen Grenzen eines Landes oder einer Stadt gebunden sind, sah sich das unterzeichnete Comité veranlasst, neben Massnahmen mehr localen Characters (Gedenktafel u. d. gl.), zugleich die Errichtung eines Denkmals für SEMMELWEIS auf einem hiezu geeigneten Platze der Hauptstadt Ungarns Budapest anzuregen, und dadurch die Bedeutung der segensreichen Wirksamkeit des unvergesslichen Mannes zum Ausdruck zu bringen. Um aber der gesammten wissenschaftlichen Welt in den weitesten Kreisen Gelegenheit zu bieten, an diesem Werke der Anerkennung theil zu nehmen, sollen internationale Sammlungen eingeleitet werden.

Wie Sie, hochgeehrter Herr, aus der unten folgenden Namensliste ersehen, ist es dem Executiv-Comité gelungen, eine Reihe von Fachgenossen aller Länder zu gewinnen, die als internationales Comité das Zustandekommen des Denkmals mitfordern wollen.

Wir stellen nunmehr auch an Sie, hochgeehrter Herr, ebenso an die medicinischen Vereine, die medicinische Presse, ja an alle Aerzte die ergebene Bitte, uns in unserm Vorhaben zu unterstützen und sich an der Sammlung zu betheiligen. Zudem hegen wir die Ueberzeugung, dass es in Ihrem Berufskreise überdies manche dankbare Familie

geben dürfte, die ihren, noch so bescheidenen Beitrag gern der Würdigung jenes Mannes widmet, dem sie es verdankt, dass das junge Weib, die Mutter, ihrer schweren Stunde beruhigt entgegensetzen vermag.

Zusendungen wollen gefälligst bis Ende d. J. an den Schatzmeister des Executiv-Comités: Dr. ELISCHER, IV. Petöfi-tér Budapest (Ungarn) gerichtet werden.

Das Ergebniss der Sammlungen wird periodisch veröffentlicht, auch hofft das unterzeichnete Executiv-Comité anlässlich des im Jahre 1894 in Budapest tagenden „internationalen Congresses für Hygiene und Demographie“ über seine Thätigkeit bereits Bericht erstatten zu können.

Budapest (Ungarn), am ersten Februar 1893.

DAS INTERNATIONALE COMITÉ FÜR DAS SEMMELWEIS-DENKMAL.

NEW YORK, 10. April, 1893.

HERRN DR. MAX EINHORN,

Redakteur der „Medicinisches Monatsschrift.“

Geehrter Herr: Bestätige mit Vergnügen, dass ich die von den Herren D. Buchtel & Co. importirten griechischen Weine zum medizinischen Gebrauche auf das Beste empfehlen kann.

Seit einem Jahre etwa habe ich dieselben in passenden Fällen verordnet und finde, dass sie sehr günstig wirken, wenn alkoholische Stimulantien indiziert sind.

Die Marke *Mavrodaphne* darf sich den besten Malaga-, Madeira- und Tokayer-Weinen zur Seite stellen in Bezug auf Wohlgeschmack und Blume, sowohl als auch in Bezug auf wirklichen Gehalt.

Die Marke *Nectar* andererseits ist in gleicher Weise in der Kinderpraxis anwendbar, da er weniger alkoholreich ist, obzwar die aetherischen Bestandtheile und die mineralischen (Blut-) Salze im gleichen Verhältnisse, wie in jenem, dem *Mavrodaphne* vorhanden sind.

Die Marke *Camerita* übertrifft zweifellos jeden andern Naturwein in Bezug auf adstringirende Wirkung in Folge seines bedeutenden Tanningehaltes. Dies macht ihn zum geeignetsten Stimulans bei Diarrhöen und anderen Darmkrankheiten, zumal derselbe trotz des Tannins von durchaus angenehmen Geschmacke ist.

Ueber die anderen Marken griechischer Weine, speciell Tischweine und dergleichen hier ausführlich zu sprechen, wäre nicht am Platze; immerhin lässt sich soviel sagen, dass dieselben einen vorzüglichen Geschmack und eine angenehme Blume haben.

Achtungsvoll,

Dr. GEO. W. RACHEL.

---

### Personalien.

Verzogen: Dr. B. SACHS, nach 21 E. 65. Str.

DR. MAX EINHORN, 107 East 65th St.

---

### An die Leser.

*Geschäftliche Zuschriften*, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York.

*Manuscripte*, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

# New Yorker Medicinische Monatschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

unter Mitwirkung von

Dr. J. Brettauer, Dr. W. Freudenthal, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. H. Goldenberg,  
Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Krug, Dr. S. J. Meltzer,  
Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. A. Schapringler, Dr.  
A. Seibert, Dr. F. Torek, Dr. S. Welt, Dr. Ad. Zederbaum.

Redigirt von

**Dr. MAX EINHORN.**

---

General Agenten: **The International News Co.**, 85 Duane Street, New York.

Verlag der Medical Monthly Publishing Co.,

**C. KAHLER**, Geschäftsführer, 17-27 Vandewater Street, New York.

---

**Bd. V.**

**New York, 15. Mai 1893.**

**No. 5.**

---

## ORIGINALARBEITEN.

### I.

#### **Die Pathologie des Gehirnabscesses.**

Von

**Dr. C. HEITZMANN.**

New York.

(Vortrag in der Sitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft am  
3. April 1893).

Schon 1880 hat der englische Forscher OGSTON in einer grossen Anzahl von Untersuchungen von Eiter unter dem Mikroskope einen Mikro-organismus erkannt, welchen er „Staphylococcus“ nannte. Dieser glücklich gewählte Name stammt von der traubenförmigen Anordnung der Kokken her. 1884 hat ROSENBACH Reinculturen des Staphylococcus dargestellt und zwei Varietäten, den St. albus und St. aureus nachgewiesen, welche er als die Ursache des Eiterungsprocesses aufstellte. Dann kam der Franzose PASSER mit einer dritten Varietät, dem St. citreus, welchen er in etwa 10 Procent von Eiterungen auffand. Als der gewöhnlichste von den drei Varietäten, und zugleich als der virulenteste, ist der St. aureus anerkannt. Ich zeige hier Reinculturen der drei Varietäten, die sich nur durch ihre Farbennuance unterscheiden, unter dem Mikroskope jedoch sich völlig gleich sehen.

Heutigen Tages hat sich die Mehrheit der Forscher dahin geeinigt, dass der Staphylococcus, oder vielmehr dessen Ptomaine, die eigentlichen Eitererreger sind. Man kennt jedoch auch andere Mikro-organismen, welche diese Eigenschaft besitzen, so den Gonococcus, mehrere Streptococcus-Arten und selbst den Bacillus der Tuberculose. Anderer-

seits hat GRAWITZ (1887) darauf hingewiesen, dass man bei manchen Thieren durch subcutane Einspritzung bacillenfreier chemischer Substanzen (Ammoniak, Terpentin, Quecksilber) Eiterung hervorrufen könne. Diese vielfach angegriffenen Behauptungen von GRAWITZ sind selbst heute noch nicht genügend widerlegt, und die Frage, ob jede Eiterung durch Mikro-organismen, beziehungsweise deren Ptomaine bedingt sei, gilt heute noch als ungelöst. Die Versuche KNAPP's welchen ich zum Theile selbst beigewohnt hatte, bewiesen auf das Bestimmteste, dass man durch kein Trauma allein im Stande ist, in der vorderen Augenkammer von Kaninchen Eiterung zu erzeugen, wenn man vollkommen aseptisch zu Werke geht, während die geringste Verunreinigung des Instrumentes mit *Staphylococcus* genügt, um Eiter hervorzurufen. Man gibt auch allgemein zu, dass eine Infection mit dem Traubenkokkus nur dann zur Eiterung führt, wenn er an einer entzündeten, zum mindesten in einem Reizungszustande befindlichen Stelle abgelagert wird.

Wir können uns ohne Schwierigkeit vorstellen, dass der Traubenkokkus von aussen eingeführt, Eiterungen im Mittelohr, in den Zellen des Proc. mastoideus des Schläfebeins veranlasst, und weiter verschleppt eiterige Meningitis und Gehirnabscess verursacht. Viel weniger klar sind uns hingegen jene keineswegs seltenen Fälle, in welchen Eiterung in einem von der Aussenwelt vollkommen abgeschlossenen Gewebe, wie im Knochenmarke oder in einer Gehirn-Hemisphäre, primär auftritt. Wir müssen in solchen Fällen zu der Hypothese Zuflucht nehmen, dass der Traubenkokkus zeitweilig im Blute aufgeschwemmt ist, zumal wenn sich an der Oberfläche Eiterherde oder kleine Geschwüre befinden. Dass der eitrigen Osteomyelitis stets ein Trauma vorangeht, z. B. ein Fall auf Glatteis, ein Sturz vom Sessel, ist allgemein als richtig angenommen; obgleich solche Traumen häufig recht unbedeutend sind, und ausser einer leichten Erschütterung in der Regel ohne Folgen verlaufen. Die durch das Trauma erzeugte Hyperaemie soll dann genügen, Embolien des im Blute flottirenden *Staphylococcus* hervorzurufen. Aehnliche Ursachen mögen im Spiele sein, wenn ohne bekannte Veranlassung ein Eiterherd im Gehirne auftritt ohne Mittelohreiterung, selbst ohne einen nachweisbaren Eiterherd an der Oberfläche des Körpers. V. EISELSBERG hat 1890 in 4 Fällen mit zweifelhafter Diagnose während des Lebens vermittelt des Culturverfahrens das Vorkommen von Eiterkokken (einmal des *Streptococcus pyogenes*, zweimal des *Staphylococcus aureus*, einmal des *St. albus*) im Blute nachgewiesen und damit die Natur des fraglichen Leidens dahin sichergestellt, dass es sich um einen pyämischen von einem verborgenen Eiterherde ausgehenden Process handelte. Diese Befunde machen es sicher, dass im Blute zeitweilig eitererregende Mikro-organismen vorkommen.

Der in meinem Laboratorium untersuchte Fall eines primären Gehirnabscesses ist einer von den aetiologisch nicht klargestellten; da-

gegen wird er höchst werthvoll durch die genaue Beobachtung der klinischen Symptome und die nachherige mikroskopische Analyse.

In der Sitzung der N. Y. Pathologischen Gesellschaft am 13. Januar 1875, demonstirte Herr Dr. J. LEWIS SMITH das Präparat mit folgender Krankengeschichte. Ein 2½ Jahre altes, gut ernährtes und gut entwickeltes Mädchen wird am 6. December 1874, Morgens, von schwerer allgemeiner Ecclampsie befallen, welche mehrere Stunden anhält. Abends fand Dr. SMITH das Kind bei Bewusstsein, das Sehvermögen ungetrübt, die Pupillen auf Licht reagirend, Puls 104, Temperatur und Respiration normal; die rechte Ober- und Unterextremität waren, wenn auch nicht vollkommen, gelähmt. Die Sensibilität war im Fusse zum Theile erhalten, indem auf Kitzeln eine leichte Beugung der grossen Zehe erfolgte. Erst drei Tage später trat vollständige sensorische und motorische Lähmung ein. Die linke Ober- und Unterextremität blieben normal. Am 9. December trat zum ersten Male Erbrechen ein; bei gleichzeitigem Stupor folgte in den nächsten Tagen wiederholt Erbrechen; erst am 18. December stieg der Puls auf 180, die Temperatur auf 100° F. Am folgenden Tage war convergirender Strabismus da, das Sehvermögen blieb erhalten. Am 22. December wurde Pupillenerweiterung notirt; das Kind lag auf der Seite in Sopor, das Gesicht wurde vorübergehend roth und blass. Am 24. December wurde der Puls intermittirend, die Pupillen blieben erweitert. Am 25. December Tod unter tiefem Sopor.

Bei der Obduction fand man die Pia mater mässig injicirt und streckenweise getrübt; die linke Grosshirn-Hemisphäre deutlich vorgewölbt, auf der Stelle der höchsten Wölbung einen etwa 1½" grossen gelben Fleck, in der Mitte des Grosshirns einen kindsfaustgrossen Abscess, bis an die Decke des Seitenventrikels heranreichend. Hier war der Abscess durchgebrochen, der linke Ventrikel mit Eiter erfüllt und vergrössert, während der rechte gleichfalls Eiter enthielt, ohne erweitert zu sein. Die Wände des linken Ventrikels waren stark erweicht, der obere Theil des Corpus striatum und des Thalamus opticus nahezu zerfliessend; die Wand des Abscesses selbst bis nahe an die Gehirnoberfläche hart anzufühlen; das Rückenmark mässig serös infiltrirt. Weder Otitis noch ein Herzleiden nachweisbar.

Das Präparat wurde mir von Herrn Dr. SMITH freundlichst überlassen, und zuerst in Alcohol, später in sehr verdünnter Chromsäure gehärtet, und im Jahre 1880 von Dr. H. G. BEYER, von der U. S. Navy einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterworfen. Die Abscesswand war streckenweise bis 2 Millimeter dick, und bestand theils aus fibrösem, theils myxo-fibrösem Bindegewebe, reichlich mit Protosplasma-Körpern versehen; die Lage zunächst dem Abscesse war rein myxomatös; die gesammte Wand nur mässig mit capillaren Blutgefässen versehen. Die weisse Substanz zeigte die Axencylinder mit grossen varicösen Erweiterungen, zum Theile zu Embryonal-Körperchen zerfallen; das Myelin verschwunden, an dessen Stelle Proto-

plasma, zum Theile zu Embryonal-Körperchen gruppirt. Nach aussen von der Wand des grossen Abscesses traf B. eine Anzahl mikroskopischer Eiterherde in der weissen Gehirns substanz eingebettet, und hier waren sowohl die Blutgefässe wie das entzündete Gewebe selbst zu Eiterkörperchen zerfallen, die sich von den Embryonal-Körperchen nur dadurch unterschieden, dass letztere untereinander durch feine Fädchen lebender Materie verbunden, die ersteren hingegen grösstentheils isolirt und in einer Flüssigkeit suspendirt waren. In der grauen Substanz zeigten die Axencylinder ähnliche Veränderungen, wie in der weissen, das heisst, sie waren stark varicös, und zum Theile zu Embryonal-Körperchen zerfallen. Die Ganglienelemente waren entweder vergrössert und zu nahezu homogenen Körpern umgewandelt, oder in eine Anzahl von Embryonal-Körperchen zersplittert, und boten dann ein Aussehen dar, wie bei der Entwicklung derselben im Foetus und nach der Geburt.

Dr. BEYER schloss aus seinen Untersuchungen, die in meiner Mikroskopischen Morphologie (1883) niedergelegt sind und hier nur flüchtig skizzirt werden konnten, dass sich bei der Entzündung des Gehirns sämtliche Bestandtheile: das Protoplasma der grauen Substanz, die Ganglienelemente, die Axencylinder und die markhaltigen Nervenfasern, inclusive der Blutgefässe activ betheiligen, indem die lebende Materie anwächst, zur Bildung neuer Kerne und neuer Protoplasma-körper führt, die alten Blutgefässe durch Anwachsen ihrer Endothelien obliterirt und durch Auswachsen der lebenden Materie neue Blutgefässe gebildet werden. Die indifferenten oder Embryonalkörperchen werden zum Theile mit Grundsubstanz infiltrirt, zu myxomatösem und fibrösem Bindegewebe umgewandelt, welche die Kapsel des Abscesses, die Membrana pyogena der alten Autoren, erzeugt. So lange der Zusammenhang der Embryonal- oder Entzündungskörperchen erhalten bleibt, bleibt auch das entzündete Nervengewebe ein Gewebe. Erst wenn der durch feine Fädchen vermittelte Zusammenhang der Protoplasma-körperchen im Gewebe aufhört, die Entzündungskörperchen isolirt werden, haben wir Eiter vor uns. Eiter ist demnach disintegriertes Gewebe, durch Auseinanderfallen der Entzündungskörperchen hervorgerufen.

Dr. BEYER's Forschungen, für deren Genauigkeit ich einstehe, haben nicht die verdiente Würdigung gefunden. Die Pathologen standen zu jener Zeit, und stehen zum Theile heute noch, unter dem Banner der COHNHEIM'schen Emigrationslehre, und so konnte es geschehen dass S. STRICKER in Wien und ich in New York vergeblich gegen den Strom ankämpften, dass man, wie WEIGERT unverblümt ausgesprochen hat, unsere Arbeiten ignorirte, weil sie im Widerspruch mit der Zellenlehre standen. Jahre später hat Dr. CHR. HERTER eine Arbeit über Myelitis veröffentlicht, in welcher er im Processe der Entzündung die Elemente der grauen Substanz einfach verschwinden lässt, um den ausgewanderten farblosen Blutkörperchen im Sinne COHNHEIM's Platz

zu machen. Diese Arbeit wurde in Baltimore unter Leitung von WM. H. WELCH in der Johns Hopkins University ausgeführt, und BEYER's Arbeiten vollständig ignorirt. Das zarte, überaus reichlich mit lebender Materie ausgestattete Nervengewebe reagirt auf Reizung in allen seinen Theilen bis herunter zum feinsten Körnchen; alles wächst hier an und proliferirt im Sinne VIRCHOW's, um neue Entzündungskörperchen, beziehungsweise Eiterkörperchen, zu erzeugen. Dass dieses überaus active Gewebe einfach zu Grunde gehen und durch Leukocyten ersetzt werden soll, wie COHNHEIM's Anhänger behaupten, ist mir unbegreiflich, wie es späteren Forschern unbegreiflich sein wird, dass die Emigrationslehre 25 Jahre lang die Pathologie beherrschen konnte. Erst neuerdings ist die Entzündungslehre durch P. GRAWITZ in Greifswald wieder in Fluss gebracht worden, und es ist erfreulich zu sehen, wie dieser Beobachter sich zu Lehren bekennt, welche ich vor 20 Jahren begründet habe. Wie lange wird es wohl dauern, bis sich diese Lehre eine Majorität in der Pathologie erwirbt?

---

## II.

### Ueber die Therapie der Hirnabscesse.

Von

OTTO G. T. KILIANI, M. D.,

Docent für klinische Chirurgie an New York Postgraduate Medical School and Hospital, Chirurg am Deutschen Dispensary,

New York.

Als der Herr Präsident mich aufforderte, die Besprechung der Therapie der Hirnabscesse für heute Abend zu übernehmen, war ich mir wohlbewusst, wie wenig ich dazu berechtigt und geeigenschaftet sei, dies zu thun, und ich habe mich auch in diesem Sinne dem Herrn Präsidenten gegenüber ausgesprochen. Wenn ich mir trotzdem heute erlaube, die Discussion der Therapie der Hirnabscesse einzuleiten, so bitte ich, mir dies nicht als Unbescheidenheit auslegen zu wollen.

Meine persönliche Erfahrung über Hirnabscesse, um dies gleich vorweg zu nehmen, ist nicht gross. Ich habe 7 Fälle zu assistiren und beobachten Gelegenheit gehabt und 2 selbst operirt. Dies bezieht sich auf echte Gehirnabscesse, d. h. Abscesse, die allseitig von Hirnsubstanz eingeschlossen sind, nicht etwa subdurale Abscesse oder gar eitrige Auflagerungen auf der Dura. Dies ist der grossen Anzahl von Fällen in der Literatur gegenüber nicht viel, und ich werde Sie auch mit den Details von keinem Falle langweilen. Denn theils stehen mir die Detailsaufzeichnungen über einige Fälle momentan nicht zu Gebote, theils sind die Fälle wie die von mir operirten so einfacher Natur,— beide entstanden im Anschlusse an *Otitis media*—, dass sie keineswegs Bemerkenswerthes bieten.

Es kann mir auch nicht beifallen, auf die Litteratur auch nur einigermaßen einzugehen, denn dieselbe ist in den letzten 8 Jahren so erstaunlich angewachsen, dass dies dem Character einer offenen Discussion völlig widersprechen würde.

Die Hauptfrage, die ich anregen möchte, ist die Berechtigung der Operation und wann sie indicirt ist; denn dies ist nicht eine chirurgische Detailfrage, sondern der Punkt, der für den pract. Arzt und für alle Betheiligten das grösste Interesse bietet, und es ist nur dann eine rasche Entwicklung dieses relativ neueren Zweiges der Chirurgie zu erwarten, wenn die Ansichten hierüber beim allgemeinen Arzt, beim Nervenarzt und Chirurgen im Grossen sich decken. Und es erscheint mir dies um so wichtiger, als die Frage immer und ausnahmslos eine vitale im strengsten Sinne des Wortes ist.

Es gibt viererlei Arten von Hirnabscessen, nemlich solche, die auf traumatischem Ursprung beruhen, solche die durch Fortleitung der Eiterung von dem Schädelknochen entstehen, dann metastatische und tuberculöse.

Davon sind 2 Gattungen bisher so gut wie principiell von der Operation ausgeschlossen worden, nemlich die metastatischen und die tuberculösen. Beide aus demselben Grunde, weil sie multipel sind, d. h. die metastatischen sind es schon und die tuberculösen scheinen unwandelbar in allgemeine tubercul. Meningitis überzugehen.

Es ist natürlich nicht sehr ermunternd, wenn man, nachdem man bei einem Pyämischen mit vereinten Kräften einen Hirnabscess diagnosticirt und localisirt hat, denselben operirt, auffindet und entleert, um dann spätestens 2 Tage darauf auf dem Sectionstisch eine Anzahl anderer zu finden. Trotzdem würde ich die Operation doch wohl immer machen, denn ohne dieselbe ist Pat. ja absolut verloren und es ist doch nur rationell, von einer Anzahl von Abscessen den voraussichtlich grössten (weil er die meisten Erscheinungen macht und deshalb diagnosticirt wird) zu eröffnen und eventuell eine Anzahl anderer (kleinerer) bestehen zu lassen, als gar nichts zu thun. Wir öffnen ja auch bei einem Pyämischen einen Abscess am Oberschenkel oder am Arm, wo wir nicht wissen können, ob Pat. nicht noch Metastat.-Abscesse in der Leber u. s. w. hat. Warum soll beim Gehirn eine Ausnahme gemacht werden? Zudem kann man sich auf die Autorität v. BERGMANN'S berufen, der einen solitären metastatischen Hirnabscess beobachtet und operirt hat.

Die Operation der tuberculösen Hirnabscesse bietet eine ebenso schlechte Prognose wie die der metastatischen. Trotzdem fragt es sich, ob dieselbe nicht mit der Zeit besser werden wird, und theoretisch ist der Eingriff jedenfalls berechtigt durch die guten Resultate, die die Operation der tubercul. Peritonitis aufweist, worauf HORSLEY in seinem Vortrag im internationalen Congress in Berlin auch hinwies. Allerdings ist der genannte Autor wohl der enthusiastischste aller Hirnchirurgen und SAHLI in seinem Aufsatz: „Ueber Hirnchirur-



gische Operationen vom Standpunkte der inneren Medicin“, der ungefähr am pessimistischsten denkt, hat vielleicht nicht so ganz unrecht, wenn er mit v. BERGMANN sagt, dass die Hirnchirurgie zunächst durch eine äusserst sorgfältige Auswahl der Fälle auf eine „captatio benevolentiae“ bedacht sein muss.

Die beiden Hauptgruppen von Hirnabscessen, bei denen der chirurgische Eingriff allgemein als berechtigt und sogar nothwendig anerkannt wird, und bei denen auch die besten Resultate bisher von der ganzen Hirnchirurgie erreicht wurden, sind die traumatischen und die durch Fortleitung einer bestehenden Knocheneiterung entstandenen Abscesse. Und selbst diesen gegenüber hat sich noch EDM. ROSE, 1882, in Langenbeck's Archiv ausserordentlich zurückhaltend verhalten mit der Begründung: 1) Abscesse könnten sich einkapseln und 2) wegen der Schwierigkeit der Diagnose. Dagegen ist zu sagen ad. 1). Es ist falsch, die Einkapselung als Heilungsprocess anzusehen, denn jeder chronisch entstandene Hirnabscess (der, wenn auch lange symptomlos verlaufend, doch meistens zum Tode führt) hat eine Membran, die so kräftig ist, dass man sie mit der Fingerkuppe oder einer Kornzange in toto entfernen kann, und die doch nicht als Rückbildung aufzufassen ist. Was die Schwierigkeit der Diagnose anlangt, so ist dieselbe mehr und mehr überwunden und besonders ist die Localisation der häufigeren Hirnabscesse, erstens nicht mehr so schwer und zweitens spricht hier schon die Erfahrung der letzten Jahre mit, indem eben gewisse Abscesse „erfahrungsgemäss“ bestimmte Localisation haben, z. B. pflegen Hirnabscesse nach Otitis media entweder im Temporalappen oder im Kleingehirn zu liegen.

Wie steht es nun mit der Technik der Eröffnung der Hirnabscesse? Ist dieselbe schon so entwickelt und so zuverlässig, dass man die Operation als allgemeiner Practiker dem Patienten oder den Angehörigen vorschlagen kann oder gar muss?

Denn darüber sind wir ja doch wohl einig, dass wenn man einen Hirnabscess diagnosticiren und localisiren und ihn auch relativ gefahrlos operiren kann, dass er dann auch zur Operation gebracht werden soll, ja, dass es eine Gewissenlosigkeit ist, dies zu unterlassen. Der Entschluss hierzu ist um so leichter, wie immer im Auge behalten werden muss, als der Patient ja ohne den Eingriff absolut verloren ist.

Da muss denn selbst vom vorsichtigsten Beobachter zugegeben werden, dass die heutige Technik so entwickelt ist, dass die Gefahren practisch ausserordentlich reducirt worden sind.

Es ist dies durchaus nicht ausschliesslich das Verdienst der Antiseptik, denn es wurden schon in der vorantiseptischen Zeit Hirnabscesse mit Erfolg eröffnet, sondern am meisten hat damit zu thun, dass einfach mehr Erfahrung in der Methode gesammelt worden ist.

Immerhin hat die Antiseptik (in den Abscessfällen kann von Aseptik ja keine Rede sein) viel damit zu thun.

Ohne auf chirurgische Détails [e]ingehen zu wollen, möchte ich doch kurz die practische Ausführung einer Hirnabscessöffnung anführen.

Hat man Zeit dazu, so bereitet man den Patient am besten vor durch ein Laxativ. Sodann wird der ganze Schädel bei Männern, bei Frauen so weit als nothwendig rasirt, mit Bürste, heissem Wasser und Seife auf das Gründlichste gereinigt, mit Aether entfettet und dann mit Sublimat 1 : 1000 energisch desinficirt. Dann wird nach einer der vielen Methoden die Fissura Rolandi und die Basislinie mit dem Argentumstift markirt. Hierauf folgt ein feuchter Carbol- oder Sublimatumschlag, der bis zur Trepanation bleibt. Bei Beginn der Operation ist es sehr zweckmässig in vielen Fällen, die auf der Schwarte angemarkten Stellen auf dem Knochen durch kleine Trillöcher anzugeben. Ueber das zu gebende Anaestheticum, wird wie bei jeder Gelegenheit, viel gestritten. In England wird besonders die A. E. C. Mischung angepriesen, hier zu Lande der alleinseeligmachende Aether und in Deutschland wird fast ausschliesslich wie bei allen anderen Operationen Chloroform angewandt. Die Resultate sind wohl gleich. Persönlich möchte ich hier noch bemerken, worauf, vielleicht als selbstverständlich, in den Arbeiten nicht besonderer Nachdruck gelegt ist, dass überhaupt wenig künstliche Anaesthesie nothwendig ist, indem die Patienten sehr oft ganz oder annähernd bewusstlos sind und dann das Meisseln an sich nach der Ablösung des Periosts nicht schmerzhaft zu sein scheint.

Was nun die Wahl des Instrumentes zur Schädelöffnung betrifft, so sind wohl die übergrosse Mehrzahl der Chirurgen zum Meissel zurückgekehrt und vom Trepan abgekommen. Der einzige, der dagegen scharf zu Felde zieht, ist SAHLI, der hierin durchaus nicht massgebend ist, da seine Bedenken rein theoretisch sind und er gar keine persönliche Erfahrung als Operateur besitzt. (Er spricht auch nur in Ausdrücken, wie *dürfte wohl kaum gleichgültig sein*, u. s. w.)

Ich habe bei einer Zusammenstellung von 100 Procent Mastoid. Aufmeisselungen, die SCHEDE im Hamburger Krankenhause vorgenommen, bei denen auch in mehreren Fällen Gehirnabscess eröfnet wurden (SCHEDE war der erste, der bei Otitis media einen klar geplanten Operationsgang zur Eröffnung des bestehenden Hirnabscesses verfolgt hat), jede Krankengeschichte auf den Vermerk „Verhämmerungserscheinungen“ angesehen und nur bei einer verschwindend geringen Anzahl denselben gefunden. Dies etwa nicht, weil hierauf keine Rücksicht genommen wurde, denn die Aufmerksamkeit wurde hierauf besonders gelenkt. Es ist dies also den Chirurgen (wenigstens SCHEDE) durchaus nicht „entgangen,“ wie SAHLI meint, sondern sie werden nur nicht so gefürchtet von den Chirurgen.

Auf den Abscess selbst nach Eröffnung der Schädelhöhle soll nach BERGMANN mit dem Messer losgegangen werden und nicht mit der Punctionsnadel. Und dies aus einem positiven und einem negativen Grunde, nemlich weil mit der Punction sehr leicht ein Abscess verfehlt

werden kann—es liegen mehrere Sectionsberichte vor, wo der Abscess, der nicht gefunden wurde, dicht neben der Punctionsstelle lag—und weil Einstiche in die weisse Substanz mit dem Messer in senkrechter Richtung zur Hirnoberfläche erfahrungsgemäss ohne jeden Effect bleiben, wie ausgedehnte Versuche, am Orang-Utang ausgeführt, zeugen und ausserdem die Erfahrung bei den operirten Abscessen.

Ist der Abscess geöffnet, so wird er ausgespült, die Membran, wenn eine solche vorhanden, entfernt, und die Höhle mit Iodoformgase oder Drain drainirt.

Die Gefahren der Operation sind: Blutung und Shock. Die erstere ist erstens bis zu einem gewissen Grade zu umgehen durch Vorgehen an der geeigneten Stelle — die Hirnmasse selbst blutet fast nie — und ausserdem besitzt man in der Iodoformtamponade ein sicheres Stillungsmittel. Jedenfalls ging noch kein Patient an Blutung zu Grunde. Der Shock freilich scheint unvermeidlich zu sein, aber auch hier kann sehr viel gethan werden, indem man eben mit der Operation nicht wartet, bis der Patient in extremis ist und sich so leichter erholt.

Was die Prognose betrifft, so ist sie jetzt schon eine bessere, als bei vielen Operationen, die schon längst sich bleibendes Heimathsrecht in der Heilkunde erworben haben, wie z. B. die Tracheotomie, die 50—60 — 80 Prozent Todesfälle aufweist, während die Todesfälle bei Hirnabscessen im Durchschnitt 20 Prozent betragen. Und dieser Prozentsatz könnte sicher noch um ein wesentliches verringert werden, wenn das Zutrauen zu der Operation in weiteren ärztlichen Kreisen wächst und die Patienten nicht erst im deplorabelsten Zustande dem Chirurgen überwiesen werden.

Die Nervenspecialisten, denen wir auf dem ganzen Gebiete der Hirnchirurgie so unendlich viel verdanken, sind schon grossentheils auf der Seite der Chirurgen, von denen sie wieder durch Operationsbefunde und Operationsresultate manches lernen. Und so schliesse ich, mit der emphatischen Aufforderung, zu gemeinsamer Arbeit der allgemeinen Praktiker, der Nervenärzte und der Chirurgen, um der operativen Therapie der Hirnabscesse die Zukunft zu eröffnen und zu sichern, die sie entschieden verdient.

133 Ost 57. Strasse.

## III.

## Ist Laryngitis sicca und Stoerk'sche Blenorrhoe des Larynx ein und derselbe Prozess?\*)

Von

Dr. W. FREUDENTHAL,

New York.

Bereits im Jahre 1874 beschrieb STOERK<sup>1)</sup> eine in gewissen Gegenden Oesterreichs vorkommende Erkrankung des Larynx und im Jahre 1880 liess er in seinem Lehrbuche<sup>2)</sup> einen ausführlichen Bericht nebst vielen Krankengeschichten folgen. STOERK versteht unter dieser Erkrankung denjenigen Zustand, bei dem sich die ganze Mucosa von der Nase bis zur Trachea in eine Eiter absondernde Membran umwandelt, die im Larynx und in der Trachea zu Krustenbildung führt. Dabei besteht noch die besondere Tendenz der meist betroffenen Theile, wie der vorderen Enden der Stimmbänder, zu Verwachsungen und zu reinen Hyperplasien zu führen. Diese Stellen leiden deswegen am meisten, weil die Eiterungen unter dem Schutze der Epiglottis und des nodus Epiglotticus dort ihren höchsten Grad erreichen können, und durch die Fixirung des Eiters an diesen Stellen kommt es leicht zu Ulcerationen, Verwachsung der Stimmbänder und zur Hyperplasie. Diese Krankheit kommt besonders in Galizien, Polen, der Walachei und Bessarabien vor, in welchen Gegenden das endemische Auftreten derselben ebenso mit sozialen, wie mit tellurischen und klimatischen Verhältnissen zusammenzuhängen scheint. „Die meisten Patienten gehören nämlich jener Volksklasse an, welche in bedrängter materielle Lage lebend und den Anforderungen der Reinlichkeit wenig Rechnung tragend, in den genannten Bezirken zahlreicher als sonstwo auftreten.“

Seit dieser Veröffentlichung STOERK's ist jedoch mit spärlichen Ausnahmen nur wenig über diesen Gegenstand geschrieben oder discutirt worden. Ja, es ist mir nicht gelungen in der amerikanischen Literatur eine Andeutung dieser Krankheit zu finden, so dass es mir scheint, als ob dieselbe hier zu Lande gänzlich unbekannt geblieben sei. Da ich nun seit 7 Jahren an der hiesigen Deutschen Poliklinik ein grosses Kranken-Material sehe, das aus Galizien und Polen stammt, so erschien es mir doch wunderbar, dass mir bis jetzt noch kein derartiger Fall zur Beobachtung gekommen war.

Erst in diesem Winter gelang es mir zwei Fälle zu sehen, von denen der eine ganz genau die Erscheinungen zeigt, wie sie STOERK beschrie-

\*) Nach einem am 1. Mai 1893 vor der Deutschen Medicin. Gesellschaft von New York gehaltenen Vortrage.

1) Tageblatt der Naturforscher-Versammlung zu Breslau, pag. 210.

2) Carl Stoerk : Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs etc. Stuttgart, 1880.

ben hat, während der Andere, ein ausgesprochener Fall von Laryngitis sicca mir im Laufe der Behandlung die Ueberzeugung brachte, dass diese nur eine Vorstufe zur STÖERK'schen Blennorrhoe des Larynx sei. Das merkwürdige an dem ersten Fall ist jedoch, dass die betreffende Frau in New York geboren ist, und dass deren Eltern ebenfalls nie in Polen und Galizien gewesen sind. Der Fall ist kurz folgender:

Frau Anna R., 24 Jahre alt, ist in der Stadt New York geboren. Ihre Eltern kommen beide aus Bayern und wanderten nach Amerika aus lange vor ihrer Verheirathung. Die Frau ist einfach, aber sauber gekleidet, und macht ganz entschieden nicht den Eindruck, als ob sie in Armuth und Schmutz aufgewachsen wäre. Sie wohnte stets in den Vereinigten Staaten, und kann sich nicht erinnern mit Leuten aus Polen oder Galizien in Berührung gekommen zu sein. Sie ist verheirathet und hat ein Kind das gesund ist, auch ihr Mann ist gesund. Sie hat nie einen Ausschlag gehabt, und fühlte sich stets wohl, bis sie vor 4 Jahren heiser wurde. Sie hatte damals keine Schmerzen und keine Dyspnoë. Vor 3 Jahren fing es an im Halse zu kratzen. Sie hustete etwas und bekam auch zuweilen leichte Athemnoth. Diese Symptome sind bis auf den heutigen Tag im versteigerten Masse permanent geblieben, auch ist ihre Stimme ganz aphonisch geworden. Die Nase ist wund, so lange sie nur denken kann. Aus derselben entleert sich ein übelriechendes, meist eitriges Sekret. Die Patientin ist so furchtsamer Natur, dass sie bis vor einigen Wochen keinen Arzt zu Rathe gezogen hat, und auch den verliess sie bald darauf aus unbekanntem Gründen.

Bei der Untersuchung der oberen Luftwege fanden wir die Schleimhaut der Nase in sehr atrophischem Zustande, die mittlere Muschel rechts etwas hypertrophirt. Stinkende mit Eiter vermischte Borken auf beiden Seiten. Der Pharynx zeigt eine lederartige harte, glänzende Schleimhaut. Der Larynx hat genau das Aussehen, wie es St. beschrieben hat. Die ganze Schleimhaut ist in eine „grau-gelb-grünliche“ Fläche umgewandelt, und im vorderen Winkel besonders steckt eine Masse grünlichen Eiters, dessen Entfernung nicht ohne Mühe gelang. Nachdem der Larynx mittels eines starken Sprays\*) gründlich gereinigt war, konnte man im vorderen Winkel eine kurze Verwachsung der Stimmbänder sehen. Weiter nach hinten zu ist an der seitlichen Fläche des linken Stimmbandes ein Uleus sichtbar. Die ganzen Stimmbänder sind verdickt, jedoch scheint im vorderen Winkel eine stärkere Hyperplasie zu sein. Das Lumen der Glottis ist verengt und die Stimme aphonisch. In der Trachea befinden sich immer noch einige stinkende Borken, und die vordere Wand derselben erscheint verdickt soweit man hinunterblicken kann. Phthisis und Syphilis sind nach genauester Untersuchung auszuschliessen.

---

\*) Ich wende den Spray in diesen Fällen nur ausnahmsweise an; ich habe ihn sonst so gut wie ganz aufgegeben.

Der zweite Fall, den ich hier gleich anschliessen will, betraf eine 28jährige Frau Lina P. . . ., die in Galizien geboren ist und deren Eltern gleichfalls dort geboren sind. Sie ist seit 10 Jahren verheirathet, hat zwei noch lebende Kinder und ist seit drei Monaten wieder gravida. Vor 10 Monaten kam sie nach den Vereinigten Staaten. Vor drei Jahren wurde sie heiser und wurde in Jaroslaw (Galizien) erfolgreich drei Wochen lang behandelt. Bald darauf fing es wieder mit dem Halse an, und von der Zeit an „trocknet Alles im Halse ein.“ Hier angekommen, ging sie in ein Hospital und wurde von dort ungebessert entlassen. Vor sechs Monaten jedoch bekam sie zu ihren alten Beschwerden noch Dyspnoë, die in der letzten Zeit so stark wurde, dass sie manchmal zu ersticken glaubte. Bei der Untersuchung fand ich eine atrophische Rhinopharyngitis, Nase und Pharynx mit vielen eingetrockneten Sekreten belegt. Die Schleimhaut des *Larynx* war derartig glänzend und atrophisch, wie man sie nur in extremen Graden von Pharyngitis sicca zu sehen bekommt. Die Stimmbänder ihrer ganzen Länge nach verdickt. Auf dem rechten Aryknorpel war eine Masse fest eingetrockneten Secrets. Auch unterhalb der Stimmbänder und in der Trachea waren, so weit man sehen konnte, eingetrocknete Sekretmassen vorhanden.

Die Frau war aphonisch und dyspnoisch und schnappte fortwährend nach Luft. Sie lebt mit ihrer ganzen Familie, die aus sechs Personen besteht, in einem Zimmer, und ist äusserst schmutzig und unsauber gekleidet. Ein Bad hat sie in diesem Lande noch nicht genommen, und sie verlässt ihr Zimmer nur, um die Klinik aufzusuchen.

Als ich in den *Larynx* einen Spray mit Dobell'scher Lösung applicirte, bekam sie eine derartig heftige Dyspnoë, dass wir schon an eine Tracheotomie denken mussten. Erst als es mir gelang, die Frau so weit zu beruhigen, dass ich mit einer langen Zange ein Stück Secret aus der Trachea entfernen konnte, liess die Dyspnoë nach. Dieses Stück war ganz fest und hatte eine exquisit grünlich schwarze Farbe u. s. w., also ganz das Aussehen wie das Nasensecret bei der Ozäna. Die Frau erzählte mir, dass sie während der nächsten Wochen zu Hause noch einige derartige Anfälle bekommen hätte.

Während der erste Fall nun, nach den Beschreibungen Stoerk's zu urtheilen, einen unzweifelhaften Fall von Blenorhoe des *Larynx* darstellt, führte mich der andere Fall von *Laryngitis sicca* auf die Idee, dass die Stoerk'sche Blenorhoe nur eine weitere Entwicklung dieser häufiger vorkommenden *Laryngitis sicca* sein müsste. Und das ging so zu.

Die zweite Patientin kam während der ersten Wochen der Behandlung sehr unregelmässig in die Poliklinik, so dass damals von einer Behandlung eigentlich noch nicht die Rede sein konnte. Die Sekrete im *Larynx* und in der Trachea vermehrten sich, und verursachten neben einer beständigen starken Athemnoth auch noch einen ganz ausserordentlichen Hustenreiz. Es war in Wirklichkeit so, dass die Patientin

beständig hustete und krächzte. Es bildeten sich oberflächliche Exchoriationen und diese Stellen zeigten bereits das charakteristische „grau-gelb-grünliche“ Aussehen. Patientin blieb wieder 14 Tage aus der Behandlung, und als sie wieder kam, waren die vorderen Parthien verwachsen. Es war nun nicht mehr wie natürlich, anzunehmen, dass ohne ärztliche Behandlung sich hier in kurzer Zeit dasselbe Bild entwickeln würde, wie wir es im ersten Falle gesehen haben. Sie verblieb jedoch in meiner Behandlung, und ich befinde mich jetzt nach 5 Monaten in der merkwürdigen Lage erklären zu müssen, dass die Frau, die ich seiner Zeit in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York als einen Fall von Laryngitis sicca vorgestellt habe, jetzt nach 5 Monaten trotz der eifrigsten Bemühungen sich in dem Zustande befindet, dass ich sie heute als einen exquisiten Fall von STOERK'scher Blenorrhoe demonstrieren könnte, wenn ich überhaupt noch an die besondere Existenz einer solchen Krankheit glaubte. So sehr hat sich das Bild in der Zwischenzeit verändert. Die Glottis ist auf eine kleine halbmondförmige Lücke reducirt, die vor den beiden Aryknorpeln sich befindet. Aus der Verwachsung im vorderen Winkel, die jetzt natürlich weiter nach hinten gerückt ist, hat sich eine reine Hyperplasie herausgebildet, die an den Kanten der Stimmbänder entlang läuft und die ganze Dicke derselben einnimmt. Auch die vordere Wand der Trachea erscheint bedeutend verdickt, was man besonders gut bei der Durchleuchtung sehen kann, worauf ich früher nicht achtete. Die einzelnen Borken ragen mit ihren theils spitzen, theils breiten Fortsätzen zackenartig in das Lumen der Trachea hinein, so dass man das charakteristische Aussehen von Stalactiten in einer Tropfsteinhöhle erhält. (Schmidhuisen). Es ist also hier, um mit VIRCHOW zu reden, eine fibröse, retrahirende chronische Entzündung eingetreten.

Die Frau ist aphonisch und leidet an einer starken Dyspnoë, die natürlich noch durch ihre Gravidität vermehrt wird. Die Hauptgefahr aber in der sie sich befindet kommt von den eingetrockneten Borken in der Trachea her, und wenn jemals eine Tracheatomie nothwendig werden sollte, so würde sie nur dieser Borken wegen gemacht werden müssen, da die Stenose des Larynx, so eng sie auch sein mag, dennoch vollständig ausreicht, um der Patientin das Athmen sehr erträglich zu machen. Aus diesem Grunde würde auch hier eine Intubation nicht am Platze sein.

Zu erwähnen habe ich noch, dass bei den meisten Untersuchungen die Borken im vorderen Winkel der Stimmbänder gefunden wurden, also wirklich dort, wo die Eiteransammlung durch die Epiglottis und den Nodus Epiglott, begünstigt wurde. Sehr häufig waren sie aber auch an allen anderen Stellen des Larynx, so besonders am Rande und an der unteren Fläche der Stimmbänder und auf den Aryknorpeln.

Nachdem wir so diese beiden Fälle kennen gelernt haben, ist die nächste Frage, die wir uns vorlegen müssen, die: Woher kommt es, dass, obwohl wir alle Tage Fälle von Pharyngitis sicca sehen, wir doch nur in wenigen Fällen eine Laryngitis sicca zu Gesicht bekommen, und noch weit seltener eine STOERK'sche Blennorrhoe? Ist es wahr, dass die Laryngitis sicca nur eine Fortsetzung der Pharyngitis sicca ist? Wenn wir versuchen, die letzte Frage zuerst zu beantworten, so muss uns doch Eines auffallen. Der Schleim beim Retronasalcarrh, bei der Pharyngitis granulosa und sicca geht dem Gewicht der Schwere folgend nach unten und ergreift meistens den Oesophagus und den Magen, worauf namentlich von laryngologischer Seite wiederholt aufmerksam gemacht wurde.

Wie kommt es nun, dass er in so seltenen Fällen in den Larynx gelangt? Und wie ist es möglich, dass gerade der allerzäheste Schleim, dessen Entfernung uns so viel Mühe macht, nicht nur im Pharynx, sondern auch tief unten im Larynx, und in der Trachea gefunden wird, während der sonst flüssigere Schleim gewöhnlich nur den Introitus laryngis ergreift? Wir glauben, entgegen LUBLINSKI,<sup>1)</sup> dass die Laryngitis sicca nicht eine Fortsetzung der Pharyngitis sicca ist, und müssen trotz den Bemerkungen FELIX SEMON's<sup>2)</sup> eine besondere Form für die Laryngitis sicca annehmen.

Als Beweis erlaube ich mir einen Fall anzuführen, der für unsere Frage überhaupt von grossem Interesse ist. Er wurde von BENNO BAGINSKY<sup>3)</sup> unter dem Namen Ozäna laryngo-trachealis veröffentlicht. Dieser Fall, der sonst dem Bilde der von STOERK geschilderten Blennorrhoe sehr ähnlich war, zeichnete sich jedoch dadurch aus, dass die Nasenhöhle, das cavum pharyngo nasale, sowie die hintere Pharynxwand des 12½-jährigen Patienten von der Krankheit nicht betroffen waren. Es handelte sich hier um eine genuine Larynx- und Tracheal-Erkrankung. Wir sehen also, dass eine solche überhaupt vorkommen kann. Als Beweis führe ich ferner an, dass die bei vielen Formen der Laryngitis sicca vorkommenden Borken sich mit Vorliebe gerade den Platz aussuchen, zu dem sie von oben herab am schwersten gelangen können, nämlich den vorderen Stimmbandwinkel. Also auch dies spricht gegen die Annahme einer vom Pharynx fortgeleiteten Erkrankung.

Ich möchte aber nicht missverstanden werden, und durch obige Auseinandersetzungen den Eindruck hervorrufen, als ob sich jetzt aus

---

1) W. Lublinski : Ueber Laryngitis sicca sive atrophica. Deutsche Medic. Zeitung, pag. 99, 1886.

2) Bemerkungen im Internat. Centralblatt für Laryngologie, p. 251, I. Jahrgang.

3) Benno Baginsky : Ein Fall von Ozäna laryngo-trachealis. Deutsche Medic. Wochenschrift, p. 296, 1876.



jeder leichten Atrophie des Larynx STOERK'sche Blenorhoe durchaus entwickeln müsste. Keineswegs. Eines aber steht für mich fest, dass diese letztere weiter nichts ist, als das Endresultat mancher besonders schwerer oder besonders vernachlässigter Fälle von Laryngitis sicca. Doch hören wir, was andere hierüber zu berichten haben. Es ist höchst eigenthümlich, dass ausser STOERK und seiner Schule eigentlich nur wenige eine eigene Form dieser Krankheit annehmen. Selbst andere Laryngologen in Wien, die doch auch ein grosses Material aus Galizien und Polen sehen, verneinen die Existenz einer solchen, wie z. B. SCHRÖTTER, auf den ich gleich noch zurückkomme. Ein Fall von STOERK'scher Blen., den GRABOWER, der nicht zur STOERK'schen Schule gehört, in der Berliner laryngologischen Gesellschaft (10. Jan. 1890) vorstellte, wurde allgemein als solcher angezweifelt, selbst von dem früheren Assistenten STOERK's, Dr. P. HEYMANN. Von anderen Autoren erwähnen wir MAX BRESGEN<sup>1)</sup> und KRAKAUER<sup>2)</sup>, Beides gleichfalls frühere Assistenten STOERK's. Während BRESGEN noch genau auf dem Standpunkte STOERK's steht, geht KRAKAUER aber schon so weit, dass er sagt: „Der Process hat im Kehlkopfe grosse Aehnlichkeit mit der sogenannten Laryngitis sicca, während er in der Nase an die gewöhnliche Ozäna erinnert, und ich halte den Namen, welchen Herr B. BAGINSKY dem der Blenorhoe substituirt hat, den Namen Ozäna laryngo-trachealis für einen glücklich gewählten.“

B. FRAENKEL<sup>3)</sup> hat schon früher die Ansicht ausgesprochen, dass STOERK ohne hinlänglichen Grund eine neue Krankheit geschaffen habe, „denn zu Borken eingetrocknete Secrete mit oder ohne Gestank finden sich, wenn auch seltener, wie in der Nase, im Pharynx und in der Trachea idiopathisch vor, wenn diese Organe vom atrophirenden Catarrh befallen sind . . . .“

P. HEYMANN<sup>4)</sup> und F. SCHMIDHUISEN<sup>5)</sup> treten für eine besondere Form der STOERK'schen Blenorhoe ein. GORDON HOLMES<sup>6)</sup> und DAVID NEWMAN<sup>7)</sup> stellen eine besondere Form der atrophischen Laryngitis auf, ohne aber die Frage der Stoerk'schen Blenorhoe zu berühren. Auch SCHRÖTTER hat schon früher darauf aufmerksam gemacht, dass es eine Form des Katarrhs im Larynx und in der Trachea giebt, die sich durch Trockenheit der Gebilde, Epithelabstossung, Excoriationen u. dergl.

1) Max Bresgen: Einige interessante Fälle aus dem Ambulatorium des Herrn Professor Stoerk in Wien. D. Med. Woch. 1876, No. 26 u. 27.

2) Fall von Stoerk'scher Blenorhoe. Berl. Klin. Woch. p. 973, 1887.

3) v. Ziemssen's Handbuch IV. I., 2. Aufl., p. 154.

4) Berl. Klin. Wochenschr. 1887.

5) ibidem p. 150. 1878.

6) Gordon Holmes: Chronic Catarrhal Laryngitis. The Lancet, Nov. 8th, 1884.

7) David Newman: Two Lectures on Chronic Laryngitis. The British Medical Journal, July 4th, 1885.

auszeichnet, und er fügt, wie ich erst vor einigen Tagen in seinem Lehrbuche <sup>1)</sup> gelesen habe, hinzu, dass es ganz gut denkbar sei, „dass derselbe Prozess, der in einer Atrophie der Schleimhaut, einer Degeneration der Schleimdrüsen, reichlicher Bildung rasch vertrocknenden Secretes besteht, einmal auch zuerst von der Laryngo-tracheal-Schleimhaut ausgehen oder auf dieselbe beschränkt bleiben kann.“ Wenn SCHRÖTTER und auch andere Autoren von Degeneration der Drüsen und vermehrter Secretion sprechen, so ist das eine Combination, die wir nicht recht verstehen können; denn entweder sind die Drüsen degenerirt und secerniren weniger oder gar nicht, oder sie secerniren mehr und können dann nicht degenerirt sein. Wir glauben, dass die Drüsen in Wirklichkeit weniger als normal secerniren, dass aber ausserdem noch die chemische Zusammensetzung des Secretes eine so besondere ist, dass dasselbe sehr leicht zur Vertrocknung kommen kann. SCHRÖTTER spricht sodann ganz deutlich die Ansicht aus, dass wenn auch die als Laryngitis sicca oder Ozäna laryngo-trachealis (BAGINSKY) bezeichneten Zustände nicht schon vollständig identisch sind mit der Stoerk'schen Blenorrhoe, so können dieselben doch sehr gut dem Anfangsstadium dieser Krankheit entsprechen. Ich habe diese letztere Ansicht SCHRÖTTER's, lange nachdem ich den obigen Fall beobachtet und mir darüber eine Ansicht gebildet hatte, gelesen, und dies diente nur dazu, meine Meinung, die hier in fast experimenteller Weise eine Bestätigung erfahren hat, zu verstärken.

Dass es in manchen dieser Fälle sich um einen Prozess handelt, der dem Rhinosclerum ähnlich oder mit ihm identisch ist, glaube ich nach einem Falle, der im Montefiore Home zur Beobachtung kam, annehmen zu müssen. Patient, der mit ganz ausgesprochenem Rhinosclerum in das Home kam, starb plötzlich einige Stunden nach seiner Aufnahme. Die Section der oberen Luftwege wurde von den beiden Hausärzten DDrs. BLOCH und FRÄNKEL gemacht. Ich sah die Präparate nach einigen Tagen — den Patienten selber habe ich nie gesehen. Es waren im Larynx ausgedehnte narbige Verwachsungen der mucosa und submucosa vorhanden. Besonders stark waren die Morgagnischen Taschen beiderseits von diesem Prozess betroffen. Aber das ganze Aussehen des Larynx unterschied sich doch wesentlich von dem der St. Blenorrhoe. Die ganze Oberfläche war mit einer weisslichen Decke belegt, die sich leicht abheben liess. Es waren keine Borken im Larynx vorhanden, wohl aber einige Ulcera in der Trachea. Der Fall wird späterhin von Einem der Hausärzte bearbeitet werden.

Doch kehren wir nach dieser kurzen Abschweifung zu unserer zweiten Patientin zurück. Dass dieselbe jetzt ein äusserst typisches Bild der Stoerk'schen Blenorrhoe darstellt, und dass STOERK selbst die Diagnose in diesem Falle nicht anzweifeln würde, ist für mich ausser

---

<sup>1)</sup> L. Schrötter: Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes etc. Wien und Leipzig, 1892.

Frage. Die Frau erfüllt aber noch ein anderes Postulat, dass sie nämlich aus Galizien stammt. Aber, m. H. dies ist, wie ich glaube, mehr zufällig; denn, wie Sie gehört haben, betrifft mein erster Fall eine in den Vereinigten Staaten geborene Frau, deren Eltern selbst niemals in Oesterreich oder Russland gewesen sind. Der Fall von KRAKAUER war eine Frau aus Berlin, von der er nicht erzählt, ob sie jenen Anforderungen der Unreinlichkeit entspricht. Dasselbe gilt von dem Fall GRABOWER's. Dass übrigens auch besser situirte Volksklassen eine solche Krankheit acquiriren können, erzählt weiterhin St. selbst, denn von seinen 11 genauer beschriebenen Fällen betraf einer einen Weltpriester, ein Anderer einen stud. phil., und ein Dritter eine Frau von „ganz ausserordentlicher Intelligenz.“

Lassen wir noch einmal in aller Kürze die wichtigsten Punkte aus den Krankengeschichten unserer Patientinnen Revue passiren, so sehen wir, dass die erste Frau nur deshalb einen so hohen Grad dieser Krankheit acquiriren konnte, weil sie Jahre lang keine ärztliche Hülfe aufsuchte — sie hat unsere Behandlung auch schon längst aufgegeben. Sonst wäre — da für die Armen New Yorks gerade kein Mangel an guter Behandlung in Polikliniken herrscht — die Krankheit wenn auch nicht gehoben, so doch mindestens auf einen geringeren Grad der Entwicklung beschränkt geblieben. Der beste Beweis hierfür ist, dass die Patientin unter regelmässiger Behandlung sich viel behaglicher fühlte, und dass die Aphonie bereits in Heiserkeit übergegangen war. Ob wir es viel weiter hätten bringen können, ist natürlich zu bezweifeln. Bei der zweiten Patientin verhält sich die Sache anders. Sie ist wirklich in Unsauberkeit und Schmutz aufgewachsen, und ist von den sozialen Einflüssen New York's noch so unberührt geblieben, dass sie ihre früheren Gewohnheiten ruhig fortsetzt. Es ist also die Lebensweise, die hier weiter schädigend fortwirkt. Aber nichtsdestoweniger konnte man auch bei dieser Frau constatiren, dass jedes Mal, wenn wir mehrere Male hintereinander die Patientin gründlich behandelten, sie sich viel freier fühlte, und auch aufhörte aphonisch zu sein.

So sehen wir, dass dieser Fall zuerst die objectiven Symptome einer Laryngitis sicca darbot, eine Thatsache, die in der Discussion nach meiner Demonstration s. z. von keinem der Redner angezweifelt wurde. Bald darauf entwickelte sich eine oberflächliche Exulceration, eine Verwachsung der vorderen Stimmbandenden, eine Hyperplasie, und das Bild der früher sogen. Stoerk'schen Blenorhoe war unter unseren Augen langsam herausgebildet und vervollständigt worden. Dieser Fall war demnach für mich ein *eclatanter Beweis*, dass *Laryngitis sicca sive Ozäna laryngo-trachealis und Stoerk'sche Blenorhoe nur verschiedene Grade ein und derselben Krankheit sind*; und wenn man fragen sollte, woher es dann kommt, dass man verhältnissmässig häufig Laryngitis sicca und so selten die Stoerk'sche Blenorhoe sieht, so möchte ich darauf antworten, dass die meisten Patienten nicht so indolent sind, wie die arme Bevölkerung Galiziens, Polens u. s. w., und

dass sie viel früher einen Arzt aufsuchen, als unsere erste Patientin, und uns so Gelegenheit geben, ihre Lebensweise zu ändern, und durch direkte lokale Behandlung der Krankheit Halt zu gebieten.

Ich habe, den Anschauungen B. FRAENKEL's folgend, den Namen Laryngitis sicca angenommen, weil er ein weiteres Gebiet in sich begreift, und überlasse den Namen, Ozäna laryngo-trachealis für diejenigen Fälle, in denen wirklich wie in der Nase eine Ozäna vorhanden ist.

Und nun noch einige Worte über die Therapie dieser in späteren Stadien so hoffnungslosen Krankheit. Ich ging gewöhnlich in folgender Weise vor. Zuerst spritzte ich mit einem starken Spray Larynx und Trachea aus. Dies brachte einen Hustenreiz hervor, durch den einige Borken entfernt wurden. Ich muss offen gestehen, ich habe keinen Unterschied gefunden, ob ich zum Spray die Dobell'sche Lösung nahm, oder schwache Chlorzink- oder Tannin- oder Argent. nitr. Lösung—der Effect war stets derselbe. Sodann legte ich in Lugoll'sche Lösung getauchte Tampons in beide Nasenhöhlen, und liess dieselben 10–30 Minuten liegen. Dann spritzte ich nochmals den Larynx aus und wischte mittels Lugoll'scher Lösung allen Schleim vom Cavum pharyngo-nasale und vom Pharynx weg. Von innerlichen Mitteln gab ich Jodkalium und Pilocarpin ohne sichtbaren Erfolg; besser aber als das letztere schienen die Fol. jaberandi zu wirken. Das letzte Mittel aber, das mir, nachdem ich die oberen Luftwege auf die eben angegebene Weise gereinigt hatte, die besten Dienste leistete, war die *Massage*. Ich beschäftigte mich über ein Jahr mit derselben, und werde in kurzer Zeit an anderer Stelle meine bisher gesammelten Erfahrungen niederlegen. Hier wollte ich nur die Thatsache erwähnt haben.

1054 LEXINGTON AVENUE.

## REFERATE.

## Krankheiten der Respirationsorgane.

Referirt von Dr. J. W. GLEITSMANN.

- 1) **The After-Results of Nasal Cauterisation.** Von F. A. De Blois. (N. Y. Medical Journal, January 28th, 1893.)

De B. weist darauf hin, wie wenige Patienten von dem Arzte wieder-gesehen werden, nachdem sie aus der Behandlung entlassen waren. Er zeigt an Krankengeschichten aus eigener Praxis, wie unbefriedigend sich manchmal das Resultat herausstellte, wie einmal ungenügende Cauterisation Wiederkehr der Symptome veranlasste, andererseits zu energisches Eingreifen zu Narbenbildung, sogar atrophischer Rhinitis führte.

Die längere Discussion über diesen Gegenstand in der American Laryngological Association ergab als Consensus der Mitglieder, nicht in acuten Fällen zu operiren, die Vorzüge der Anwendung von Weissglühhitze, die Anwendung von Antiseptica von den meisten Rednern und die Nothwendigkeit der Berücksichtigung und Besserung anomaler Allgemeinzustände.

Dem Referenten gereichte es zur besonderen Befriedigung, dass sein vor 1½ Jahren empfohlenes Verfahren der Anwendung von Trichlor-essigsäure nach galvanocaustischen Operationen in der Nase, welche Methode so abfällig beurtheilt wurde (Monatsschrift, Januar 1892), von zweien der ältesten Mitglieder dieser repräsentativen Körperschaft mit Erfolg angewandt und warm empfohlen wurde.

- 2) **The Correction of Deformities of the Nose Resulting from Abscess of the Nasal Septum.** Von John V. Roe. (Ibidem March 25. 1893.)

ROE, welcher schon früher eine vortreffliche Methode zur Correction von Stumpfnasen angegeben hatte, hat sein Augenmerk auch auf andere abnorme Bildungen der Nase gerichtet und nach seinen Darstellungen und den beigefügten Photographien zu urtheilen ebenfalls hier sehr gute Resultate erreicht. Verunstaltungen nach Verlust des Septum in Folge entzündlicher Prozesse, Abscesse, Syphilis, Trauma sind das Feld für diese Eingriffe. Die Operationsmethoden modificiren sich nach der jeweiligen Beschaffenheit des Falles und bestehen im Allgemeinen in Durchtrennung der Weichtheile auf beiden Seiten mit Fixation derselben durch Nähte und Elfenbeinplatten, und manchmal Einführung eines geeigneten Ringes mit Federn zur Unterstützung der Theile bis zur Heilung.

- 3) **Empyema of the maxillary sinus and its relation to diseases of the antrum Highmore.** Von M. R. Brown. (Medical Record, April 1. 1893.)

- 4) **Diseases of the pneumatic sinuses of the Nose and Their Relation to Certain Affections of the Eye.** Von G. W. Caldwell. (Ibidem, April 8. 1893.)

- 5) **La dernière phase de l'Éclairage électrique dans le diagnostic de l'Empyème Maxillaire.** Von Ziem. (Revue intern. de Rhinologie, Otologie und Laryngologie, Janvier 10. 1893.) Separatabdruck.

- 6) Ueber das Empyem des Sinus frontalis. Von G. Winckler. (Münchener Med. Wochenschrift, No. 47. 1892.)
- 7) Ueber acute und chronische Erkrankungen der Keilbeinhöhlen. Von Max Schaeffer. (Deutsche Md. Wochenschrift, No. 47. 1892. Separatabdruck.)

Diese nur unvollständige Liste von Publicationen in der laufenden Literatur deutet auf das Interesse hin, welches von Rhinologen gegenwärtig den Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase gezeigt wird. Wenn auch manche derselben nichts Neues bringen, bringen andere werthvolle Beiträge zu diesem Gegenstand, und eine kurze Synopsis derselben dürfte dem Leser wünschenswerth sein.

No. 3. bringt eine erschöpfende und objective Darstellung der Anatomie, Aetiologie, Symptomatologie und Differentialdiagnose mit Bemerkungen über Behandlung des Empyems der Oberkieferhöhle. Brown schliesst sich auch der Ansicht anderer Autoren an, dass die Darstellung keine absolut sichere Diagnose ermöglicht und führt als weitere Hilfsmittel an: Percussion, Irrigation und Explorativpunktion. Seine Methode der Einspritzung von Wasserstoffhyperoxyd vermittelt einer am Ende rechtwinklich abgebogenen subcutanen Spritze erleichtert ihm die Diagnose wesentlich. Die Explorativpunktion macht er durch den Alveolarfortsatz.

No. 4 weist auf die Beziehungen zwischen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase und solchen der Augen hin und illustriert deren innigen Zusammenhang durch Krankengeschichten.

Die Schlussfolgerungen sind folgende: Erkrankungen der Nebenhöhlen, besonders der Sieb- und Keilbeinhöhle, sind viel wichtigere Factoren in Erzeugung von Augenerkrankungen als bisher angenommen wurde. Siebbeinhöhlenerkrankung prädisponirt zu Circulationsstörungen im Auge und der Conjunctiva und zu Erscheinungen von Asthenopie, während Keilbeinhöhlenerkrankung vorwiegend den nervus opticus zu afficiren geneigt ist und die motorischen Augenerven zu beeinflussen vermag.

No. 5. ZIEM beleuchtet den Werth der Durchleuchtung für Kieferhöhlenempyem, spricht sich aber entschieden gegen ihre Unfehlbarkeit und die Vertreter dieser Ansicht aus. Er erläutert seinen Text durch 3 instructive Illustrationen.

No. 6. W. giebt seine Erfahrungen über Stirnhöhlenempyem auf Grund von 15 von ihm behandelten Fällen. Von diesen sind dauernd geheilt 6, noch in Beobachtung 3, gebessert 4, noch in Behandlung 2. Er betrachtet einen Patienten geheilt blos dann, wenn nach Aussetzen jeder Behandlung mindestens 2 Monate keine Secretion mehr stattfand.

Die Symptomatologie anlangend ist es im Allgemeinen für die Intensität der Schmerzen gleichgültig ob mehr schleim-eitriges oder rein eitriges oder blutig-eitriges Secret die Cavität ausfüllt. Die Mehrzahl der Patienten localisirte die Schmerzen ziemlich genau in der betheiligten Gegend der Stirn und klagte über Schmerzen an der Nasenwurzel oder der Glabella. Eiter, besonders an der äusseren Seite der mittleren Muschel, konnte blos bei 5 Patienten gesehen werden. Die Percussion mit dem Hammer auf die erkrankte Stirnhöhle ergab bei fast allen Patienten Schmerzempfindung.

Die Eröffnung der Stirnhöhle wurde nach der SCHAEFFER'schen Methode und mittelst dessen Metallsonde gemacht. Dieselbe wurde zwischen Septum und mittlere Muschel 7 cm. von der Nasenapertur

aus in die Höhe geführt und dann die weitere Behandlung mittelst Ausspülungen oder Iodoformgaze eingeleitet.

No. 7. SCHAEFFER's Schrift ist jedenfalls die bedeutendste unter den angeführten Arbeiten, und seine Abhandlung wohl die beste die bis jetzt über Keilbeinhöhlenerkrankungen erschienen ist.

Er war der erste, welcher die Keilbeinhöhle eröffnete, und hat er, seitdem er diesem Gegenstand mehr Aufmerksamkeit widmete, in den letzten Jahren 19 acute und 53 chronische Fälle gesehen und behandelt. Ehe die Diagnose einer Keilbeinhöhlenerkrankung gemacht werden kann, müssen vor Allem Affectionen des Nasenrachenraumes ausgeschlossen oder beseitigt werden.

Die acuten Fälle sind im Allgemeinen leichter zu diagnostizieren, günstiger im Verlauf und erfordern kürzere Behandlung. Ein ungewöhnlich lange dauernder Schnupfen mit Schmerzen im Hinterkopf, in der Tiefe des Schädels Druck auf die Augen von hinten her, das Verstreichen der normal zwischen Septum und mittlerer Muschel vorhandenen Spalte, und mehr eine Vorwölbung der Schleimhaut daselbst, ein an diesem Ort auch nach Entfernung wieder auftretender Schleim oder Eiterstreifen sind die hauptsächlichsten Symptome. Die Behandlung dauerte durchschnittlich ungefähr  $1\frac{1}{2}$  Monate, und die Fälle wurden alle geheilt.

Die chronischen Fälle entstehen entweder durch Uebergang aus der acuten in die chronische Form, durch bereits bestehende Nasenerkrankungen, werden auch durch Polypen hervorgerufen und kommen als Begleiterscheinung der Ozäna vor. Die Symptome sind weniger ausgeprägt als bei den acuten Fällen: Schwindel beim Bücken, Supraorbitalneuralgie, Druckgefühl auf dem Kopf, localisirter, intermittirender Schmerz in der Mitte des Kopfes, Gedächtnisschwäche, Unlust zur Arbeit, Niedergeschlagenheit. Objektive Erscheinungen sind: Breite des Nasenrückens (? Ref.), Hyperplasie der Septumschleimhaut in Gegend der mittleren Muschel, Verstreichen der Spalte zwischen dieser und Septum, Borkenbildung im Nasenrachenraum, und wie Referent in zwei ausgeprägten Fällen sah, solche stetig immer an den hintern Enden der Muscheln sich ansetzend.

Die kürzeste Zeit der Behandlung war in 22 Fällen von 1-3, die längste in fünf Fällen über 12 Monate, acht verblieben noch in Behandlung. Diese selbst besteht in beiden Formen in Einführung einer geeigneten Sonde zwischen Septum und mittlerer Muschel und Eröffnung der Höhle. Diese letztere gelingt in der Regel leichter in den chronischen als acuten Fällen, da bei ersteren die vordere Wand der Höhle schon oft durch Usur der Knochenwand brüchig geworden ist. Die Nachbehandlung besteht in Auskratzen und Desinfizierung der erkrankten Höhle.

---

#### Chirurgie. Referirt von Dr. FRANZ TOREK.

The Radical Cure of Inguinal Hernia in the Male. By Wm. S. Halstead, M. D. (Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, Vol. IV. No. 29.)

HALSTEAD hat 82 mal Leistenbrüche operirt ohne einen Todesfall. In 58 Fällen benutzte er seine eigene Operationsmethode. Wie Bassini so macht auch H. einen neuen Canal und Ring. Der neue Ring soll dem Samenstrang so eng wie möglich angepasst werden und der Samenstrang soll so klein sein wie möglich. Der Hautschnitt erstreckt sich von einem Punkt fünf Cm. oberhalb und ausserhalb des inneren

Ringes bis zur spina pubis. Die jetzt frei liegende Aponeurose des Obliquus externus, der Obliquus int. und Transversalis sowie die Fascia transversalis werden vom äusseren Ringe aus bis zu einem Punkt etwa zwei Cm. oberhalb und ausserhalb des inneren Ringes durchschnitten. Vas Deferens und die Gefässe des Samenstranges werden isolirt, und alle Venen bis auf eine oder zwei werden excidirt. Der Bruchsack wird isolirt, geöffnet, sein Inhalt reponirt und die Peritonealhöhle durch ein paar feine Seidennähte abgeschlossen, worauf der Sack dicht an den Nähten abgeschnitten wird. Der verdünnte Samenstrang wird auf einem Haken erhoben und sodann werden sechs bis acht Matratzennähte zur Vereinigung aller Weichtheile mit Ausnahme der Haut angelegt. Der Samenstrang wird an der Stelle des inneren Ringes durchgeleitet, wenn die Muskulatur hier kräftig ist; ist dieselbe schwach so wird der Strang weiter aussen durchgeleitet. Hautwunde wird mit feiner Seide genäht. Der Samenstrang liegt also direct unter der Haut und auf der Aponeurose des Obliquus externus. Die Operation ist also der Bassini'schen sehr ähnlich und unterscheidet sich von dieser nur in den folgenden Punkten: 1. Bassini bringt den Strang immer am inneren Ringe durch, H. lässt die Durchtrittsstelle von der Musculatur abhängen. 2. Bassini entfernt nicht die überflüssigen Venen. 3. In Bassini's Operation liegt der Strang unter der Aponeurose des Obliquus externus, in H.'s Operation auf derselben. Die Patienten werden durchschnittlich drei Wochen lang auf dem Rücken liegen gelassen. Prima intentio ist eine unumgängliche Bedingung für den Erfolg dieser Operation. Wo sich Eiterung einstellte, wurde die Wunde geöffnet und weiter offen behandelt. In 52 der Fälle heilte die Wunde per primam, und in keinem dieser Fälle hat sich bis jetzt ein Recidiv eingestellt.

**Zur Osteoplastik bei Pseudarthrosen-Operationen. Von Dr. W. Müller.**  
(Centralblatt für Chirurgie, 1893, No. 11.)

M. bediente sich der König'schen Methode zur Schliessung von Schädeldefecten bei einem Falle von Pseudarthrosenheilung einer 6½ Monate alten complicirten Unterschenkelfractur mit zwei Cm. langem, durch Bindegewebe ersetztem Defekt der Tibia. Adaptation der Fragmente wäre nur nach Resection der Fibula möglich gewesen. M. durchmeisselte die Fibula und implantirte deren unteres Fragment in die Tibia. Der 1 cm. lange Defekt der Tibia wird osteoplastisch geschlossen, indem oberhalb der Pseudarthrose ein fünf bis sechs cm. langer, 2 cm. breiter, 1 cm. dicker Haut-Periost-Knochenlappen von der medialen Fläche der Tibia abgemeisselt wird und sein nach unten gelegener Stiel so gedreht wird, dass die Tibiafragmente damit überbrückt werden. Sorgfältige Naht. Resultat eine derbe feste Knochenbrücke.

**Nervenheilkunde. Referirt von Dr. GEO. W. JACOBY.**

**Zum Kapitel der Gelenksneurosen. Von E. Albert.** (Internationale klinische Rundschau, Wien, 1. Januar 1893.)

Die Bezeichnung Gelenksneurose wird sehr häufig benutzt, ohne dass eine Berechtigung zum Gebrauch dieser Benennung existirt. Es giebt viele Fälle, bei welchen der Sitz des Schmerzes im Knochen selbst liegt; wenn diese Fälle auch streng als Neurose aufzufassen sind, so sollte man sie doch als Ostealgien, und nicht, weil der schmerzhafteste Punkt zufällig an einem Gelenk sitzt, als Gelenksneurose bezeichnen.



Diese Differenzirung ist auch von praktischer Wichtigkeit. Topisch verwerthbar für die Diagnose Gelenksneurose, ist ferner der Umstand, dass Neurosen des Schultergelenks nicht vorkommen. A. schlägt vor, dass man Gelenk für Gelenk durchgehe und so über jene Gelenke Kenntniss gewinne, an welchen eine Neurose niemals constatirt wird.

**Ein unter dem klinischen Bilde der Tabes verlaufender Fall von syphilitischer (?) Rückenmarkserkrankung. (Arachnitis chronica fibrosa et gummosa, Myelitis interstitialis chronica diffusa, Endarteritis et Phlebitis obliterans.) Von C. A. Ewald. (Berlin. klin. Wochenschrift, 20. März 1893.)**

Der klinische Verlauf und der anatomische Befund des hier mitgetheilten Falles sind in obigem Titel schon genügend beschrieben. Das Interesse des Falles liegt darin, dass die vorgefundene Bindegewebs-erkrankung, welche sich vorwiegend auf die Gegend der Hinterstränge beschränkte, während des Lebens das klinische Bild der Tabes fast in der Gesamtheit ihrer mannigfachen Erscheinungen, zur Folge hatte.

Anatomisch aber hat der Befund nichts mit dem classischen Bilde der Hinterstrangssclerose gemein. Die Bezeichnung Tabes gilt also trotz des klinischen Verlaufs, für diesen Fall nicht, aber der Fall ist jenen anzureihen, in welchen ein, der Tabes sehr verwandtes, Symptombild durch eine syphilitische Erkrankung des centralen Nervensystems bedingt worden ist. Der syphilitische Ursprung des Processes ist aus dem gummösen Character der Meningitis, sowie aus den Veränderungen an den Gefäßen zu entnehmen.

**On Certain Organic Extracts ; Their Preparation and Physiological and Therapeutical Effects. By William A. Hammond. (N. Y. Med. Journal, p. 93, 1893.)**

Der Empfehlung von BROWN-SEQUARD folgend, machte HAMMOND im Jahre 1889 Gebrauch von frischem Hodensaft in der Behandlung verschiedener Nervenkrankheiten. Er berichtete damals über einen Fall von traumatischer Neuritis, welcher mehr als ein Jahr bestanden hatte, und infolge einer einzelnen Einspritzung vollständig geheilt worden, über zwei Fälle von Herzschwäche mit neurasthenischen Beschwerden, über einen von sexueller Impotenz und über zwei von Muskelrheumatismus, welche alle durch derartige Einspritzungen geheilt wurden. Bei einem Falle von Gehirnblutung wurde die Hemiplegie durch diese Behandlung gebessert. Seit jener Zeit hat HAMMOND nicht nur Hodenextract, sondern auch Gehirn, Rückenmark, Pancreas, Schilddrüsen und Herzextract therapeutisch angewandt.

Vorliegende Veröffentlichung beschreibt hauptsächlich die Zubereitungsweise, die physiologische Wirkung und die therapeutischen Resultate des Gehirnextractes „Cerebrin“. Interessant ist, dass HAMMOND selbst, nach einer einzelnen Einspritzung ein Gewicht von 45 Pfund, 45 mal mit dem rechten Arm und 37 mal mit dem linken Arm in die Höhe heben konnte, während er vor der Einspritzung dasselbe Gewicht nur 15 und 13 mal respectiv, erheben konnte (!! Ref.).

**The Possibility of the Early Diagnosis of Locomotor Ataxia by the Eye Symptoms. H. F. Hansell. (The Journal of the American Medical Association. Feb. 18, '93.)**

Eine Uebersicht der Litteratur und eine Betrachtung selbst beobachteter Fälle, führten H. zu folgenden Schlüssen, welche von den allgemeinen als richtig anerkannten Thatsachen nicht abweichen.

1.) Dass eine transitorische Augenmuskellähmung, bei Mangel einer bekannten Ursache, Symptom einer beginnenden Tabes sein kann.

2) Myosis, reflectonische Pupillenstarre, einseitig oder doppelseitig, rechtfertigen einen starken Verdacht auf beginnender Tabes.

3.) „Idiopathische“ nicht entzündliche, ungleichmässige neuritis optica, geht häufig Monate oder Jahre allen spinalen Symptomen der Tabes voraus.

4.) Dass Parese einer oder mehrerer der äusseren Augenmuskeln, reflectorische Pupillenstarre und beginnende Atrophie des Opticus, bei einer Person im Alter von 30—60 Jahren, gleichzeitig bestehend, fast immer auf eine sich entwickelnde Sclerose der Hinterstränge hindeuten.

**Recurrent Acute Melancholia, with clinical Report of two cases. By W. P. Spratling. (The Americal Lancet, Feb. 1893).**

Wiederkehrende Acute Melancholie hat eine gewisse Aehnlichkeit mit circulärem Wahnsinn.

Bei dieser Form der Melancholie bestehen regelmässig wiederkehrende Perioden von Schwermuth, welche gewöhnlich scharf abgegrenzt aber nicht von irgend welcher Exaltation oder Aufregung gefolgt sind.

Diese Depression geht fast ebenso schnell als sie erschien in einen normalen Geisteszustand über. Diese Form der Melancholie unterscheidet sich von der einfachen periodischen Melancholie, indem die Anfälle in ihrem Ursprung und in ihrer Dauer gewissen Gesetzen unterworfen zu sein scheinen.

In einem der beiden hier veröffentlichten Fälle hatte der Patient innerhalb 3 Jahren 6 Anfälle, wovon ein jeder von 3 bis 6 Wochen dauerte. Illusionen bestanden in beiden Fällen und in einem bestand ein Drang zum Selbstmord. In einem Fall waren die Illusionen systematisirt, in dem anderen nicht.

**A Case of Alternate Hemianalgesia, with some remarks upon the sensory Disturbances in Diseases of the Pons Varolii. By M. A. Starr. (Medical Record. New York, Feb. 11, 1893).**

J. M., 42 Jahre alt, war bis zum 20. Feb. 1892 vollständig gesund. Nachts Kopfschmerzen, und als Patient aufstehen will, bemerkt er, dass er rechtsseitig gelähmt sei. Eine nach 3 Wochen vorgenommene Untersuchung ergab, dass die Lähmungserscheinungen sich zurückgebildet hatten, dass aber die Empfindung ferner Berührung auf der linken Gesichtshälfte und auf der rechten Körperhälfte anders war als an den übrigen Körpertheilen, und dass Schmerz und Temperatursinn auf diesen afficirten Hautpartien vollständig verloren gegangen waren. Sonst bestand nichts als ein leichter Schwindel. Später entwickelte sich eine Keratitis auf dem linken Auge. Im Harn liess sich Zucker nachweisen.

Aus diesen Symptomen und deren plötzlichem Auftreten zieht S. die Schlüsse, dass es sich um eine Blutung im Pons handle, und dass die Blutung das mittlere Drittel des Pons einnehme und einen Theil der *Formatio reticularis* der rechten Seite zerstört haben müsse.

Das Fehlen einer Lähmung schliesse ein Ergriffensein der Pyramidenbahnen und das Fehlen einer Ataxie eine Betheiligung der Schleife aus.

**Zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks und der Brücke.** Von M. Hoppe. (Berlin. Klin. Wochenschrift, 6. März 1893.)

Die Casuistik derjenigen Fälle von ausgebreiteter syphilitischer Erkrankung des Rückenmarks mit leichter Betheiligung der Meningen ist eine sehr beschränkte. Zwei derartige Fälle werden von H. mitgeteilt. In dem ersten Falle handelte es sich um eine rasch auftretende Hemiplegie; Besserung; darauf schnelle Entwicklung einer Lähmung aller vier Extremitäten, Sensibilitätsstörung, Schluckbeschwerden, Pneumonie, Tod. *Section.* Combinirte System Erkrankung, diffuse syphilitische Myelitis.

Die Wahrscheinlichkeits-Diagnose auf Syphilis wurde *intra vitam* auf Grund des schubweisen Verlaufs, der Remissionen und des Fehlens irgend welcher anderen Ursachen, gestellt. Mikroskopisch hierfür sprechend ist die Rundzelleninfiltration von der Pia ausgehend und das Rückenmark zum Theil zerstörend: die starke Wucherung und entzündliche Veränderungen der Wandungen der Arterien und der Venen. Von besonderem Interesse ist, dass es sich hier um eine doppelte Läsion, um eine combinirte System-Erkrankung, und eine spezifische Myelitis handelte. Die Symptome der ersten Erkrankung wurden klinisch nicht erkannt.

Ob die Syphilis als wesentlicher Factor bei Hervorbringen dieser Systemerkrankung anzusehen ist, lässt H. unbeantwortet, giebt aber an, dass in 30 Fällen von combinirter Systemerkrankung, Syphilis mit Secundärererscheinungen fünfmal vorkam, also nur in einem kleinen Prozentsatz.

Der zweite Fall stellt eine acute Bulbaerparalyse, auf Grund einerluetischen Arteritis der Arteria basilaris dar.

Hier war eine gummöse Veränderung der Arteria basilaris, angenommen einer geringfügigen Affection der Meningen, die einzigeluetische Veränderung im ganzen Gehirn.

**Cretinism Treated by the Hypodermic Injection of Thyroid Extract and by Feeding.** By Edward Carmichael. (Lancet, March 18th, 1893.)

Bericht über einen Fall von Cretinismus bei einem 5jährigen Kinde, welches mit Einspritzungen eines Schilddrüsenextractes behandelt wurde. Diese Einspritzungen wurden zuerst zweimal, dann einmal wöchentlich, und weiterhin in mehrwöchentlichen Intervallen angewandt. Schliesslich wurde von den Einspritzungen ganz Abstand genommen und das Kind bekam wöchentlich etwa einen rohen Drüsenlappen per os. Das Resultat dieser Behandlung war eine fortschreitende Besserung. Das Abdomen wurde kleiner, die dicken Lippen und Alae nasi wurden normal, die Haut weich und schmiegsam und die Haare wuchsen kräftiger. Das Kind fing an zu gehen, die Intelligenz nahm zu und nach einer 9 monatlichen Behandlung war das Kind nicht merklich von anderen Kindern gleichen Alters zu unterscheiden.

**Gynaecologie.** Referirt von Dr. BRETTAUER.

**Ueber die Histiogenese und Aetiologie der Uterusmyome.** Von Dr. Sigmund Gottschalk. (Arch. f. Gyn., Bd. XLIII., Heft 3.)

Bei multipler Myomentwicklung finden sich im Innern der Uteruswand sehr häufig gerade noch mit freiem Auge erkennbare Knötchen, an denen Verf. seine äusserst schwierigen histologischen Untersuchungen angestellt hat.

Es zeigte sich „dass der Grundstock des Geschwulstkeimes von einem auffallend stark gewundenen Abschnitte einer grössern Arterie gebildet wird, deren Lichtung durch Wucherung der Wandelemente stellenweise annähernd oder ganz obliterirt sein kann“. Die zelligen Elemente der Gefässwandungen finden sich im weitem Verlaufe in hochgradiger Proliferation, sowohl Muskel- als Bindegewebs Elemente, weshalb es auch vom anatomischen Standpunkte reine Myome nicht geben kann. Am längsten bleibt das Endothel der Intima erhalten. Möglicherweise wird dieser Wucherungsvorgang hervorgerufen durch die gegenseitige Reibung der einzelnen Gefässwindungen bei starker Gefässfüllung.“ „Als charakteristisch für das Geschwulstgewebe darf sein selbst am kleinsten Knötchen stark ausgeprägtes dichtes und straffes Gefüge gelten.“ Zwischen den einzelnen Muskelzellen fand G. dem Grundgewebe diffus eingelagerte auffallend chromatinreiche, stark gefärbte Kerne, die jedoch bei schon haselnussgrossen Knoten nicht mehr zu sehen sind, welche Thatsache als absolut beweiskräftig für den „irritativen“ Ursprung der Myome vom Verf. hingestellt wird. Diese intercellulären Körner stammen zum grossen Theile von den sog. EHRlich'schen Mastzellen, die eine auffallende Grösse erreichen, und im Stande sind in benachbarte Zellen einzudringen und daselbst irritirend zu wirken. „Es steht fest, dass die Geschwulstentwicklung in unmittelbarem Zusammenhang mit der arteriellen Blutbahn sein muss“.

Circulationsstörungen allein genügen nicht zur Aufklärung der Aetiologie, es müssen noch örtliche Reize stattfinden; ob diese nun chemischer oder parasitärer Natur, will E. nicht mit Sicherheit behaupten, obgleich er in einem Falle Gebilde gefunden zu haben glaubte, die er den kernlosen Cystoden zuzählen möchte.

Die Thatsache, dass Myome nur in „überernährtem“ Gewebe und in unmittelbarem Zusammenhang mit der arteriellen Gefässbahn entstehen, bewegen den Verf. die doppelseitige Unterbindung der Arteria uterina, in den Anfangsstadien auszuführen, was auch in drei Fällen mit angeblichem Erfolge geschehen ist.

[Ref. Da es wohl kaum anzunehmen ist, dass einerseits es je gelingen wird, die allerersten Anfänge der Myome zu diagnostizieren, und andererseits die Arteriae spermaticae sehr bald durch ihre Kollateralen Ersatz bieten würden für den Wegfall der Versorgung durch die Art. uterinae, so muss dieser therapeutische Vorschlag wohl etwas reservirt aufgenommen werden. Nichtsdestoweniger bringt uns diese, so schwierige und mit solcher Genauigkeit durchgeführte Arbeit G.'s einen grossen Schritt näher zu der Aufhellung des Dunkels, in dem wir, bezüglich der Histiogenese dieser Geschwülste, heute noch schweben, ein Umstand der wohl allseitig dankenswerth anerkannt wird.]

### The Gonococcus in its Relation to Ascending Gonorrhoea in Women.

By M. A. Crockett, M. D. (Buffalo M. and S. J. 1893, No. 8.)

Dieser in der Jahresversammlung der Medical Society of the County of Erie gehaltene Vortrag, bringt uns keine neuen Facta was die Beziehungen des Gonococcus „Neisser“ zu den zahlreichen pathologischen Vorgängen im weiblichen Genitalapparate betrifft, wohl aber eine ernste Aufforderung an praktische Aerzte, zur Verhütung dieses schweren Leidens bei Frauen in der Behandlung der Urethralgonorrhoe des Mannes gründlicher zu sein. Der einzig rationelle Vorgang zur Entscheidung, ob ein Mann, der einmal einen Tripper gehabt und im Begriffe steht eine Ehe einzugehen, als vollständig gesund erklärt werden kann, ist die Prüfung des nach vorhergegangener Reizung mittelst Sil-

berlösung gelieferten Sekretes, durch das WERTHEIM'sche Culturverfahren.

**The Treatment of Gonorrhoea and Gonorrhoeal pelvic Disease in Women.** By C. C. Frederick, M. D. (Buff. M. & S. J. 1893, No. 8.)

Bei acuter specifischer Vaginitis empfiehlt F. absolute Bettruhe, Auswaschungen mit heissem Wasser, und sobald als möglich mit 50 Procent Lösung von  $H_2O_2$  oder 10 Procent Zinc. sulf. Nach Ablauf dieses Stadiums wird nach gründlicher Reinigung der Vagina mittelst Spekulum eine 10 Procent Silberlösung angewendet, und damit die Gonorrhoe, wenn sie nur auf die Scheide und Vulva beschränkt war, bekämpft und geheilt. Etwas eingreifender gestaltet sich die Behandlung, wenn die Krankheit im Cervix oder Endometrium vorgefunden wird. Nach Dilatation mittelst Laminariastift, die absolut aseptisch gemacht, nach Verfassers Ansicht gefahrlos und zweckmässiger sind, als der Dilatator zur schnellen Erweiterung, gründliche Auskratzung, Aetzung mit 10 Procent Silberlösung und Tamponade mit Jodoformgaze, welche letztere nach 24–48 stündigem Verweilen entfernt, oder wenn nöthig erneuert wird.

Die Behandlung der acuten gonorrhöischen Entzündung der Adnexe, ist im Wesentlichen dieselbe, wie bei andern ätiologischen Momenten, und zwar eine expectative. Bei Eiteransammlung verlässt Verfasser seinen conservativen Standpunkt und empfiehlt dringend frühzeitige Operation, d. h. in der grossen Mehrzahl der Fälle, Entfernung der Adnexe.

**Two Years Experience with Pelvic Massage in Gynæcological Cases, with Reports of Cases.** By Hiram N. Vineberg, M. D. (Am. J. Obst., 1893, No. 2 and 3.)

Verf. nennt die Behandlungsweise absichtlich nur Beckenmassage, da er die verschiedenen von THURE BRANDT als wesentlich bezeichneten Muskelübungen nicht ausgeführt. Die Krankengeschichten von 17 ausgewählten Fällen werden mehr weniger ausführlich mitgetheilt. Die Schlussfolgerungen die V. zieht sind die folgenden :

1. Beckenmassage ist ein werthvolles therapeutisches Hülfsmittel in einer grossen Reihe von Erkrankungen im weiblichen Genitalapparat.
2. Wenn in richtiger Weise ausgeübt, ist sie vollkommen gefahrlos.
3. Laparotomie und Ventrofixation bei Verlagerungen des Uterus oder Rückständen von entzündlichen Processen ist nicht gerechtfertigt, ohne dass zuvor der Versuch, dieselben auf dem Wege der Massage zu heilen, gemacht wurde.
4. Die SCHULTZE'sche Methode wird durch sie verdrängt, weil erstere nicht ohne Gefahr, nur in einer kleinern Zahl von Fällen anwendbar und endlich nicht im Stande ist, alte Adhäsionen so vollständig zu lösen.
5. Sie ist die „ideale“ Methode zur Behandlung von fixirten Verlagerungen des Uterus.

Der Arbeit schliesst Verf. ein recht ausführliches Litteraturverzeichniss an.

**Kinderheilkunde. Referirt von Dr. SARA WELT.**

**Laryngeal Paralysis. A Sequel of Measles. By H. Smith M. D.**  
(Brit. Med. Journ. II. 1892.)

Während einer leichten Masernepidemie in Dharmsala, wurde in drei Fällen Paralyse von Larynxmuskeln beobachtet. Die Lähmung, die eine ausschliesslich phonische war, trat wenige Tage nach dem Verschwinden des Fiebers auf. Heilung erfolgte im ersten Falle spontan nach etwa 10 Tagen, während die beiden andern Fälle, die mit Strychnin behandelt wurden, nach sechs Tagen genasen.

**Subcutaneous Emphysema in Whooping Cough. By R. Norman.**  
(ibidem.)

Das Emphysem dehnte sich über den ganzen Stamm des zwei Jahre alten Kindes aus, und war besonders deutlich am Halse ausgesprochen. Exitus letalis am 10. Tage.

**Einblasungen von Sozodol-Natrium in die Nasenhöhle bei Keuchhusten. Von Paul Guttman.** (Therapeut. Monatsheft. Januar 1893.)

Die Einblasungen wurden mit einem Pulverbläser gemacht; und zwar wurde für jede Seite etwa ein viertel g. Sozodol-Natrium benützt; die Einblasungen wurden täglich wiederholt. Eine Coupirung der Keuchhustenanfälle wurde bei den so behandelten Kindern (30) nicht beobachtet; doch machte sich eine günstige Einwirkung in einer Anzahl von Fällen geltend.

**Case of Bronchiectatic Abscess, due to the Impaction of an O'Dwyer's Tube. By G. A. Sutherland.** (The Lancet, January, 1892.)

Ein 17jähriger Patient, der nach einem Stosse in der Halsgegend über Schluckbeschwerden und Husten mit reichlicher Schleimabsonderung klagte. Die Temperatur schwankte zwischen 101—102° F. Athembeschwerden traten hinzu und wurde wegen sich steigender Dyspnoë mit Erstickungsfällen die Laryngotomie ausgeführt; der Zustand des Patienten besserte sich darnach und konnte die Canüle nach einiger Zeit weggelassen werden. Doch sah sich S. bald veranlasst, wegen Erscheinungen von Larynxstenose die Intubation des Kehlkopfes vorzunehmen. (Die Frage liegt nahe, warum S. nicht primär intubirte und warum, nach schon vorgenommener Laryngotomie, die Stenose nicht von der Wunde aus behandelt wurde? Anmerk. d. Ref.) Während einer Hustenattaque riss der Faden, an dem die Canüle befestigt war und letztere glitt in die Trachea hinab, und konnte trotz mehrfacher Versuche nicht extrahirt werden; der Unfall war von keinen unangenehmen Folgen begleitet; der Patient erholte sich nach jeder Richtung und wurde deshalb angenommen, dass das Rohr aufgehustet und später verschluckt worden war.

Nach etwa drei Monaten stellten sich jedoch stärkere Athembeschwerden wieder ein; Temperatur 102° F. Reichliche Nachtschweisse; zeitweise wurden unter heftigen Hustenstössen grössere Mengen — bis zu 15 Unzen per Diem — von mitunter foetidem Eiter entleert. Bei der Untersuchung fand S. eine Verengerung der rima glottidis, welche letztere sich während der Respiration nicht veränderte. Am Thorax ergab die ganze linke Seite dumpfen Perkussionschall; die Athmung war weniger deutlich als an der rechten Seite und bronchial. Pectoriloquie und metallische Rasselgeräusche.

Eine bronchiectatische Caverne wurde diagnosticirt; nun wurde in Narkose ein Stück der sechsten Rippe in der linken Axillargegend resecirt, und entleerte sich bei Eröffnung der Pleura costalis eine kleine Menge einer hellen Flüssigkeit; nachdem mittelst einer Aspirationsnadel Eiter constatirt worden war, wurde auch die Pleura visceralis eröffnet; doch konnte in der Abscessshöhle kein Fremdkörper gefunden werden. Tomponade der Höhle und Verband; der Patient schien den Eingriff gut zu vertragen und fühlte sich in seinen Beschwerden erleichtert. Beim ersten Verbandwechsel wurde die Abscessshöhle drainirt; bei der Herausnahme des Rohres, stellte sich jedoch eine starke Blutung ein, welche später recurrirte und den Exitus letalis herbeiführte.

Post mortem fand man eine Stenose der Glottis mit Hyperaemie der Trachea. Bei der Eröffnung des linken Bronchus fand man unterhalb der Bifurcationsstelle der Trachea eine O'Dryersche Canüle (No. 3 — 2½ " long.) das untere Ende des Rohres führte direkt in eine grosse Höhle im Unterlappen, welche mit der Operationswunde communicirte. Der grösste Theil des Unterlappens war zerstört, der Rest collabirt.

Unter dem oberen Ende der Canüle war die Bronchuswand, wohl durch Druck, erodirt, und bestand an dieser Stelle nur eine dünne Scheidewand zwischen dem Rohre und der art. pulmonalis. Verf. glaubt, dass vielleicht der Vagus selbst oder einer seiner Aeste zur Zeit des Anfalls verletzt wurde; und dies sowie eine traumatische Entzündung des Pharynx und der Trachea den vielseitigen Symptomen zu Grunde liege.

#### Zwei Fälle von Bromoformvergiftung nebst Anmerkungen zur Keuchhustenbehandlung. Von Dr. Nolden. (Therapeut. Monatsh., April 1892.)

Der erste Fall betrifft einen 2½jährigen an Keuchhusten erkrankten Knaben, welcher in einem unbewachten Augenblicke ca. 4 g. Bromoform auf einmal austrank; der zweite, ein drei Jahre altes, seit drei Wochen an Keuchhusten leidendes Mädchen, welches unter gleichen Umständen 6 g. Bromoform zu sich genommen hatte. In beiden Fällen äusserte sich der toxische Einfluss des Mittels zuerst auf das Sensorium und auf das Respirationszentrum in Bewusstlosigkeit und Asphyxie; Erscheinungen der Herzschwäche und Cyanose, subnormale Temperatur und Lungenödem, vereinigten sich bald zum Bilde des schweren Collapses; deutlicher Bromoformgeruch des Athems; im ersten Falle konnte Brom noch bis zum sechsten Tage nach dem Unfälle im Urine nachgewiesen werden. Beide Fälle genasen nach Anwendung von Campher- und Aetherinjectionen und reichlicher Zufuhr von Luft, nach Entfernung der schleimigen Massen aus Mundhöhle und Rachen. Im ersten Falle traten die Keuchhustenanfälle schon während der Bewusstlosigkeit in mässiger Stärke wieder auf, während im zweiten Falle von der Vergiftung ab der seit drei Wochen bestehende Keuchhusten vollständig und dauernd geschwunden war.

Von Interesse ist Leichtenstern's Anmerkung über die auf 12jährige Versuche im Kölner Bürgerhospital gestützten Beobachtungen, über die Keuchhustenbehandlung; er fand, dass in dem Verlaufe der Erkrankung, in den medicamentös und einfach diätetisch Behandelten, factisch keine Unterschiede bestehen; und wird dem Bromoform kein grösserer Werth beigemessen, als den andern ältern und neuern Keuchhustenmitteln.

**Fünf Fälle pseudoleukaemischer Erkrankung. Von Adolf Baginsky.**  
(Archiv. f. Kinderheilkunde XIII B.)

Verf. weist auf die Schwierigkeit der Trennung der leukaemischen von den pseudoleukaemischen Prozessen im Kindesalter hin: Dies beruht darauf, dass das Verhältniss zwischen weissen und rothen Blutkörperchen bei Kindern grösseren Schwankungen unterliegt als bei Erwachsenen; dazu erschweren Uebergangsformen zwischen rothen und weissen Blutkörperchen die Beurtheilung.

Endlich kommen bei Rhachitis Veränderungen der auch bei der Leukaemie betheiligten Organe vor, und betont er dabei Volumszunahme der Milz, welche mitunter zu allergrösstem Umfange anwächst; auch sind die Grenzen zwischen genuiner haematogener und nur symptomatischer, der Rhachitis selbst zukommenden Blutveränderung schwer zu ziehen. B. glaubt deshalb, dass wenigstens in den jüngsten Altersstufen ein Connex zwischen pseudoleukaemischer Affection und Rhachitis besteht.

Von den zum Schlusse mitgetheilten 5 Krankengeschichten, enthalten 3 charakteristische Symptome von Rhachitis.

---

**Pathologie und Bakteriologie.**

Referirt von Dr. LOUIS HEITZMANN.

**Untersuchungen über genetische und biologische Verhältnisse der Grundsubstanz des Hyalinknorpels. Von Dr. Heinrich Tenderich.**  
(Virchow's Archiv. Band 131, Heft 2.)

Eine umfangreiche Arbeit in welcher V. die von GRAWITZ in seiner Arbeit „Ueber schlummernde Zellen des Bindegewebes“ aufgestellten Sätze auch auf das Knorpelgewebe überträgt. Er fasst das Resultat seiner Arbeit in zwei Sätzen zusammen: I. Die Knorpelgrundsubstanz ist Umwandlungs- nicht Abscheidungsprodukt. II. Die Knorpelgrundsubstanz ist in toto lebende Materie, die fähig ist unter progressiven und regressiven Ernährungsstörungen ihren früheren zelligen Charakter wieder anzunehmen.

I. Die Knorpelgrundsubstanz entsteht durch eine Umwandlung der Zellen und zwar: 1. In indirekter Weise, indem das durch Umwandlung von Zellen entstandene Bindegewebe eine Metaplasie in Knorpelgewebe erfährt. 2. In direkter Weise, indem Knorpelzellen direkt in Grundsubstanz sich umbilden. Dieses kann nun geschehen: a, durch Umwandlung von Zellperipherien; b, durch Umwandlung von ganzen Zellen; c, durch Umwandlung von Zelltheilen, die nicht peripherisch zu liegen brauchen, und zwar in der Regel so, dass bei der Theilung von Zellen die Kerne an die Pole rücken und ein dazwischen liegender Theil die chondromucinartige Metamorphose erfährt.

II. In diesem Theile seiner Ausführungen bespricht V. erst die diesbezüglichen Arbeiten von CARL HEITZMANN und STRICKER und erwähnt, dass H. die Grundsubstanz des Knorpels und Knochens nicht in toto als lebend auffasst, S.'s Ansichten hingegen nur Hypothesen sind. Er selbst nimmt für Knorpel eine *völlig lebende* Grundsubstanz an und versucht den Beweis für diese Ansicht zu bringen. Er sagt am Schlusse: Die Knorpelgrundsubstanz ist in toto fähig unter gewissen Ernährungsstörungen auf ihre frühere embryonale Erscheinungsform, das ist Zelle, zurückzukehren. Dies kann geschehen 1) indirekt, indem die hyaline Grundsubstanz sich in ein faseriges Gewebe



und dieses sich zu Zellen umbildet; 2) direkt, indem die hyaline Grundsubstanz sich direkt in Zellen umbildet. Es muss angenommen werden, dass jeder Theil der Grundsubstanz fähig ist, eine derartige Umbildung einzugehen, und nicht etwa, dass allein die Protoplasmafortsätze HEITZMANN's, deren Existenz, wie er behauptet, noch nicht hinreichend erwiesen ist, die Zellneubildung veranlassen.

**Ueber morphologische Veränderungen der rothen Blutkörperchen. Von Dr. Weintraud. (Virchow's Archiv., Band 131, Heft 3.)**

Bei einem 30 Jahre alten Erdarbeiter, welcher an Pyaemie mit Icterus litt, konnte während des ganzen Aufenthalts des Patienten im Spital bis zu seinem Tode folgender Befund im Blute nachgewiesen werden: Die weitaus grösste Mehrzahl der rothen Blutkörperchen enthielt im frischen Präparat scharf contourirte, mannichfach geformte Flecke, welche sich durch ihre helle Farbe und ihr stärkeres Lichtbrechungsvermögen von dem mattgelben Ton der rothen Blutscheiben deutlich abhoben. Die Zahl und Form dieser Flecke wechselte sehr. Am meisten imponirten sie in der Gestalt einer an die Form mancher Protozoen erinnernden Navicellenform. Sie präsentirten sich dann als länglich ovale, in der Mitte ausgebauchte Figuren, in welchen meist entsprechend der Ausbuchtung ein dunkler, runder Kern zu liegen schien, der wohl nur als der Ausdruck besonderer Lichtbrechung und nicht als ein wirkliches kernähnliches Gebilde aufzufassen war. Daneben fanden sich Figuren von rein ovaler, kreisrunder, bohnen-, birn- und keulenförmiger Gestalt, auch dicke Kurzstäbchen. Die meisten dieser Gebilde zeigten im frischen Präparate im Inneren der rothen Blutscheibe lebhafteste Bewegung, nicht nur Molecular, sondern richtige Ortsbewegung, welche gewöhnlich nach 1 bis 2 Stunden gänzlich verschwand. Trotz der lebhaften Bewegung liess sich niemals beobachten, dass eines derselben aus einer rothen Blutscheibe austrat, wie überhaupt im Plasma freie, den endoglobulären Figuren entsprechende Gebilde nie zu sehen waren. Es gelang mit keinem der gebräuchlichen Kern- und Protoplasmafärbstoffe die Gebilde zu färben, und waren dieselben an Trockenpräparaten gewöhnlich gar nicht mehr zu sehen. Die Frage nach der Natur dieser Figuren lässt sich dahin beantworten, dass es jedenfalls keine Parasiten, überhaupt keine körperlichen Elemente sind, sondern vielmehr Lücken, vacuolenartige Spalträume innerhalb des Protoplasma der rothen Blutkörperchen. Die Frage nach der pathognomonischen Bedeutung dieser morphologischen Veränderungen ist noch nicht abgeschlossen. Trotz ungemein zahlreich vorgenommenen Blutuntersuchungen gelang es V. in keinem anderen Fall, einen dem eben beschriebenen nur annähernd gleichen Blutbefund zu constatiren.

**Zur Frage nach der Ursache des Todes bei ausgedehnten Hautverbrennungen. Von Dr. J. Kijanitzin. (Ebenda.)**

Nach sorgfältigen Untersuchungen, welche hauptsächlich bei Kaninchen und Hunden gemacht wurden, gelangte V. zu dem Schluss, dass im Blute, in den Organen und im Harn sich bei ausgedehnten Hautverbrennungen ein Gift, Ptomain befindet. Dieses Gift entwickelt sich im Körper der Verbrannten selbst und ist kein Produkt der chemischen Bearbeitung der Gewebe. Vor allem ist es bewiesen, dass normale Organe, Blut und Harn der Thiere, die denselben Reagentien bei gleicher Bearbeitung ausgesetzt wurden, keinen ähnlichen Körper geben. V. bespricht sodann die chemischen und toxikologischen Eigenschaften dieses Ptomains. Er weist ferner auf die Aehnlichkeit der klinischen

Erscheinungen sowie der pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Verbrennungen und bei Ueberfirnissen der Haut hin. Die Ursache des den Verbrennungen sehr ähnlichen klinischen Bildes beim Firnissen der Haut besteht nach seiner Ansicht nicht in der unmittelbaren Zurückhaltung der Produkte des Stoffwechsels, sondern darin, dass dieselben eine bedeutende Störung der Ernährung und eine Veränderung in den chemischen Prozessen der Haut erzeugen, wodurch giftige Körper entstehen können. Was nun das von ihm entdeckte Ptomain anbetrifft, so ist es ebenfalls leicht möglich, dass dasselbe ein pathologisches Produkt der Lebensthätigkeit der abnormen, durch die Verbrennung veränderten Zellen des Blutes, vielleicht der Gewebe selbst ist.

#### Die Influenza-Bacillen im lebenden Blute. Von Dr. P. Canon. (Ebenda.)

Verfasser untersuchte eine grosse Anzahl Blutpräparate, welche von Patienten, die an einem schweren typischen Influenzaanfall darniederlagen, gewonnen und mit einer Eosin-Methylenblaulösung gefärbt wurden, und konnte in den meisten Fällen kleine Bacillen, welche mit denen von PFEIFFER im Auswurf von Influenzakranken gefundenen, vollkommen identisch waren, nachweisen. In vielen Fällen waren die Bacillen in kleinen Haufen anzutreffen, in anderen jedoch nur einzeln und spärlich. Nach GRAM'S Methode gefärbt, konnten die Bacillen nicht gefunden werden. Verfasser impfte auch Blut auf Glycerinagarplatten und konnte so Reinkulturen erhalten, obwohl die Zahl der Colonien auf Platten gewöhnlich nur gering war.

Neben dem Blute wurde auch der Urin von Influenzakranken untersucht, und konnten, neben anderen Mikroorganismen auch kleine Stäbchen nachgewiesen werden, welche anscheinend mit den Influenzabacillen identisch sind, obwohl noch weitere Untersuchungen nöthig sind, um dies mit Sicherheit darzuthun. Der Versuch wurde ebenfalls untersucht, doch war das Resultat ein negatives.

#### Beitrag zur Biologie des Kommabacillus. Von Dr. Tränkmann. (Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. Band XIII. No. 10.)

Verfasser stellte Versuche betreffs des Wachsens der Kommabacillen in Wasser mit verschiedenen Zusätzen an. Er benutzte dazu ein ziemlich hartes Brunnenwasser, dem er ein, zwei oder drei Tropfen einer 10 Procent. Lösung von Chlornatrium, Natriumnitrosium, Natriumnitricum, Natriumcarbonicum und Dinatriumphosphat zusetzte. Aus diesen Versuchen ergab sich, dass in dem Wasser, welches nicht mit Kochsalz oder anderen Natronsalzen versetzt war, die Kommabacillen schnell weniger wurden, während sie sich in den anderen Gläschen ziemlich proportional dem Zusatz des Natronsalzes schnell vermehrten. Der Zusatz von einigen Kalisalzen zu dem Brunnenwasser wirkte ebenso günstig auf die Vermehrung der Kommabacillen. Ferner versuchte T. die Bedingungen festzustellen, unter denen der Kommabacillus in Konkurrenz mit den Wasserbakterien ausdauern oder sich vermehren kann. Er fand: 1) dass in dem nicht sterilisirten Wasser die Cholerabacillen schnell zurückgehen, die Saprophyten sich schnell vermehren; 2) dass nach Zusatz von Kochsalz die Cholerabacillen je nach der Zusatzmenge keine oder schon eine wesentliche Vermehrung zeigen, dass die Saprophyten sich aber schnell vermehren; 3) dass nach einem Zusatz von Schwefelnatrium die Cholerabacillen sehr schnell zurückgehen, die Saprophyten sich wenig vermehren; 4) dass

nach einem Zusatz von Kochsalz und Schwefelnatrium die Zahl der Kommabacillen ganz bedeutend zunimmt, die Vermehrung der Saprophyten aber nur eine geringe ist.

**Ueber den Einfluss stark salzhaltigen Elbwassers auf die Entwicklung von Cholera-bacillen.** Von Dr. Aufrecht. (Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. Band XIII No. 11 und 12.)

A. impfte Cholera-bacillen 1) auf leicht alkalische Nährgelatine; 2) auf Gelatine mit einprozentiger Soda; 3) auf Gelatine, welcher Elbwasser zugesetzt war, und fand, dass die Cholera-bacillen in Elbwasser-gelatine sich genau so gut entwickelten, wie auf Solagelatine und auf beiden besser, wie auf gewöhnlicher, leicht alkalischer Nährgelatine. Demnach ergibt das Experiment, dass stark salzhaltiges Elbwasser der Entwicklung der Cholera-bacillen Vorschub zu leisten vermag.

## Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

Sitzung vom 5. December 1892. 17 W. 43. St.

### Vorstellung von Patienten.

Dr. Carl Beck stellt zwei Patienten vor, an denen er den perinealen Blasenschnitt, behufs Entfernung von Steinen, ausgeführt hat.

(Autoreferat wird in der N. Y. MED. MONATSSCHRIFT abgedruckt werden.)

### Discussion.

Dr. Edebohl hebt hervor, dass, wenn Beck's Bemerkungen bei Männern zutreffen, dies bei Frauen noch mehr der Fall ist; hier ist der Perinealschnitt vorzuziehen.

Dr. F. Lange stellt eine Patientin vor, bei der er wegen eines eitrigen Processes das Antrum Highmori eröffnet und später behufs Schliessung der Oeffnung eine plastische Operation vorgenommen hat.

Fr. B., gegen 40 Jahre alt, klagte schon vor einem Jahr über Schmerz im linken Oberkiefer. Allmählig steigerte sich derselbe, es trat eitriges Ausfluss aus der Nase, namentlich bei bestimmten Neigungen des Kopfes, ein und im März d. J., also etwa vor 9 Monaten, wurde die Highmorshöhle durch Anbohrung von einer Alveole aus nach Extraction eines Backenzahnes drainirt. Die Eiterung hat seitdem aber fortbestanden und ist in letzter Zeit reichlicher und übelriechend trotz regelmässiger Spülungen des antrum, welche, von der Fistel-Oeffnung aus vorgenommen, den Austritt der Flüssigkeit durch den Nasengang mühslos gestatten. P. stellte sich vor 6 Wochen. Es wurde zur Behandlung die breite Eröffnung des antrum mit theilweiser Entfernung des proc. alveolaris und der Vorderwand des Knochens subperiostal vorgenommen, so dass die Höhle in ganzer Ausdehnung mit dem Finger abgetastet werden konnte. Man fühlte, in Granulationen eingebettet, im hinteren internen oberen Winkel einen glatten Fremdkörper von der Grösse eines Fingernagels, welcher halb fixirt schien durch ihn umwachsene Granulationen und mittelst des scharfen Löffels entfernt wurde. Er erwies sich als ein Stückchen Holz, vermuthlich die abgebrochene Spitze eines Quellmeissels. Die ganze Höhle wurde gründlich ausgekratzt. Ueberall war die Schleimhaut in eine dicke granulirende Eitermembran verwandelt. Sodann wurde vom untern Nasengange aus die Innenwand des Antrum mit dem Krause'schen Troicart durchstossen und hier wie darin einge-

legt, im Uebrigen aber die Höhle vom Munde aus mit lockerem Iodoformgase-Tampon versehen. Die Eiterung versiegte sehr schnell, doch blieb die Oeffnung nach dem Munde hin weit und die Schleimhaut der äusseren Umrandung legte sich so nach innen um, dass keine vollständige Heilung zu erwarten war in Folge der Epitel-Bekleidung des äusseren Randes. Es wurde daher alsbald, vor etwa 14 Tagen, ein plastischer Verschluss durch laterale Verschiebung des mucoesperiostalen Ueberzuges vorgenommen. Eine Plastik in ausgiebiger Weise aus der Wangenschleimhaut war wegen der Lage des ductus stononianus unthunlich. Dicht oberhalb desselben wurde ein Schnitt geführt, die Schleimhaut nach oben hin etwas abpräparirt und mit dem so gebildeten Wandrande der angefrischte Rand des mucoesperiostalen Ueberzuges durch SILEWORM-Nath vereint. Die Bedeckung des Gaumens wurde aber erst genügend beweglich durch Verringerung des medialen Schnittes bis zum Lippen-Ansatz und Ablösung von dem ganzen Alveelrande, welcher noch theilweise glatt abgemeisselt wurde. Die Heilung erfolgte vollständig prima intentione. Patientin wäscht sich täglich vermöge eines kleinen Katheters von geeigneter Krümmung das Antrum durch die künstliche Oeffnung im unteren Nasengange aus. Die Secretion ist ganz gering, fast wie schleimig, der Eiter-Ausfluss hat ganz aufgehört. Zu bemerken ist, dass die Plastik deshalb in der angegebenen Weise ausgeführt werden konnte, weil P. zahnlos war und eine Platte mit künstlichen Zähnen trug, welche nun natürlich geändert werden muss. Der mediane Schnitt am Gaumen klappte anfangs weit, hat sich aber erstaunlich schnell linear zusammengelegt.

#### Discussion.

Freudenthal. Herr LANGE hat hervorgehoben, dass er behufs einer Drainage noch die Eröffnung des Antrum Highmori vom unteren Nasengange her gemacht habe. Freudenthal sieht nicht ein, wozu diese dritte Eröffnung noch nöthig war, da doch das Antrum bereits von der Fossa canina und von dem Processus alveolaris her eröffnet und somit Gelegenheit genug zur Drainage gegeben worden war.

Lange erwidert, dass die Drainage früher sich als ungenügend erwies.

Beck hat einen ähnlichen Fall gehabt und mit Iodoformgaseauspackung behandelt.

W. Freudenthal stellte eine Patientin mit Laryngitis sicca vor.

28jährige Frau aus Galizien gebürtig leidet seit etwa einem halben Jahre an dyspnoëtischen Beschwerden und an Heiserkeit. Die Dyspnoë wird zuweilen so stark, dass sie aus dem Bette aufspringt und im Zimmer nach Luft ringend umherläuft.

Objectiv sieht man eine Rhinopharyngitis sicca. Die Schleimhaut des Larynx ist glänzend und trocken wie Leder. Dabei liegen, meist im vorderen Winkel der Stimmbänder und unterhalb derselben, äusserst fest heftende, eingetrocknete Secretmassen, die genau so aussehen wie das charakteristische Nasensecret bei Rhinitis atrophicans. Ueber die Aetiologie und Therapie dieser seltenen Fälle wird an anderer Stelle berichtet werden.

#### Discussion.

Toeplitz. In diesem Zustande ist die Affection nicht genau charakteristisch. In Wien kommen diese Fälle häufig vor, hier ist diese Affection selten.

## Pathologische Präparate

F. Torek demonstriert ein geplatztes Aortenaneurysma.

## Discussion.

F. Lange. Nach Platzen eines Aneurysma braucht noch nicht gleich der Tod einzutreten. Redner sah einen Pat. nach einem solchen Vorfall noch Wochen lang leben.

Willy Meyer. Die Kochsalzlösungsinjectionen in die Venen sind vorzuziehen.

Torek bemerkt in seinem Schlusswort, dass das Leben für einige Zeit erhalten bleiben kann, wenn die Berstung des Aneurysma und das Austreten des Blutes nicht in eine Freihöhle geschieht.

Es werden sodann die Jahresberichte des protokollirenden und correspondirenden Secretärs und des Schatzmeisters verlesen und angenommen.

Dr. Alfred Meyer und M. Toeplitz werden ersucht, die Kasse zu prüfen.

Die Drs. G. W. Teschner und A. Pohly werden zu Mitgliedern des Vereins erwählt.

Hierauf folgt der Vortrag von Dr. A. Seibert: Desinfectionsmethoden während der Cholera in Berlin und Hamburg. (Abgedruckt in der N. Y. MED. MONATSSCHRIFT VOM 15. December 1892).

## Discussion.

F. Lange. Eine Quarantäne von 3 Wochen hat keinen Sinn, umsomehr als zuvor Desinfection verlangt wird. Die Desinfection auf den hiesigen Schiffen wurde hauptsächlich bei der Schiffsmannschaft schlecht vorgenommen. Redner meint, die Kajütspassagiere können auch Cholera verschleppen, und ist überzeugt, dass mehrere leichte Fälle von Cholera unter den Kajütspassagieren vorgekommen sind.— Die Quarantäne sollte leichter gemacht werden; wenn man ein Haus in kurzer Zeit desinficiren kann, warum sollte man nicht auch Schiffe derart behandeln können.

Willy Meyer fragt, wie es kommt, dass England, das doch keine Quarantäne hat und näher an Hamburg liegt, doch frei von Cholera geblieben ist?

Rachel. Während es vielfach bekannt ist, dass Blattern sich durch Lumpen weiter verbreiten, bestehen nur zwei bekannte Fälle wo Cholera durch Lumpen eingeführt worden ist. Es sollen daher strenge Massregeln gegen Einführung von Lumpen instituiert werden.

Leviseur fragt, ob die Cholerapatienten wegtransportirt werden sollen oder nicht, da schlechte Erfahrungen damit gemacht worden sind; Redner meint, dass man die Kranken auf dem Schiffe lassen sollte, während die Gesunden das Schiff verlassen sollten.

Beck glaubt nicht, dass es nöthig sei, die Quarantäne so lange auszudehnen.— Was die conservative Methode der Kleiderdesinfection an betrifft, hat Redner gehört, dass sich Leute häufig über Beschädigung der Kleider beklagt haben.

Seibert betrachtet seinen Vortrag nur als Bericht, nicht als seine eigene Ansicht. Leviseur erwähnte die Evacuierung der Schiffe seitens der Gesunden, diesen Punkt habe er im Vortrage angeführt. Dr. Meyer anlangend, so möchte er bemerken, dass in Southampton, zur Zeit als er dort war, 4 Cholerafälle vorhanden waren. New York unterscheidet sich von England dadurch, dass sich hier viele niederlassen. Die 3 Wochen Quarantäne ist die Ansicht Koch's; Koch

meinte, dass die New Yorker Quarantäne schlecht ist, weil die Desinfection keine genügende ist.

Es folgt die Abstimmung über die zu wählenden Beamten für das Jahr 1893; dieselbe ergibt folgendes Resultat:

Gewählt:

Präsident: J. W. Gleitsmann,  
 Vicepräsident: Geo. W. Rachel,  
 Protokollirender Secretär: Max Einhorn,  
 Stellv. protokoll. Secretär: Franz Torek,  
 Correspond. Secretär: A. Rose,  
 Schatzmeister: Ludwig Weiss,  
 Aufnahme-Comité: F. Lange, C. Heitzmann, von Ramdohr, Krollpfeiffer, Edebohls.  
 Schluss und Vertagung.

Dr. MAX EINHORN,  
 protokollirender Secretär.

### Therapeutische Notizen.

Dr. G. MACDONALD in Glasgow (Brit. Med. Journ., September 1892) empfiehlt gegen Seekrankheit eine Mischung von Chloralamid und Bromkalium, zu gleichen Theilen, die er als „Chlorobrom“ benannt hat.

Bei *Taenia solium* empfiehlt STEPHENS (Sem. méd. Nr. 40, 1892):

Rp. Extract. fluid Cascar..... 25,0  
 Syrup. Cort. aurant.....100,0

3 Mal täglich 1 Esslöffel für Erwachsene, für Kinder die Hälfte.

**Borsäurelösung.** Wasser löst bei gewöhnlicher Temperatur nicht mehr als etwa 4 Proc. Borsäure. Nicht selten tritt aber in der Praxis der Fall ein, dass eine stärkere Lösung erwünscht ist. Dies lässt sich, wie SCHOLTZ und MANSIER im „Rep. de Pharm.“ angeben, durch ein Zusatz gebrannter Magnesia oder Magnesiumcarbonat erreichen, etwa nach der Vorschrift:

Acid. boric..... 200 Th.  
 Magnes. carbon..... 35 Th.  
 Aqu.... .....1,000 Th.

Solve.

Eine 1 bis 5 Procent. alkoholische Lösung von **Styrone** (Mischung von Styraß und Perubalsam) wird empfohlen bei chronischen Entzündungen des Mittelohres, namentlich in Fällen von Perforation der Shrapnelle'schen Membran.

**Heidelbeerblätterthee bei Zuckerkrankheit.** Von Dr. WIL. Im Jahre 1889 bemerkte ein Telegraphenbeamter in Berlin an sich eine sich stetig verschlechternde Veränderung seines Befindens, als deren Ursache Diabetes mellitus mit geringem Zuckergehalt festgestellt wurde. Der Procentsatz betrug im Januar 1890 2 % und stieg im März 3 %, im April auf 6 %, Mai 6 %, Juni und Juli ebenso. Jetzt hielt Pat. die vorgeschriebene Diät ein, worauf der Zuckergehalt auf 4½ % fiel. Darauf begann er, auf Empfehlung eines Bauern folgende Kur: Bei reiner Fleischkost genoss er viel Fett, als Getränk nur Weisswein und täglich ein Quart Heidelbeerblätterthee in zwei Portionen zu je einem halben Quart. Darauf stellte sich der Zuckergehalt wie folgt: 18.

August 1 %; 6. September 0.; 30. September 0.; 4. Dezember 0. Die Mattigkeit verlor sich, die Arbeitskraft nahm wieder zu, das Aussehen besserte sich und Pat. genoss wieder mehrlaltige Kost und zwar ein halbes Pfund im Laufe des Tages. Die letzte Harnanalyse im Januar '92 ergab 1 $\frac{3}{4}$  %, nachdem er die letzten 7 Wochen nicht mehr Diät gehalten, sondern Weissbrod, Linsen, Bohnen, Erbsen und Pilsener resp. Grätzer Bier genossen hatte. Trotzdem ist sein Befinden und Aussehen vortrefflich; er arbeitet wie früher ohne Beschwerden und seine Stimmung ist gut. Bei Fortsetzung der Kur und besserer Diät wird jedenfalls der Zuckergehalt wieder schwinden und vielleicht eine dauernde Heilung eintreten. Jedenfalls ist dieses einfache Hausmittel der weiteren Prüfung werth. Die Blätter sollen vor Reife der Beeren gepflückt werden; 2 Hände voll Blätter sollen mit 1 Quart Wasser auf die Hälfte eingekocht werden.

Gegen Pruritus empfehlen sich Waschungen mit:

Rp. Menthol.....	4,0
Alcohol.....	30,0
Aq. dest.....	60,0
Acid. acetic. dilut.....	120,0

Gegen den Pruritus vulvae empfiehlt MEISEL:

Kalii bromati.....	2,0
Lupulin.....	2,0
Hydrargyr. chlor. mit.....	10,0
Ol. Oliv.....	30,0

M. D. S. Zum äussern Gebrauch, vor dem Gebrauch ordentlich umschütteln.

Phenocoll wurde von ALBERTONI (Rif. Med., Febr. 5, 1892) in 34 Fällen von MALARIA angewandt. Eine dauernde Heilung wurde in 24 Fällen erzielt; in weiteren 5 Fällen waren die Resultate zweifelhaft und in 5 Fällen war überhaupt gar kein Erfolg zu verzeichnen. Einige Patienten hatten vor dem, als sie mit Chinin behandelt wurden, mehrere Recidive zu verzeichnen, die jedoch nach Gebrauch des Phenocolls nicht wieder kamen. Gegeben wurde das Phenocoll in Pulverform und in mehreren Gramm-Dosen 6-7 stündlich vor dem zu erwartenden Anfall. Die Behandlung wurde noch einige Zeit nach Besserung des Zustandes fortgesetzt.

Dr. PATTEE in Boston berichtet von guten Erfolgen, die er mit *Dermatol* in der Behandlung der *Balanitis* erzielte. Er gebraucht das *Dermatol* in wässriger Lösung, die er mittelst Pinsel auf die erkrankte Stelle aufträgt. Letztere erscheint darauf schon nach kurzer Zeit wie mit einem feinen Häutchen überzogen, unter welchem die Heilung sehr günstig von Statten geht. Auch bei nässendem *Eczem* soll sich das *Dermatol* — als Streupulver, oder in Lösung — sehr gut bewährt haben.

In der Dermatologie spielt seit mehr als zwei Jahren das *Bassorin* eine wesentliche Rolle. Dasselbe wurde hier von Dr. ELLIOT eingeführt und fand in dem hiesigen „Cancer Hospital“ viel Verwendung. Nachdem Dr. UNNA in Hamburg dasselbe ebenfalls empfohlen, hat es sich schnell eingebürgert, und ist nun by Ekzemen und verschiedenen Dermatitis als vorzüglich anerkannt. Das *Bassorin* findet sich in vielen schleimigen Pflanzen vor und wird entweder dem Tragant oder der Salepwurzel entnommen. Tragant fand schon öfters Verwendung als Salbenbasis, da aber Tragantschleim neben dem *Bassorin* noch

anderen Gummi enthält, wodurch ein unzulängliches Salben-Präparat erzielt wird, so war man immer wieder davon abgekommen. Durch Ausscheidung des Bassorins aus dem Traganthschleim, und durch Zusetzung von Dextrin zu dem Erstgenannten, erhält man eine Salbe, die, auf der Haut aufgetragen, bald trocknet und dort eine biegsame Lage hinterlässt. Medikamente, die in einer solchen Salbe enthalten sind, werden von der Haut leicht absorbiert und wirken besser als Gelatinpräparate. Nebenbei ist der Gebrauch einer Bassorinsalbe viel angenehmer und reinlicher, als solcher aus Fett oder Petrolatum; weit grössere Flächen können damit bestrichen werden, als es mit Schmiersalben thunlich erscheint; bei fettigen Salben muss man die Stellen mit Lappen bedecken, und, da dies bei einer Bassorin Salbe nicht nothwendig ist, so liegt schon hierin eine grosse Verbesserung. Die meisten Substanzen, die in der dermatologischen Praxis zur Anwendung kommen, können mit einer Bassorinsalbe verbunden werden, mit Ausnahme jedoch von Alaun- und Eisenpräparaten, wogegen Theer, Ichthyol, Jodoform, Salicylsäure und Bismuth sich vorzüglich dazu eignen. UNNA behauptet, dass Bassorinsalben mit Zinkoxyd sehr gut sind, ja dass, Bassorin das beste Vehikel dafür sei und dadurch höchst werthvoll für dermatologische Zwecke werde.

### Allerlei.

In der Sitzung vom 23. April des Verwaltungsrathes des **Mount-Sinai Hospitals** sind folgende Ernennungen gemacht worden: Es sind gewählt worden als consultirende Aerzte des Hospitals die Doctoren B. SACHS (Nervenkrankheiten) und S. LUSTGARTEN (Hautkrankheiten), als assistant visiting physicians die Doctoren H. LILIENTHAL und W. W. VAN ARSDALE (chirurgische Krankheiten), J. BRETTAUER (Frauenkrankheiten), MORRIS MANGES und N. E. BRILL (innere Krankheiten), C. H. MAY (Augenkrankheiten) und H. KOPLIK (Kinderkrankheiten).

In einer der letzten Sitzungen des Sanitätsrathes der Stadt New York berichtete Dr. H. BRIGGS über das Resultat einer Untersuchung, welche der Sanitätsrath bereits vor einiger Zeit angeordnet hat, und über welche bis jetzt das „tiefste Geheimniss“ obwaltete. Am 19. April hat nämlich Dr. J. A. GOTTLIEB von No. 338 Ost 116. Strasse, Professor der Mikroskopie im Laboratorium der „Medico Legal Society“, eine Vorlesung im Naturhistorischen Museum über **Cholera-Bacillen** vor der „Mikroskopischen Gesellschaft“ gehalten und dabei von ihm selbst kultivirte Bacillen ausgestellt, die mit grossem Interesse untersucht wurden. Das Experiment kam irgendwie zur Kenntniss des Gesundheitsraths, welcher wissen wollte, woher Dr. Gottlieb die Bacillen hatte, da die Behörde Gefahr für die Verbreitung der Cholera durch derartige Schaustellungen (!) von Bacillen witterte. Dr. Biggs erkundete, dass Dr. GOTTLIEB die Bacillen aus dem Carnegie Laboratorium bekommen hätte, und berichtete, dass Dr. GOTTLIEB die Furcht vor Ansteckung sehr lächerlich finde, weil die Bacillen todt gewesen. Dessen ungeachtet beschloss jedoch der Gesundheitsrath gestern, öffentliche Ausstellungen von Cholera-Bacillen—ob sie nun todt oder lebend seien—im Interesse der öffentlichen Gesundheit zu verbieten. Präsident Wilson meinte, es könne nicht gestattet werden, dass jeder beliebige Mediciner Cholera-Bacillen mit sich in der Stadt herumschleppe und viele Menschen damit in gefährliche Berührung bringe.

Am 12. April d. J. wurde hier der erste Spatenstich für das Gebäude der Wärterinnen-Schule des deutschen Hospitals an



der Lexington Ave. nahe der 77ten Strasse, gethan. Die Schule selbst besteht seit dem Jahre 1887. Sie hat sich nach allen Richtungen hin als Erfolg erwiesen, und der Verwaltungsrath fasste daher im letzten Jahre den Entschluss eine permanente, vergrösserte Wärterinnen-Schule zu errichten. In derselben sollen Bewerberinnen nach Prüfung ihres Gesundheitszustandes und ihrer allgemeinen Befähigung auf einen Monat zur Probe angestellt und, wenn sie sich als geeignet erweisen, definitiv als Schülerinnen angenommen werden. Sie müssen sich verpflichten, dem Hospital zwei Jahre lang als Wärterinnen zu dienen, und erhalten dafür ausser freier Kost und Wohnung \$5 per Monat und nach Ablauf der 2 Jahre ein Geschenk von \$100. Nach Beendigung des Kursus haben sie eine Prüfung zu bestehen und erhalten dann ihre Diplome, worauf sie, soweit sie nicht im Hospital angestellt werden können, von den Mitgliedern des ärztlichen Kollegiums für die Privatkrankenpflege empfohlen und verwendet werden. Die Schülerinnen stehen unter Aufsicht der Oberin der Wärterinnen-Schule und erhalten von derselben praktischen Unterricht in der Krankenpflege, während die Aerzte des Hospitals ihnen theoretische Vorlesungen halten, so dass den Schülerinnen vollständig Gelegenheit geboten ist, sich zu tüchtigen Krankenpflegerinnen auszubilden. Zur Ausführung dieses Planes ist jedoch ein neues Gebäude unerlässlich nothwendig, denn die Zimmer, welche den Wärterinnen im Hospital zugewiesen werden könnten, sind nicht nur nicht ausreichend, sondern verringern die Aufnahme-Fähigkeit des Hospitals für Patienten. Auch ist es im Interesse der Disciplin geboten, dass die Schlafräume sich nicht im Hospital selbst befinden. In liberalster Weise entsprachen die wohlhabenden hiesigen Deutschen dem an sie gestellten Ansuchen, Beiträge für den Bau zu subskribiren, und schon jetzt sind \$68,000 gesammelt, welche nach Ansicht des Architekten für den Bau und die Einrichtungen genügen dürften.

Für die **Abtheilung für Erziehungswesen** auf der Chicagoer Ausstellung hat u. A. der bekannte Physiologe, Prof. HUGO KRONECHER in Bern, einige sehr werthvolle Ausstellungsobjecte geliefert.

Die dritte Versammlung der **American Electro-Therapeutic-Association** findet vom 12.—14. September in Chicago statt; Dr. FRANKLIN H. MARTIN, Venetian Building, Chicago, als Vorsitzender, and Dr. S. S. STANTON, 3537 Indiana Avenue, Chicago, als Sekretär des Vorbereitungs-Komités, laden die Theilnehmer zur Anmeldung von Vorträgen u. s. w. ein und er bieten sich zur Vermittelung von Wohnungen, welche mit Rücksicht auf die Weltausstellung rechtzeitig bestellt werden müssen.

Die Jahresversammlung der **American Medical Association** wird in Milwaukee, Wis., in der Zeit vom 6. bis 9. Juni 1893 abgehalten werden.

**Aus Wien** kommt die betäubende Nachricht von dem frühen Ableben des verdienstvollen Laryngologen und Rhinologen, Prof. JOHANN SCHNITZLER, im Alter von 58 Jahren.

Mit einer feierlichen Begrüssung RUDOLF VIRCHOW's wurde am 19. April die Sitzung der **Berliner Medizinischen Gesellschaft** eingeleitet. Die Gesellschaft war zahlreich versammelt, als um 7 $\frac{3}{4}$  Uhr die Thür des Nebensaales sich öffnete und der gesammte Vorstand den gefeierten Forscher auf den mit Blumen geschmückten Präsidentensitz geleitete. Die Aerzte-Versammlung erhob sich und blieb auch bei der nun folgenden Ansprache und bei der Antwort VIRCHOW's stehen. Zunächst nahm der stellvertretende Vorsitzende Geh. Rath SIEGMUND das

Wort und begrüßte den Vorsitzenden, der wie selten einer von einem grossen Volke gefeiert worden sei. England verehere in ihm nicht nur den Gelehrten, sondern auch den unerschütterlichen Charakter, den Mann, der sich um das Gemeinwohl hoch verdient gemacht hat, der für jede Errungenschaft eingetreten ist, durch die erspriessliche Fortschritte der menschlichen Gesellschaft eine Förderung erhoffen durften. Gerade solche Eigenschaften stehen bei den Engländern in besonderem Ansehen und darum sei auch gerade die englische Nation, die wie kein anderes Volk an der zweckmässigen Gestaltung ihres Lebens arbeitet, berufen, die Grösse VIRCHOW'S zu würdigen. Der Redner schloss mit dem Wunsch, dass VIRCHOW noch lange die Eigenschaften erhalten bleiben möchten, in denen er Allen überlegen sei, jene Kraft, die Goethe bezeichnet als „des Nordens Dauerhaftigkeit.“

Der berühmte Theologe, Prof. Dr. Adolf Harnack in Berlin (Bruder des gleichnamigen Pharmanologen in Halle und Schwiegersohn von Prof. THIERSCH in Leipzig) hat vor Kurzem ein ebenso interessantes wie reichhaltiges Werk herausgegeben, betitelt „Medizinisches aus der ältesten Kirchengeschichte.“

---

### Personalien.

#### VERZOGEN :

- Dr. M. Aronson, nach 536 E. 5. Str.
- Dr. Carl Beck, nach 37 E. 31. Str.
- Dr. Felix Cohn, nach 38 E. 60. Str.
- Dr. H. A. Ehrmann, nach 29 E. 62. Str.
- Dr. Francis Foerster, nach 39 W. 52. Str.
- Dr. Otto Kiliani, nach 133 E. 57. Str.
- Dr. Joseph Kucher, nach 38 E. 60. Str.
- Dr. B. Sachs, nach 21 E. 65. Str.
- Dr. H. N. Vineberg, nach 127 E. 61. Str.

DR. MAX EINHORN, 107 East 65th St.

---

### An die Leser.

*Geschäftliche Zuschriften*, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17—27 Vandewater Street, New York.

*Manuscripte*, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

# New Yorker Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

unter Mitwirkung von

Dr. J. Brettauer, Dr. W. Freudenthal, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. H. Goldenberg,  
Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Krug, Dr. S. J. Meltzer,  
Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. A. Schapring, Dr.  
A. Seibert, Dr. F. Torek, Dr. S. Welt, Dr. Ad. Zederbaum.

Redigirt von

**Dr. MAX EINHORN.**

---

General Agenten: **The International News Co.**, 85 Duane Street, New York.

Verlag der Medical Monthly Publishing Co.,

**C. KAHLER**, Geschäftsführer, 17-27 Vandewater Street, New York.

---

**Bd. V.**

**New York, 15. Juni 1893.**

**No. 6.**

---

## ORIGINALARBEITEN.

### I.

#### **Erster Jahresbericht der Spezialabtheilung für chirurgische Krankheiten des Halses an der deutschen Poliklinik der Stadt New York nebst allgemeinen Bemerkungen.**

Von

**Dr. CARL BECK.**

New York.

Bei oberflächlicher Betrachtung mag mein Versuch, eine neue Spezialität, wie oben erwähnt, creiren zu wollen unnütz oder gar absonderlich erscheinen; — eine nähere Beleuchtung dürfte jedoch Vieles zu seinen Gunsten eruiren lassen.

Dank der grossen Erfindungen der letzten zwei Decennien hat sich die Chirurgie zu einer solchen Höhe und Ausdehnung entwickelt, dass man sich heutzutage kaum ein Gehirn vorstellen kann, welches im Stande wäre, alle Detailfragen auf chirurgischem Gebiet gleichmässig zu bemeistern. Es ist desshalb auch ganz natürlich, dass sich schon seit Jahren Spezialitäten, wie die Orthopädie, die abdominale und die Chirurgie der Harn- und Geschlechtsorgane abgezweigt haben.

Neuerdings hat man sogar Lehrstühle für chirurgische Krankheiten des Gesichts und des Mundes sowohl als für Krebs, für Hernien und, *horribile dictu!* sogar für Affectionen des Rectums errichtet.

Wenn dieses letztere im Allgemeinen so gering geschätzte Organ für würdig befunden wird, eine Spezialstellung einzunehmen, so glaube ich, sollte der Hals seiner bisherigen stiefmütterlichen Stellung auch entrissen werden.

Soweit Wichtigkeit und wissenschaftliches Interesse in Frage kommt, überragt er doch jede andere Körpergegend schon deshalb, weil trotz seiner geringen räumlichen Ausdehnung er die grösste Varietät von Geschwülsten aufweist.

Die Idee, eine Spezialabtheilung zu errichten, drängte sich mir unwillkürlich auf, nachdem ich an der Hand einer ungewöhnlich grossen Zahl exchirurgischer Halskrankheiten, welche ich während einer neunjährigen Dienstzeit an der deutschen Poliklinik zu beobachten Gelegenheit hatte, eine Reihe diagnostischer Irrthümer Seitens tüchtiger Collegen demonstrieren konnte.

So wurden mir im letzten Jahre nicht weniger als fünf Fälle von obenanntem kaltem Abscess durch prominente Collegen unter der Diagnose Lymphosarkom und Fibrom zugewiesen. Hier hatte das langsame Wachsthum und besonders die harte Consistenz der tief-sitzenden Eiteransammlung die irrthümliche Idee einer soliden Geschwulst reifen lassen.

Wie sehr die Geister in puncto Diagnose auf einander platzen können, war beispielsweise aus einer scharfen Controverse zwischen zwei hervorragenden Aerzten zu ersehen, welche den ganzen Monat März hindurch die Spalten des New Yorker Medical Record füllte.

Einer der Collegen, ein Laryngologe, hatte einen interessanten Fall, wie es schien, zur Warnung, veröffentlicht.

Der Held der Veröffentlichung, ein junger Mann, welcher bisher stets gesund gewesen war, starb innerhalb 48 Stunden an infektiöser Pharyngitis.

Ein anderer, College, einer unserer angesehensten Chirurgen, behauptete, der Patient hätte der ganzen Beschreibung nach, an nichts anderem als an angina Ludovici gelitten und wäre bei früher Incision höchst wahrscheinlich gerettet worden.

Ich führe diesen Fall an, nicht weil ich mich berufen fühle, zu entscheiden, wer der Wahrheit wohl am nächsten gekommen sein mag, sondern um zu demonstrieren, wie viel Unklarheit in diagnostischer Hinsicht in derartigen Zuständen selbst bei distinguirten Mitgliedern der Fraternität noch herrscht. Und wenn dies am grünen Holz geschieht, was soll erst am dürren werden?

Die Wichtigkeit der Organe allein, die complicirten anatomischen Verhältnisse, die grosse Gefahr der kühnen und eleganten Operationen, wie sie am Hals ausgeführt werden, rechtfertigten allein schon eine Sonderstellung für chirurgische Krankheiten des Halses, welcher, seitdem es eine Chirurgie giebt, deren pièce de résistance geblieben ist.

Von viel grösserer Bedeutung aber erscheint mir die Diagnostik.

Langjähriges Studium meiner eignen Irrthümer hat mir gezeigt, dass ein fruchtbringendes klinisches Studium nur an einer Fülle von Beobachtungsmaterial erzielt werden kann. Nur dann kann dieser Grad von Erfahrung erreicht werden, welcher unumgänglich nöthig ist, um klare therapeutische Indikationen zu stellen.

Mit aller gebührenden Hochachtung vor den vielen und genialen modernen Untersuchungsapparaten, speziell dem Mikroskop, wage ich zu behaupten, dass gerade in einem frühen Stadium verhängnissvoller Krankheiten, id est: zu einer Zeit, wo nicht bloss die besten, sondern sehr oft die einzigen Chancen zur Heilung offen stehen, die klinische Erfahrung weitaus am Häufigsten ganz allein die Diagnose stellt.

In zweifelhaften Fällen, wo man ja die Mikroskopie am Nothwendigsten brauchen möchte, gefällt sie sich zumeist in der Rolle des Orakels zu Delphi.

Der überaus traurige und leider zu grosser Notorietät gelangte Fall Kaiser Friedrichs dürfte diese Anschauung wohl am besten illustriren. Haben doch die grössten lebenden Autoritäten Monate lang über den Charakter seiner Krankheit die diametralsten Ansichten geäussert.

Wenn auch die allgemein vorherrschende Annahme war, dass es sich um ein Carcinom handelte, so bewies doch die Thatsache, dass der königliche Dulder lange Zeit hindurch mit Inunktionen und Jodkali behandelt wurde, das Vorhandensein eines mindestens temporären Verdachtes auf Lues, welcher erst aufgegeben wurde, nachdem die geschwollenen Halsdrüsen keine Tendenz zur Abnahme gezeigt hatten.

Möge es zur Warnung dienen, dass in einem frühen Stadium der fatalen Erkrankung ein Stück der suspekten Wucherung Behufs mikroskopischer Untersuchung excidirt wurde und kein Geringerer, als Rudolf Virchow, dieselbe für eine einfache „Verruca“ erklärte.

Es ist überflüssig, zu behaupten, dass eine verschiedene Ansicht über den Charakter der Krankheit eine verschiedene Therapie involvirt, so verschieden in der That, dass das Leben davon abhängen mag. Und was für den vergötterten Liebling des deutschen Volkes gegolten hat, gilt in pathologischer Hinsicht eben auch für den allergeringsten Arbeitsmann.

Wie schon oben erwähnt ist der Hals, die enge Verbindungsbrücke zwischen Kopf und Rumpf, oder, wie der geistreiche Hyrtl ihn nennt „der Stiel des Kopfes,“ ausgezeichnet durch die grosse Zahl und Varietät aller erdenklichen Arten von Tumoren, so dass es wohl kaum eine Spezies geben dürfte, welche an ihm nicht gefunden werden könnte. Ausser dem Sarkom, dem Carcinom, Syphilis (Gumma oder Drüse), möchte ich das hyperplastische, leukämische und maligne Lymphom erwähnen; ferner das Lymphangiom, Lymphosarkom, Fibrosarkom, Fibrom, Enochondrom, Osteom, Steatom, Neurom, Lipom, Struma, Myxom, Atherom, Aneurysma, das einfache Angiom, die monolokuläre und die multilokuläre Cyste, id est: die Cystengeschwulst der Kiemenbögen; die Luftcyste, die seröse Cyste (hydrocele colli), die tief-sitzende Dermoidcyste, die Blutcyste (Haematocele colli), die Synovial-Cyste (Hygroma regionis thyreoidae), den Echinococcus colli und die Tumoren, welche durch Leukämie und Pseudoleukämie erzeugt werden.

Unter den verschiedenen Abscessformen mögen genannt werden: der idiopathische und der phlegmonöse; der präviscerale, retroviscerale, retropharyngeale und retroösophageale.

Von grosser Wichtigkeit sind ferner die entzündlichen Processe, welche nach infektiösen Erkrankungen des Pharynx und Nasopharynx entstehen, ferner die Spondylitis, der Schiefhals, die Caries, die congenitale Halsfistel und die entstellenden Brandnarben.

In Ansehung der grossen Schwierigkeit der Differentialdiagnose hat LÜCKE (Lücke, Pitha Billroth, III. Bd., 1. Abth.) ein Schema ausgearbeitet, indem er die Geschwülste des Halses in Gruppen eintheilt, welche den verschiedenen Regionen entsprechen.

Innerhalb einer jeden Gruppe wurden die Tumoren wiederum in Rücksicht auf ihre physikalischen Kennzeichen geordnet, wobei zwischen cystischen, pulsirenden und soliden Geschwülsten unterschieden wird.

Dieser äusserst complicirte schematische Apparat arbeitet vorzüglich, so lange es in theoretischem Interesse geschieht, in praxi aber dürfte man ihn kaum ernst nehmen können.

Viel bemerkenswerther erscheint mir der Rath ALBERT'S (E. Albert, Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre, Wien und Leipzig 1884), eine Differenzialdiagnose von streng klinischem Standpunkte aus anzustreben und zwischen einigen wenigen Möglichkeiten abzuwägen, wie es ja auch bei allen anderen zweifelhaften diagnostischen Fragen gebräuchlich ist. Nach diesem Paradigma wäre zum Beispiel eine Halsgeschwulst, wenn sie einem neugeborenen Kinde angehört, nur ein cavernöses Angiom, ein Hygrom oder ein angeborener Kropf.

Letzterer wiederum nimmt die regio thyreoidea ein und ist auch mit der Luftröhre verbunden, was man sehr leicht an den correspondirenden Aufwärtsbewegungen des Gewächses beim Schlucken erkennen kann.

Ein Angiom dagegen kann sich irgendwo etabliren. Seine rothblaue Farbe, das schwammige Gefühl bei der Berührung, die Unmöglichkeit es durch einen Druck zum momentanen Verschwinden zu bringen und ferner der Umstand, dass es anschwillt, sobald der Patient schreit, giebt ein charakteristisches Bild dieses Zustandes.

Das angeborene Hygrom hat im Anfang stets sein Domicil in der Unterkiefergegend und ist ausgezeichnet durch die vielen cystischen Hohlräume, aus denen es besteht.

Bei älteren Kindern ist die gewöhnliche Tumorenform durch das sogenannte „scrophulöse Lymphom“ repräsentirt, eine Bezeichnung, welche beiläufig gesagt, sehr übel gewählt ist, und schon viel Unheil in den Köpfen der studirenden Jugend angerichtet hat.

Seit der Entdeckung des Tuberkelbacillus sollte der Terminus Scropheln überhaupt antiquirt sein, denn man weiss nunmehr, dass die Majorität all dieser so unglücklich bezeichneten Erkrankungen, welche man in diese unbestimmte und vage Definition „scrophulöse Drüsen“ eingereiht hat, nichts anderes ist, als wohlentwickelte Tuberkulose,

und zwar sowohl vom aetiologischen als auch vom anatomischen Standpunkt aus.

In vielen Fällen findet man eine ganze Kette von tuberkulösen Drüsen zusammenhängend. Das Aussehen und die Erscheinung der daran leidenden Kinder ist zumeist anämisch und schlecht genährt. Die eine oder andere Drüse mag schon macerirt sein, so dass dann ein Zweifel in der Natur der Krankheit kaum mehr aufkommen kann. Oder aber eine einzige Drüse sei angeschwollen, das resp. Kind hat ein gesundes Aussehen und die Familiengeschichte ist tadellos. Dann würde wohl ein einfaches Lymphom anzunehmen sein.

Wenn die kleine Geschwulst in einer Region situirt ist, wo auch normaler Weise Drüsen zu finden sind, wenn sie leicht beweglich ist und von ihrer Umgebung abgehoben werden kann, wenn sie ferner von geringem Umfang ist, so wird die Annahme, dass es sich um ein einfaches Lymphom handelt, zur Gewissheit. Bei Erwachsenen sind Kropf, malignes Lymphom und Aneurysma, bei Greisen Carcinom des Oesophagus, der Schilddrüse oder der Lymphdrüsen zu vermuthen.

Das anämische Kind, der junge Schwindsuchtskandidat und der kachektische, krebsdurchseuchte Greis in ihrem typischen Gesamteindruck müssen nothgedrungen unseren Verdacht sogleich nach der angedeuteten Richtung hin dirigiren.

Ausser dieser allgemeinen Perspektive muss man die Topographie allerdings auch im Auge behalten. So gedeihen zum Beispiel die Hygrome in der Schilddrüsengegend, während der Echinococcus die regio supraclavicularis speziell unter dem Sternocleidomastoideus autochthoner Weise für sich beansprucht.

Die Kiemenspaltencysten dagegen floriren einzig und allein am vorderen Rand des sternocleidomastoideus.

Ausserdem muss Notiz von einem sehr wichtigen physikalischen Symptom einer nur beschränkten Anzahl von Tumoren genommen werden, nämlich von der ausgeprägten Pulsation.

Hier ist es essentiell zu wissen, ob die Pulsation vom Tumor selbst ausgeht.

Wenn dies nicht der Fall ist, so muss eine grosse Zahl von Möglichkeiten in's Auge gefasst werden, da die Pulsation einer Geschwulst auf irgend einen anderen, über einer Arteriesituirten Tumor übertragen werden kann.

Wenn der Tumor selbst der Sitz der Pulsation ist, dann könnte es sich nur um die Differentialdiagnose zwischen Aneurysma oder pulsirendem vaskulärem Sarkom handeln.

Dies zu entscheiden ist sehr schwer, wenn nicht zuweilen unmöglich, da der Charakter der Pulsationen in beiden Fällen vollständig identisch sein kann; auch braucht die Form und die Lage nichts Aussergewöhnliches zu zeigen.

Sogar die Consistenz mag einen ernsten Zweifel aufkommen lassen, da dieselbe in den verschiedenen Abtheilungen eines vaskulären Sarkoms oft sehr irregulär sein kann.

Eine andere sehr wichtige Frage ist, ob ein Unterschied im Puls zwischen kranker und gesunder Seite existirt. Wenn dies der Fall ist, so hat man an ein Aneurysma zu denken.

Ausserdem wächst ein Aneurysma langsam, während ein Sarkom in der Regel rapid zunimmt. Ferner mag, wenn sorgfältig beobachtet wurde, Pulsation wahrgenommen worden sein zu einer Zeit, wo der Tumor noch eine kleine Circumferenz aufwies. Schliesslich sollte ein Aneurysma von Anfang an eine weiche Consistenz gehabt haben, während das Sarkom als hart und resistent sich erwiesen haben sollte.

Noch viel mehr Zweifel mögen entstehen bei Geschwülsten, deren Inhalt flüssig ist.

Angenommen ein Tumor von Wallnussgrösse am vorderen Rand des Sternocleidomastoideus zeigt deutliche Fluktuation. Liegt nun ein sogenannter kalter lymphadenitischer Abscess, oder eine Kiemenspaltencyste, oder eine Schilddrüsencyste oder eine Blutcyste vor?

Hier wäre nun zunächst zu entscheiden, ob die Geschwulst synchron mit einer Schluckbewegung auf- oder absteigt.

Ferner wäre zu bestimmen, ob dieselbe der Schilddrüse adhärirt. Wenn dies der Fall sein sollte, so handelt es sich um eine Thyreoidcyste; wenn nicht, so ist zu prüfen, ob ein Theil des Tumors theilweise entleert werden kann. Ist dies ausführbar, so ist wahrscheinlich eine Blutcyste vorhanden; wenn nicht, so hat man noch auf die Beweglichkeit hin zu untersuchen. Ist diese letztere vorhanden, so hat man wahrscheinlich eine erweichte Lymphdrüse vor sich; wenn nicht, so hat man sowohl an einen Echinococcus als an eine Kiemenspaltencyste zu denken.

Die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Zuständen nun kann man bloß mit Rücksicht auf die Krankengeschichte stellen, indem die letztere nur während der Pubertät vorkommt, während der Echinococcus in irgend einem Lebensabschnitt vorkommen mag.

Wenn man eine Blutcyste aspirirt, so erhält man Blut, während eine Kiemenspaltencyste eine breiige Masse zu Tage fördern lässt.

Diese wenigen Beispiele mögen genügen, um die enormen Schwierigkeiten der Diagnostik anzudeuten, welche thatsächlich von grösserer Wichtigkeit ist, als die Operationstechnik, für welche übrigens auch einige ganz specielle Principien in der Halsgegend gelten.

Ich will nicht sprechen von Bravourstücken, wie z. B. der Unterbindung der Arteria innominata, welche für alle Zeiten den Namen VALENTIN MOTT unsterblich machen wird, sondern ich möchte besonderen Nachdruck auf scheinbar geringfügige Punkte legen.

So z. B. auf die Nothwendigkeit, im Hals so viel als möglich mit stumpfen Instrumenten zu operiren. Es ist einfach auffallend, wie selten ich ein grösseres Blutgefäss unerwartet aufgeschnitten habe, seitdem ich dieses Prinzip adoptirt habe.

Das werthvollste Instrument zu diesem Zweck ist die sogenannte COOPER'sche gekrümmte Scheere, welche in geschlossenem Zustande sich der Convexität der Geschwülste adaptirt.



Grosse und tiefliegende Geschwülste verursachen natürlich grosse Schwierigkeiten bei der Exstirpation. Da ist es denn dringend anzurathen, sehr ausgedehnte Schnitte anzulegen, welche die Grenzen des Tumors beiderseits weit überschreiten. Eine vertikale Incision ist zu meist nicht genügend, wesshalb es angezeigt erscheint, einen Querschnitt ausserdem gleich zu Beginn der Operation zuzusetzen. Wiederholt leistete mir ein Thürflügelschnitt gute Dienste.

Ich habe nie versucht, grosse Gefässstämme vor der Operation methodisch freizulegen und zu unterbinden, wie es LANGENBECK seiner Zeit angerathen hat; ich habe vielmehr bei stumpfem Vorgehen es stets ermöglichen können, jedes Gefäss vor dem Durchschneiden zwischen zwei Pincetten zu fassen und zu unterbinden.

Es ist praktisch, die Gefässe erst in centripetaler und dann erst in der entgegengesetzten Richtung zu ligiren; ganz besonders, wenn der Tumor die Gefässe umwachsen hat. In der Tiefe, wo die gebräuchlichen Arterienpincetten oft nur unter grosser Schwierigkeit das Herumführen der Ligatur gestatten, hat mir meine eigene Arterienklemme wiederholt viele Mühe erspart. (Dieselbe lässt den Faden in Folge ihrer rechtwinkligen Schnauze sehr leicht übergleiten.) cf. Dr. CARL BECK: Eine neue Arterienklemme. Stated meeting, New York Academy of Medicine, November 1892 und Decemberversammlung der Medicinischen Gesellschaft von New York, 1892.

Während man exstirpirt, sollte man bloss sachte ziehen, da ein starker Zug sehr leicht eine grosse Vene entleeren mag, so dass man sie für Bindegewebe halten kann und fröhlich anschneidet. Ein Chirurg, dessen Erfahrung ihn nicht allzusehr drückt, mag dann sehr erstaunt sein über die enorme Blutung, welche beim Nachlass des Zuges eintritt.

Ausser der Blutungsgefahr sollte der Patient niemals dem grossen Risiko des Lufteintritts in das Gefäss ausgesetzt werden. Wenn man jedes Mal, bevor man verdächtiges Gewebe incidiren will, relaxirt, so kann diese Scylla und Charybdis wohl vermieden werden.

Bei der Exstirpation von Atheromen, falls dieselben nicht allzu adhärent waren, habe ich mich meiner eigenen Methode erfolgreich bedient. Da dieselbe wenig bekannt zu sein scheint, so mag es mir gestattet sein, sie an dieser Stelle nochmals kurz zu skizziren. (cf. N. Y. Medicinische Monatsschrift, Dec. 1886. Dr. CARL BECK: Eine neue Methode, Atherome zu exstirpiren.)

Mit einem spitzen Skalpel mache ich einen kleinen Stich irgendwo in die das Atherom bedeckende Haut, gerade gross genug, um eine starke Sonde durchzulassen. Auch kann eine ganz kleine COOPER'sche Scheere zu dem gleichen Zweck verwandt werden.

Mit diesem Instrument werden nunmehr die Adhäsionen zwischen Haut und Sack sorgfältig gelöst und erst dann der Balg eröffnet, was am besten durch eine kleine PÉAN'sche Zange auf dem Weg des Durchstossens geschieht. Nun wird hiermit der Sack irgendwo erfasst, und ein langsamer Zug ausgeübt. Zu gleicher Zeit wird der Cysteninhalt

ausgepresst, gleich wie man den Uterus beim CREDE'schen Handgriff ausquetscht.

So kann man bei allmählichem Vorgehen ganz grosse Cystensäcke durch eine verhältnissmässig kleine Oeffnung herausziehen, ähnlich wie man eine grosse Ovariencyste durch einen kleinen Bauchschnitt ziehen kann, nachdem man sie in cavo abdominis entleert oder verkleinert hat. Nach der Entfernung wird die Höhle mit einer 1 pro milligen Sublimatlösung irrigirt und ein Druckverband angelegt.

Der grösste Vorzug, den ich dieser meiner Methode vindicire, ist, dass sie *keine Narbe hinterlässt*, ein Umstand, welcher aus kosmetischem Grunde beim schönen Geschlecht wahrscheinlich mehr Würdigung findet. (Dieselbe Procedur kann selbstverständlich auch an Atheromen anderer Körperregionen, speziell des Gesichtes, vorgenommen werden.)

Ausserdem braucht man nicht zu nähen, der Blutverlust ist kaum nennenswerth und die Heilung ist oft schon nach 2 Tagen eingetreten.

Wo starke Adhäsionen vorhanden sind, kann man dieselben natürlich nicht auf stumpfem Wege lösen und so hat man solche Tumoren dann eben gerade wie andere kleine, z. B. Lymphome, auszuschälen. Hier macht man dann eine Incision direkt auf die Hülle der Drüse und nimmt die Aushülung mit der COOPER'schen Scheere vor.

Das Prototyp solcher kleinen, beweglichen Geschwülste ist das hyperplastische Lymphom, oder Lymphom, wie es schlechtweg genannt wird. Dasselbe hat entweder eine weiche Consistenz, falls seine zelligen Elemente hypertrophisch sind, oder eine harte, wenn das retikuläre Bindegewebe dazwischen proliferirt ist.

In den meisten Fällen kann ein peripherer Reiz als Ursache eruiert werden. Entzündliche Processe, Verschwärung, Dermatitis oder Eczem können gelegentlich die Nachbardrüsen zum Schwellen bringen.

Auf unserer Abtheilung wurde eine typische Ursache für geschwollene Drüsen beobachtet, welchen Zustand wir, um das Kind beim rechten Namen zu nennen, uns gewöhnt haben „Schmutzentzündung“ zu benamsen. Eine Unzahl von Einwanderern, welche den Staub Europa's nur von den „Füssen“ geschüttelt zu haben schienen resp. von solchen Gegenden kamen, welche von der Kultur nur mangelhaft beleckt worden sind, betrachten sogar ein alljährliches Bad als einen ungeheuren und thörichten Luxus und tragen demgemäss Muttererde in ihren allerverschiedensten Gattungen besonders an solchen Stellen des Körpers herum, welche nicht von Kleidung bedeckt sind.

Wenn sich solche Prachtexemplare des genus homo kratzen — und dies geschieht aus sehr guten Gründen nicht allzu selten — so impfen dieselben sich nach allen Regeln der Kunst ihren vorsündfluthlichen und wohlpräservirten Schmutz ein. Einem unternehmenden Bacteriologen würde sicherlich hier Gelegenheit geboten, ganz nagelneue Bacterien zu erwischen.

Wie weiter unten zu ersehen ist, liessen sich vier Fälle von Lymphadenitis auf die Invasion einer Armee von „Kopfläusen“ zurückführen,

welche unter Anwendung von grauer Salbe in die Flucht geschlagen wurde.

Es war geradezu erstaunlich, wie schnell die Drüsen nach der Entlassung verschwanden.

Nur im Fall die Ursache der Drüsenschwellung intern zu suchen ist, könnte Eiterung eintreten, im Allgemeinen jedoch verschwinden die Drüsen, sobald der irritirende Process geheilt ist.

Bei einer gewissen Anzahl von Fällen jedoch bleiben, selbst wenn der ursprüngliche Reiz entfernt ist, die Folgen desselben in Form von Lymphomen bestehen.

Ist noch nicht zu viel Zeit darüber hingegangen, so mag die weiter unten zu beschreibende medikamentöse Therapie noch erfolgreich sein, andernfalls ist die Exstirpation indicirt.

Wenn keine Eiterung in oder um die Drüse vorhanden ist, so erstrebe ich stets Heilung per primam intentionem. Bei dem geringsten Zeichen der Suppuration jedoch oder bei Erweichung des Centrumsnähe ich nicht, sondern lasse die Wunde offen.

Soweit meine Erfahrung reicht, habe ich stets gefunden, dass solche Zustände leicht Entzündungsprocesse hervorrufen, selbst wenn man schon Heilung per primam erreicht zu haben glaubte.

Die Narbe öffnet sich irgendwo, nachdem sich erst ein kleines Bläschen gebildet hatte, neue Incisionen und wiederholte Auslöffelungen müssen gemacht werden und der Heilungsprocess, welcher bei offener Wundbehandlung in ein oder zwei Monaten sein Ende erreicht haben würde, nimmt womöglich Jahre in Anspruch, oder verläuft durch Eiterenkungen zuletzt lethal.

Bei Eiterungen sollte man übrigens stets an Möglichkeit von Tuberkulose denken, schon desshalb, weil dieselbe doch von erschreckender Häufigkeit ist.

In der That giebt es gar keine Körpergegend, an welcher die Tuberkulose so erschöpfend studirt werden kann, als am Hals, wesshalb ich mich auch zu einigen eingehenderen Bemerkungen hierüber für berechtigt halte.

Warum tuberkulöse Halsdrüsen immer noch Lymphadenitis scrophulosa genannt werden, ist mir ein Räthsel. Die Zeiten sind doch vorbei, wo man glaubte, Tuberkulose nur mit einem geschwürigen Process in der Lunge identificiren zu können.

Seit ROB. KOCH durch seine geniale Entdeckung die Welt in Erstaunen setzte, ist's bewiesen, dass Tuberkulose überall vorkommen kann.

Alle die Erkrankungen, welche so unbestimmt „Scropheln“ genannt werden, sind nichts anderes, als tuberkulöse Affektionen. LANGENBECK, VOLKMANN, SAYRE u. A. hatten, längst bevor die antiseptische Sonne schien, schon den Beweis geliefert, dass es eine Lokaltuberkulose, oder wie man sie aus praktischen Gründen vorzog, zu nennen, chirurgische Tuberkulose, giebt und dass man durch frühe und ausgedehnte Resektion in vielen Fällen Heilung des früher als unheilbar angesehenen Zustandes erzielen kann.

*Ich vermag nicht einzusehen, warum man dasselbe Princip nicht bei tuberkulösen Halsdrüsen gelten lassen will.* Wie WHITTIER sich ausdrückt, kann es wohl vorkommen, dass von einem käsigen Knoten, in welchem das tuberkulöse Gift in temporärer Unschuld eingeschlossen ist, Absorption unter begünstigenden Umständen stattfinden kann und tuberkulöse Symptome von Neuem sich bemerkbar machen.

Hier möchte vielleicht die Quantität des Giftes, welches auf diese Weise frei geworden ist, je einen grossen Theil den Grad der Virulenz bestimmen.

Während das Virus eingekerkert ist, wäre es latent, wenn freigelassen, manifest.

Von dieser modernen Perspektive betrachtet wäre es evident, dass der tuberkulöse Charakter einer Drüse eben nur durch eine bacteriologische Untersuchung, das heisst durch die Darstellung des Bacillus, eruiert werden kann.

Aus naheliegenden Gründen kann man vorläufig ein derartiges Vorgehen von einem allgemeinen Praktiker nicht gut verlangen, so wünschenswerth es auch wäre.

Von dieser Erwägung ausgehend, habe ich, ohne den grossen Werth des Mikroskopes speziell für Tuberkulose im Mindesten zu unterschätzen, eine praktische Methode angegeben, nach welcher sich so ziemlich in allen Fällen bestimmen lässt, ob eine Drüse tuberkulös ist oder nicht. Mein Verfahren bin ich noch nicht im Stande wissenschaftlich genügend zu formuliren, ich kann aber behaupten, dass es sich bis Dato in allen von mir behandelten Fällen als zuverlässig in praxi erwiesen hat.

Es besteht darin, dass ich eine saturirte Lösung von Jodoform-aether in die Drüsensubstanz injicire und diese Procedur jeden dritten oder vierten Tag wiederhole.

Wenn nach drei oder vier Injektionen die Drüse nicht abgenommen hat, so nehme ich mit Sicherheit an, dass es sich um einen käsigen Process im Centrum handelt, mit anderen Worten, dass ein tuberkulöser Heerd vorhanden ist. Sobald ich diese Ueberzeugung gewonnen habe, zögere ich nicht länger mit der Exstirpation.

In der That habe ich unter einer bedeutenden Anzahl von Fällen, die ich nach diesem Princip behandelte, *nach einer erfolglosen Behandlung mit Jodoformaether stets eine Degeneration im Centrum der Drüse nachweisen können.*

Eine frühe Exstirpation ist hier von demselben Werth wie bei malignen Geschwülsten.

Es ist beinahe mit Gewissheit anzunehmen, dass, wenn man Drüsen entfernt, *bevor* Tuberkel sich ausserhalb der Kapsel eingenistet haben, man die Tuberkulose von den Nachbardrüsen fern hält und damit der successiven Allgemeininfektion einen Riegel vorschiebt. Ohne Ausnahme sind auch thatsächlich alle Fälle, welche früh von mir durch Exstirpation behandelt wurden, geheilt.

Die Beobachtungsdauer dieser Fälle erstreckt sich allerdings auf eine zu kurze Periode, als dass sie ein klares Urtheil über die Zukunft der resp. Patienten zuliesse; es ist jedoch auffallend, wie schnell dieselben auflebten und nunmehr in jeder Hinsicht normal erscheinen.

Die Erklärung, warum meine Resultate so gut sind, ist wohl auch darin zu suchen, dass ich nicht allein grosse Schnitte mache, um alles verdächtige Gewebe ausgiebig entfernen zu können, sondern namentlich *in der offenen Wundbehandlung*.

Die Gewebe, in welchen eiternde Drüsen eingebettet sind, haben wenig Neigung zur Heilung per primam, obgleich ich nicht in Abrede stellen will, dass es möglich ist, dieselbe bisweilen zu erreichen.

Es erschien mir essentiell, dass man, nachdem man das erkrankte Gewebe entfernt hat, das ganze Operationsterrain mit einer 8procentigen Chlorzinklösung in Contact bringt und dann mit Jodoformgaze (50%) ausstopft.

Machen wir uns doch klar, was wir thun, wenn wir die Wundränder vernähen und ein oder mehrere Drainröhrchen einlegen! Wir verzichten:

1) Auf den sekretbeschränkenden und ganz charakteristischen anti-tuberkulösen Einfluss des Jodoforms, welcher nur erreicht werden kann, wenn derselbe in enger Verbindung mit den Geweben bleibt, da es doch keine sogenannte Jodoformwirkung par distance giebt. Die Gaze, welche die vernähte Wunde und die äusseren Enden der Drains bedeckt, hat eben nur den Zweck, die *Zersetzung der Wundsekretion in der Gaze selbst* zu verhüten, bleibt aber ohne jeden Einfluss auf die Wunde oder gar die Cavität.

2) Auf die absorbirenden Eigenschaften der Gaze, welche doch auch von grossem Werth ist. Wenn man ausstopft, so wird jedes kleine Eiterpartikelchen von der Gaze aufgesogen und, wenn die Verpackung so zu sagen ordentlich vorgenommen worden ist, so soll alle Sekretion auch in der grössten Wundhöhle *in der Gaze* und nicht in der Höhle sein, d. h. die letztere muss vollständig trocken sein und wie geleckt, sit venia verbo! erscheinen. Hierbei ist auch in Betracht zu ziehen, dass Trockenheit der intimste Bakterienfeind ist.

Ein Drainrohr besitzt leider nicht die Höflichkeit, die Sekretion „herauszuziehen“, wie das Laienpublikum so gern sich auszudrücken beliebt. Es existirt kein mystischer Magnetismus in einem Gummirohr, welcher den Eiter anziehen oder gewissermassen beständig aspiriren möchte. Das Sekret passirt vielmehr ein Drainrohr nur dann, wenn es *im Uebermass* von der Cavität producirt wird. Ein Theil bleibt sicherlich immer zurück. Hiermit ist dann der erste Schritt zur Eiterretention schon geschehen.

Die Erfahrung vergangener Jahre hat mich genügend darüber aufgeklärt, wie viel unnöthige Arbeit ich im beständigen Aendern der Antiseptica oder der Verbände leistete, wie unzählige Male ich Auslöffelungen vorzunehmen oder Gegenincisionen zu machen hatte, so dass eine Jahre lange Behandlung für mich nichts Erstaunliches war.

Seitdem ich die oben geschilderten Principien adoptirt habe, beschränkt sich die Durchschnittsdauer der Heilung auf fünf Wochen!

Ich möchte dem hinzufügen, dass ich die *Irrigation auch längst aufgegeben habe*, denn die Wundflächen sehen so trocken und rein aus, dass bei dem besten Willen nichts mehr davon abzuwaschen ist.

3) Wir entledigen uns der nicht zu unterschätzenden Möglichkeit, unser Operationsterrain nach der Hand sorgfältig zu beobachten, sobald wir es durch die Naht geschlossen haben.

Gerade, wie man grosse Schnitte ausführt, um nicht bloss jede zur Exstirpation bestimmte Drüse fühlen, sondern auch *sehen* zu können, so, glaube ich, sollte man auch bei der Nachbehandlung im Stande sein, immer hineinzusehen um, wenn man aus Versehen verdächtiges Gewebe zurückgelassen hat, dasselbe noch nachträglich als solches erkennen und excidiren zu können.

Es kann vorkommen, dass bald nach der Operation die Wundfläche mit einem dicken Lager schlecht granulirenden, tuberkulös aussehenden Gewebes bedeckt wird. Hier ist der wiederholte Gebrauch von Chlorzink und des scharfen Löffels indicirt.

Den Umstand möchte ich ferner hervorheben, dass die Narben selbst der grössten Incisionen gar nicht so gross oder so hässlich zuletzt aussehen, als man von vornherein hätte erwarten sollen. Wahrscheinlich ist dies theilweise der Rapidität des Heilungsprocesses zuzuschreiben.

Die Verbände wurden Anfangs in der Regel jeden zweiten, später nur jeden dritten oder vierten Tag gewechselt.

Nachdem die Wundhöhle in allen ihren Ecken ausgestopft ist, wird sie von einem Stück Moospappe bedeckt, welche den Hals rings herum einhüllt. Dieses Verbandmaterial besitzt ausser seiner ausgezeichneten Absorptionskraft (es saugt beiläufig erwähnt fünf mal mehr Flüssigkeit auf, als irgend eine Gaze) die Eigenschaft, *sich den Contouren des Körpers zu adaptiren, falls man es bloss einen Moment ins Wasser steckt und nicht erst aufquellen lässt*. Es immobilisirt dann beinahe so gut, wie eine Gipsravatte, vor welcher sie den grossen Vortheil der Absorptionsfähigkeit und der viel grösseren Leichtigkeit besitzt.

Meine Resultate stehen in schroffem Gegensatz zu denen Fränkels, welcher behauptet, dass die Heilungsdauer tuberkulöser Drüsen im Durchschnitt drei bis vier Jahre beträgt.

Wenn man die unläugbare Thatsache in's Auge fasst, dass alle tuberkulösen Halsfälle früher oder später Lungen- oder allgemeine Tuberkulose nach sich ziehen müssen, so ist es mir bei allem geziemenen Respekt vor meinen Collegen unbegreiflich, wie viele derselben immer noch anrathen, erst den Körper kräftig zu ernähren oder, um mich eines Amerikanismus zu bedienen, „aufzubauen“ und erst später eine Exstirpation vorzunehmen. Ich wäre begierig zu erfahren, wie oft es überhaupt vorkommt, dass solche Patienten sich dann gesundheitsstrotzend an das Messer lieferten. Das zeigt ein entschieden unge-

nügendes Verständniss der pathologischen Vorgänge bei den tuberkulösen Drüsen und bringt uns auf den therapeutischen Standpunkt der guten alten Familientante, welche, „um dem Patienten ja nicht zu schaden, ihn sterben lässt.“

Innerlich pflge ich Roncegnowasser durch die Sommermonate und hellen norwegischen Leberthran (niemals in Emulsion) durch den Winter zu verabreichen. Wo sich die leisesten Magenstörungen bemerkbar machen, setze ich den Leberthran aus und suche mich mit syrupus ferri jodati zu behelfen.

Zu gleicher Zeit lasse ich jeden Patienten täglich ein Seesalzwasserbad nehmen. (1 bis 5 Pfund auf 1 Vollbad) und womöglich Jahrelang fortsetzen.

KOCH'S Tuberkulin und KLEB'S Tuberkulocidin wurden vielfach, jedoch ohne zufriedenstellenden Erfolg, versucht.

#### Casuistik.

Hyperplastisches Lymphom: (57 Fälle, 39 männlich, 18 weiblich.) Unter diesen befanden sich 6 unterhalb des Alters von drei, 24 zwischen drei und dreizehn, 20 zwischen dreizehn und zwanzig und 7 über fünf- und zwanzig Jahren.

*Mit Ausnahme von 14 waren Alle im Flachland geboren oder hatten zumeist daselbst gelebt.*

26 stammten von der Seeküste oder hatten meistens daselbst gewohnt, 14 waren in Russland, 12 in Oesterreich, 8 in Deutschland, 20 in New York und 3 in anderen Ländern geboren.

Bei 26 waren die Drüsen links, bei 21 rechts und bei 10 beiderseits situiert. In 7 Fällen waren früher schon Operationen vorgenommen worden.

Zwei Mal musste der Sternocleidomastoideus durchtrennt werden. Nach der Exstirpation wurden die Muskelenden jedes Mal wieder durch die Naht vereinigt.

40 Fälle wurden bei dem Gebrauch von Roncegnowasser, Leberthran, Seesalzbädern und der Applikation von Jodoformcollodium geheilt.

Statt des Letzteren wurde auch öfter grüne Seife angewendet, deren Schaum über Nacht über der Drüsengegend liegen blieb.

15 wurden durch Jodoformätherinjektion hergestellt. Einige Drüsen erreichten zwischen 20 und 30 Einspritzungen.

In zwei Fällen, in welchen ich in Folge der grossen Nervosität der Patienten das Drüsencentrum verfehlte, vertheilte sich der Jodoformäther direkt unter der Haut, wodurch Hautangrän in geringer Ausdehnung erzeugt wurde, ein Vorkommniss, welches bei erhöhter Sorgfalt meinerseits vielleicht hätte vermieden werden können.

Sämmtliche Patienten beklagten sich nach der Injektion über den grossen Schmerz, welcher übrigens niemals länger als eine Minute anhielt.

Nur in zwei Fällen, bei welchen die Drüsenschwellung schon über ein Jahr bestanden hatte, bevor Behandlung in unserer Abtheilung nachgesucht wurde, konnten wiederholte Einspritzungen wohl eine Abnahme, jedoch keinen völligen Schwund der Tumoren bedingen, wesshalb dieselben schliesslich auf operativem Wege entfernt wurden.

Unter neun Fällen konnte ich eine tuberkulöse Anamnese eruiren.

Von grossem Interesse schien es mir zu sein, dass man bei den meisten dieser Fälle eine originäre Ursache für die Drüsenschwellung nachweisen konnte. So war in drei Fällen eine Dermatitis, in vier ein Eczem, in sechs ein entzündlicher und in vier ein geschwüriger Prozess vorhanden, fünf waren als Folgeerscheinungen von Scharlach und sechs als Folge von Diphtherie aufzufassen.

Soweit die Aetiologie in Frage kam, zeigte sich der Ausdruck „Scropheln“ insofern praktisch, als er den Patienten gegenüber einen sehr bequemen Deckmantel für unsere Ignoranz in manchen Fällen bildet.

Eiternde Drüsen. (Irritirende Ursache nachweisbar.)

Neunzehn Fälle, unter denen sechs von Eczem, fünf von Dermatitis, vier von entzündlichen und vier von ulcerativen Prozessen abhingen.

(Elf männliche und acht weibliche.)

Alle diese Fälle wurden mit Hilfe von Incision, Auslöffelung und Ausstopfung mit Jodoformgaze hergestellt.

Sechs derselben waren Kinder unter drei, sieben unter dreizehn und sechs über dreizehn Jahren.

Fünfzehn waren im Flachland geboren (oder hatten zumeist daselbst gewohnt); darunter gehörten dreizehn der Seeküste an, fünf kamen von Russland, vier von Oesterreich, drei von Deutschland, sechs von New York und einer von der Schweiz.

Bei zehn Individuen waren die Tumoren links, bei sieben rechts und bei zweien beiderseitig; bei viere waren schon früher Operationen vorgenommen worden; bei vier Fällen waren auch die Axillar- sowohl als die Inguinaldrüsen hypertrophisch.

Eiternde Drüsen. (Wahrscheinlich tuberkulöser Natur.) 124 Fälle (81 männlich, 43 weiblich.)

Unter diesen befanden sich 44, welche noch nicht drei Jahre alt waren, 28 zwischen dem Alter von drei und dreizehn, 24 zwischen dreizehn und fünfundzwanzig, 17 zwischen fünfundzwanzig und fünfzig Jahren und 11 oberhalb dieser Altersgrenze.

Auffallender Weise waren 115 von diesen Fällen entweder im Flachland geboren oder hatten zumeist dortselbst gelebt.

Nur 19 waren im Gebirge geboren oder auferzogen, während 82 von der Seeküste stammten. 31 waren in Russland, 22 in Oesterreich, 26 in Deutschland, 39 in den Vereinigten Staaten und 6 in anderen Ländern geboren.

Bei 59 waren die Drüsen links, bei 19 rechts und bei 17 beiderseits situirt.



28 Fälle waren schon vorher operativer Behandlung unterzogen worden.

39 Patienten zeigten ausserdem Vergrösserungen der Achsel- und Leistendrüsen.

Bei 29 Fällen, in welchen ich nicht im Stande war, von vornherein den Eiterungsprocess zu constatiren, hatte ich wiederholte und erfolglose Jodoforminjektionen versucht, bevor ich zur Exstirpation schritt.

Fünf Mal wurde der Sternocleidomastoideus durchschnitten und nach vollendeter Exstirpation wieder zusammengenäht.

Die innere Drosselader musste zweimal vor der Durchschneidung und einmal bloss temporär unterbunden werden.

Bei 34 Fällen wurden drei oder weniger Drüsen entfernt, bei 55 zwischen drei und sechs, bei 25 zwischen sechs und zehn und bei 12 mehr als zehn (in einzelnen Fällen zwischen dreissig und fünfunddreissig) Drüsen entfernt.

Bei 21 Fällen hatte ich die Exstirpation zu wiederholen, indem ich nachbarliche Drüsen entfernte, welche zur Zeit der ersten Operation entweder kaum sicht- oder fühlbar waren oder irrthümlich von mir übersehen worden waren.

Bei 63 Patienten erweckte die Familiengeschichte schon den Verdacht der Tuberkulose.

74 Kranke hatten häufige Attaquen von Bronchitis, Pneumonie oder Pleuritis gehabt oder waren chlorotisch gewesen.

Alle Patienten ohne Ausnahme hatten anämisches Aussehen und waren lang und dünn. 29 waren gleichzeitig rhachitisch, 31 litten an chronischer Rhinitis.

Erwachsene klagten in der Regel über Mattigkeit und schlechten oder mässigen Appetit.

Die Operationen wurden ausnahmslos in der Narkose ausgeführt. Erwachsene erhielten Aether. Kinder unter sechs Jahren Chloroform, gemäss dem Hausgesetz an der hiesigen Postgraduate Universität — eine Verordnung, welche wohl verdient nachgeahmt zu werden.

Zwei Patienten (cfr. Krankengeschichte) starben, 19 stehen noch unter Behandlung und befinden sich wohl.

Die folgenden Fälle mögen als Illustration dienen :

Fall 1. Sarah R., 16 Jahre alt, von dünner und langer Statur, geboren in Russland. Flachland. Eltern am Leben und gesund. (Älterer Bruder von mir letzten Sommer—1892— wegen Caries claviculae erfolgreich operirt. Menstruation seit dem dreizehnten Jahre.

Vor fünf Jahren wurden von mir an der Patientin ungefähr acht subauriculäre Drüsen, welche bereits suppurirten, entfernt. Gummirohrdrainage damals. Heilung nach 11 Monaten. Im December 1891, nachdem vollständige Euphorie vorhanden gewesen war, zeigten sich die Drüsen derselben Region vergrössert.

Jodoformäther, sofort injicirt, brachte dieselben nach siebenmaliger Anwendung zum Verschwinden. Zu gleicher Zeit war auf interne Behandlung Gewicht gelegt worden.

Im Januar 1893 wurde Patient wiederum vorstellig, da in der gleichen Gegend eine geschwollene Drüse sich bemerkbar gemacht hatte. Dies Mal genügte eine dreimalige Einspritzung zur Heilung.

Fall 2. Fred. Z., 19 Jahre alt, geboren in Deutschland (Ebene). Familiengeschichte günstig. Seit fünf Monaten war eine langsam wachsende Geschwulst im linken oberen Halsdreieck erschienen. Die von mehreren Collegen angegebene Behandlungsmethode hatte in Jodpräparaten, innerlich und äusserlich angewandt, bestanden.

Ein anerkannt tüchtiger Arzt überwies mir den Patienten unter der Diagnose „Fibrom.“

Das Aussehen des Kranken war anämisch, Appetit schlecht, grosse Schwäche. Temperatur 101. Puls 106. Aspiration des sehr harten und unbeweglichen Tumors ergab Eiter. Vertikale Incision, Auslöffelung und Ausstopfung mit Jodoformgaze. Vollständige Heilung nach zwei Monaten.

Diagnose: Eitrige Schmelzung einer oder mehrerer Drüsen, einen sogenannten kalten Abscess formirend.

[Vor Kurzem wurde mir noch berichtet, dass der Patient sich des besten Wohlseins erfreut.]

Fall 3. Joseph N., 17 Jahre alt, lang und dünn, in Russland geboren (Ebene), sechs Jahre in den Vereinigten Staaten, Familiengeschichte günstig.

Vor drei Monaten beobachtete er in der Mitte des Halses rechterseits eine kleine weiche Geschwulst, welche langsam und ohne Schmerz zu verursachen wuchs.

Mehrere Monate lang wurde dieselbe vom Hausarzt medikamentös behandelt und, als keine Besserung eintrat, an mich unter der Diagnose Hydrocele colli überwiesen. Der betr. College hatte unvorsichtiger Weise dem Patienten versprochen, dass einige wenige Injectionen ihn herstellen würden.

Eine am 3. Mai 1892 auf unserer Abtheilung vorgenommene Untersuchung ergab einen hühnereigrossen, fluctuirenden Tumor im rechten oberen Halsdreieck. Ein Theil davon konnte weggedrückt werden. Beweglichkeit war nicht vorhanden, eine Aspiration förderte Eiter zu Tage, so dass es klar war, dass wir es mit einem wahrscheinlich durch eine vereiterte Drüse verursachten kalten Abscess zu thun hatten. Auslöffelung und Jodoformgaze stellten den Patienten nach zehn Wochen völlig her.

Fall 4. Agathe S., 65 Jahre alt, Wittwe. Enbonpoint. In Deutschland (Ebene) geboren. Dreissig Jahre in New York. Familiengeschichte ergibt nichts Abnormes. Von sechsen ihrer Kinder waren zwei und zwar früh gestorben, eines an Meningitis, das andere an Pneumonie.

Pat. ist bis vor neun Monaten stets wohl gewesen, bis sie in ihrer linken Supraclaviculargegend eine Geschwulst entdeckte, welche langsam an Grösse zunahm. Unbedeutende Schmerzhaftigkeit seit den

letzten zwei Monaten. Behandlungsmethoden verschiedenartig. Zugewiesen unter der Diagnose Carcinom.

Am 17. April 1892, als Pat. zum ersten Mal bei uns vorstellig wurde, fiel die grosse Hinfälligkeit, überhaupt das kachektische Bild auf.

Temperatur 101; Puls 90. Das Schlüsselbein präsentirte in seiner ganzen Länge die Basis einer harten Geschwulst von der Grösse des Kopfes eines neugeborenen Kindes. Nach oben erstreckte sich dieselbe in einer elliptischen Form bis zum Unterkieferwinkel. Beim Wenden des Kopfes traten stets Schmerzen ein, bei ruhiger Haltung nur bisweilen. Fluctuation ist nicht vorhanden. Die Aspiration an drei verschiedenen Punkten fördert jedesmal Blut zu Tage. Beweglichkeit ist nicht vorhanden. Obgleich einige Symptome zu Gunsten einer Diagnose auf Krebs sprechen, so hielt ich es doch für wahrscheinlicher, dass es sich um tuberkulöse Drüsen handelt. Bei Carcinom hätte man wohl auch nach sechs Monaten eine Infiltration nachbarlicher Drüsen erwarten dürfen und dann würde die Oberfläche der Geschwulst nicht so gleichmässig gewesen sein. Bei der Operation, welche mit einem Thürflügelschnitt eröffnet wurde, wies ich elf Drüsen nach, von denen neun bereits käsig degenerirt waren. Auslöffelung und Jodoformgaze stellten die Patientin in zehn Wochen her. Bis Dato ist dieselbe wohl geblieben.

Fall 5. Elisabeth J., 57 Jahre alt, Hausfrau. Dünn und lang.

In Deutschland (Hügelland) geboren. In New York seit 47 Jahren Die Familiengeschichte ergibt nichts Abnormes. Von ihren vier Kindern starb eines an Bronchitis im frühen Kindesalter. Sie selbst hatte eine Pneumonie vor 11 Jahren überstanden.

Vor acht Monaten bemerkte sie in der Mitte ihrer rechten Halsseite eine kleine schmerzlose Geschwulst, welche langsam wuchs.

Seit den letzten zwei Monaten trat hie und da eine leichte Schmerzhaftigkeit ein.

Monate lang hatte Patientin sich selbst mit Leinsamenumschlägen behandelt, bis die Grössenzunahme sie endlich ängstlich machte, so dass sie ärztlichen Rath nachsuchte, welcher in der Mittheilung bestand, dass es sich „um einen Krebs handle, welcher nur durch eine eingreifende Operation geheilt werden könne.“

Am 15. Februar 1892, als die erste Untersuchung in unserer Abtheilung vorgenommen wurde, konnte grosse Mattigkeit und schlechter Appetit der kachektisch aussehenden Patientin constatirt werden. Das obere Halsdreieck wurde von einem harten Tumor von der Grösse einer Mannesfaust eingenommen. Leichte Beweglichkeit ist ausführbar; Wenden des Kopfes jedoch absolut unmöglich; Temp. 100,5, Puls 94; eine drei Mal vorgenommene Aspiration ergab stets Blut; keine Nachbardrüsen infiltrirt; der gleichmässig erscheinende Tumor zeigt eine glatte, kugelige Oberfläche. Diagnose: Infiltration durch tuberkulöse Drüsen verursacht.

Die Entfernung war recht schwierig. Nach einer T-förmigen Incision musste der Sternocleidomastoideus getrennt und die vena jugu-

laris interna vor der Durchschneidung unterbunden werden. Offene Behandlung. Vollständige Genesung nach drei Monaten. Vor wenigen Wochen wurde über den Status presens durchaus günstig berichtet.

Fall 6. Anton B., 21 Jahre alt; lang und dünn; in Böhmen (Ebene) geboren; seit zwei Jahren in Amerika; Familienhistorie unbekannt; leidet seit vier Jahren an „Drüsenvereiterung.“ Patient gibt an, dass er horribile dictu! längere Zeit im Lande der Zigeuner mit Umschlägen behandelt wurde, welche horribile dictu! aus den getrockneten Faeces von Kühen bestanden und durch Anfeuchten mit lauwarmem Wasser als Priesnitz'sche Cravatte figurirten. Trotz dieser ingenüösen Therapie, welche übrigens, was Ausstrahlen feuchter Wärme sowohl als Billigkeit betrifft, ihres Gleichen suchen dürfte, machte die Vereiterung bedeutende Fortschritte. Am 9. December 1892, als Patient unter unsere Beobachtung gelangte, zeigte derselbe ein anämisches Aussehen, war hinfällig, hatte eine Temperatur von 101 und einen Puls von 106. Die Submaxillardrüsen waren von einem Unterkieferwinkel zum anderen infiltrirt und hatten eine Ausdehnung von Haselnuss- bis Gänseeigrösse. Nicht weniger als siebzehn Fistelgänge mündeten in der infiltrirten Gegend und vergrösserten die Circumferenz des ganzen Halses nach Art eines altspanischen Halskragens, wie man ihn oft auf den Van Dyk'schen Gemälden sieht, so enorm, dass man im ersten Moment den Eindruck gewann, als ob der Kopf bis in die Schultern hinein eingetrieben worden wäre.

Diagnose: Tuberkulöse Halsdrüsen mit Infiltration des Bindegewebes, Eiterretention. Entstellende Narben um die Fistelöffnungen herum.

Die Operation bestand in einer Incision von einem Unterkieferwinkel zum anderen, Excision sämmtlichen Narbengewebes, Entfernung von 19 Drüsen, Auskratzung verschiedener Retentionstaschen, in welchen vorher ebenfalls Drüsen vereitert waren.

Tags darauf stieg die Temperatur auf 104,5. Der Puls auf 130.

Da ich Eiterretention vermuthete, so wechselte ich den Verband, fand jedoch nichts Auffallendes.

Am darauffolgenden Tag, als die Fiebersymptome fortbestanden, wurde der Verband abermals entfernt. Dieses Mal entdeckte ich am hinteren Rand des linken Sternocleidomastoideus an seiner Insertionsstelle eine leichte Anschwellung. Ein Einschnitt darauf legte eine eiternde Drüse dar, welche unglücklicher Weise bei der Operation übersehen worden war.

Patient erholte sich nun sehr rasch. Einen Monat später war die linke Seite bereits völlig ausgeheilt. Zwei Cavitäten rechterseits fuhren noch fort zu eitern und mussten zwei Mal nachträglich ausgelöffelt werden.

Am 14. Januar trat plötzlich Schüttelfrost und Anschwellung von vier Drüsen der Unterkiefergegend ein. Nachdem auch diese extirpirt worden war, trat ungetrübte Euphorie und Verschluss aller

Hohlräume ein bis auf einen, welcher wiederholt mit achtprocentiger Chlorzinklösung nunmehr cauterisirt wird.

Patient befindet sich noch in Behandlung, hat jedoch 24 Pfund an Gewicht zugenommen, ist kräftig, zeigt normale Temperatur und hat vorzüglichen Appetit.

Fall 7. Benjamin K., 20 Jahre alt, schmal gebaut und von mittlerer Grösse. In Russland geboren (Ebene). Familiengeschichte günstig. Pat. war immer gesund, bis er vor zwei Jahren eine eiternde Drüse, wie er berichtete, unter dem linken Unterkieferwinkel bekam. Eine Exstirpation wurde zweimal (zuletzt in einem der grössten hiesigen Hospitäler) vorgenommen. Die Wunde war das erste Mal total, das zweite Mal partiell vernäht worden. Ausserdem hatte man bei der zweiten Operation Gummidrainage angewendet. Das erste Mal waren die Ränder prompt auseinandergewichen, das zweite Mal, vor nunmehr acht Monaten, war eine Fistel zurückgeblieben, welche gelben Eiter secernirte.

Am 11. Februar 1891 suchte er unseren Rath nach. Sein Aussehen war anämisch, der Appetit gut; sein Allgemeinbefinden befriedigend, Puls und Temperatur normal.

Die Operation bestand in der Wegnahme des sämmtlichen dicken Narbengewebes und des gänzlichen verhärteten Bettes einer macerirten Drüse, welche leicht mit dem scharfen Löffel herausgehoben werden konnte. Jodoformgaze. Vollständige Heilung schon nach 3 Wochen! (Patient hat seit Kurzem Symptome von Nierensteinen gezeigt.)

Fall 8. Gussie W., 5 Jahre alt, dünn und lang, sehr anämisch, in New York geboren. Seit vier Monaten Bildung einer schmerzlosen Geschwulst in der rechten Subauriculargegend. Bisherige Behandlung war exspektativ gewesen.

Am 10. August stellte sie sich zum ersten Mal auf unserer Abtheilung ein und zeigte damals zwei confluirende weiche Geschwülste, von denen die untere von Gänseei-, die obere von Hühnereigrösse war. Deutliche Fluktuation. Temperatur normal. Puls 106. Durch eine lange Incisionswunde wurden zwei Esslöffel voll gelben Eiters entleert und unterhalb der Eiterhöhle konnten noch sieben infiltrirte Drüsen extirpirt werden. Die sehr heruntergekommene Patientin besserte sich rasch, bis sie 4 Wochen später plötzlich an croupöser Pneumonie erkrankte.

Es machte mir den Eindruck, als ob während des Entzündungsprocesses die Cavität eine grössere Tendenz zur Heilung zeigte, als vorher. Vollständige Heilung in zwei Wochen nach Beginn der Pneumonie, und gleichzeitig auch Schluss der Cavität. Die Behandlung der letzteren war während der Dauer der Pneumonie die gleiche als vorher geblieben.

Fall 9. Arnold W., 11 Jahre alt, lang und dünn. Geboren in Deutschland (Ebene). Familiengeschichte gut.

Vor sieben Jahren Drüsenvereiterung in der rechten Subauriculargegend, wovon noch jetzt grosse, bis in die Wangengegend reichende,

entstellende Narben zurückgeblieben sind. Die Behandlung damals wurde von einer „weisen Frau“ geleitet. Vor fünf Jahren Hüftgelenkresektion im New York Hospital. (Zweifellos wegen Fungus.)

Seit sechs Wochen Drüseninfiltration in der rechten Subauricular-gegend.

Am 25. Februar 1893 zum ersten Mal bei uns untersucht. Anämisches Aussehen, Hinfälligkeit. Temperatur 100, Puls 102. In der rechten Subauriculargegend eine hühnereigrosse, harte Geschwulst. Gang schleppend; linkes Bein, in welchem Resektion vorgenommen worden war, um einen Zoll verkürzt. In toto ein vorzügliches Resultat.

Exstirpationen von sieben zusammenhängen, verkäsenden Drüsen und Excision der alten Narben. Jetzt, vier Wochen später, Heilung beinahe vollendet.

Fall 10. William N., 14 Jahre alt, lang und dünn. In New York geboren und aufgewachsen. Vater war, 30 Jahre alt, an Schwindsucht gestorben. Einziges Kind.

Vor vier Jahren hatte Patient eine Pneumonie überstanden. Ungefähr vor einem Jahre bemerkte er in der rechten Oberschlüsselbein-gegend eine kleine, schmerzlose Geschwulst, welche langsam an Ausdehnung gewann.

Am 4. April 1892, an welchem Tag er zum ersten Mal bei uns untersucht wurde, zeigte er ein anämisches Aussehen und klagte über grosse Schwäche und Appetitverlust.

Seit den letzten drei Wochen hatte der Tumor angefangen schmerzhaft zu werden. Die Temperatur belief sich auf 102, der Puls betrug 116. Rechterseits setzten die Subauricular, die Submaxillar und die Supraclaviculardrüsen eine Geschwulst von der Grösse des Kopfes eines neugeborenen Kindes zusammen. Keine Fluktuation. Auf der linken Seite zeigten sich die Submaxillardrüsen vergrössert.

Eine T-förmige Incision wurde rechterseits längs des hinteren Randes des Sternocleidomastoideus vorgenommen und 14 Drüsen, sämtlich im Stadium käsiger Degeneration begriffen, unter grossen Schwierigkeiten ausgeschält.

Unterhalb der Supraclaviculardrüsen wurde ein Abscess, welcher ungefähr 2 Esslöffel voll gelben Eiters enthielt und der sich bereits ungefähr einen Zoll tief bis unterhalb des unteren Randes des Schlüsselbeins gesenkt hatte, eröffnet.

Zu gleicher Zeit entfernte ich noch 4 degenerirte Drüsen, welche sich in der linken Supraklaviculargegend etablirt hatten.

Nach der Operation befand sich Patient ausserordentlich wohl, bis er 3 Wochen später Fieber bekam und Nachts zu deliriren anfang. Wiederholtes Erbrechen und beginnende Facialparese eröffneten schliesslich den Reigen von Cerebralsymptomen. Schnell entwickelte sich eine Meningitis, welcher Patient — 5 Wochen nach der Operation — erlag.

Fall 11. Amanda K., 15 Jahre alt, von langer und dünner Statur, in New York geboren und aufgewachsen. Familiengeschichte günstig.

Ihre Schwester, 6 Monate alt, leidet an kleinen Lymphomen des Halses.

Menses seit dem dreizehnten Jahre. Seit einem Jahre Störung des Allgemeinbefindens. Behandlung wegen Chlorose während der letzten 6 Monate. Mehrere Drüsen in der Mitte des Halses situiert, waren übrigens seit Jahren von den Eltern beobachtet worden, ohne dass sie denselben irgend welche Wichtigkeit beigelegt hätten, so dass dieselben niemals Gegenstand ärztlicher Behandlung wurden. Erst vor 6 Wochen hatten dieselben angefangen sich zu vergrössern und temporär recht schmerzhaft zu werden. Vor 2 Wochen hatte der Hausarzt eine Incision vorgenommen, nach welcher vorübergehend grosse Erleichterung eingetreten war.

Nunmehr wurde das Allgemeinbefinden viel schlechter und die Schwellungen nahmen zu. Am 9. Oktober 1892, als ich Patientin zum ersten Mal untersuchte, fiel ihr anämische Aussehen und die grosse Hinfälligkeit auf. Die Temperatur betrug 103, der Puls 130.

In der linken Supraklavikulargegend befand sich eine harte, gleichmässige Geschwulst von Gänseeigrösse. Dieselbe war unbeweglich und zeigte keine Fluktuation. Im oberen Halsdreieck derselben Seite eine kleine Oeffnung, welche von einem Gummidrain ausgefüllt war, durch welchen sich auf Druck ein Theelöffel voll grauen Eiters entleeren liess.

Die Operation bestand in der Entfernung von 7 mehr oder weniger käsig entarteten Drüsen und infiltrirten Gewebes, und in der Auskratzen der Cavitäten.

Bedeutende Erleichterung und Besserung des Allgemeinbefindens trat alsbald ein; vier Wochen darnach jedoch schollen mehrere Supraklavikulardrüsen der anderen Seite an. Zu gleicher Zeit stieg die Temperatur, welche bisher sich unter 100 gehalten hatte, wieder auf 103.

Mein Vorschlag, von neuem zu exstirpiren, wurde abgelehnt. Fünf Wochen später wurde der Husten, welcher zwar schon seit einem Jahre bestanden hatte, aber keine physikalischen Symptome nachweisen liess, häufiger. Der Hausarzt berichtete mir schliesslich, dass Patient in zwei Monate nach der Operation an Lungenschwindsucht zu Grunde gegangen war.

(Fortsetzung folgt.)

## REFERATE.

## Ohrenheilkunde.

Referirt von Dr. A. SCHAPRINGER.

- 1) Beiträge zur Casuistik der traumatischen Trommelfellrupturen.  
 Von Julius Veith in München. (Münchener medicinische Abhandlungen, 32. Heft, 1892.)

Das dem Verfasser vorliegende Material bestand aus 43 Fällen von traumatischer Trommelfellruptur. Diese bilden etwa 0,66 Procent einer Gesamtzahl von 6500 von Ohrenkranken, also einen relativ geringen Procentsatz. Die grösste Anzahl von Rupturen fand sich bei Patienten im Alter von 20 bis 35 Jahren. Verf. findet es selbst höchst auffallend, dass unter den 43 Fällen von Ruptur nur ein einziger aus dem Lebensabschnitt von unter 15 Jahren, und nur zwei aus demjenigen zwischen dem 15. und 20. Lebensjahre stammen, beides Lebensabschnitte, in denen körperliche Züchtigung, und dabei die ebenso beliebte, wie verwerfliche Ohrfeige, wohl am häufigsten zur Anwendung gelangt. Zur Erklärung dieser Thatsache zieht Verf. die in der Jugend ziemlich rasch erfolgende Heilung, andererseits die geringere Selbstbeobachtungsfähigkeit der Kinder heran.

In vier Fällen handelte es sich um directe Verletzungen des Trommelfells durch Eindringen eines Fremdkörpers. Die Localisation der Perforationsöffnung war hier zweimal im vordern untern, einmal im vordern obern, und einmal an der Grenze zwischen vordern untern und hintern untern Quadranten. Mit diesen Localisationsbefunden stimmt das Ergebniss der von ZAUFGAL angestellten Leichenversuche mit direkten Verletzungen des Trommelfells gut überein. Eine zweite Kategorie von Trommelfellrupturen umfasst diejenigen Perforationen, welche durch Fortpflanzung einer Fractur der Schädelknochen auf das Trommelfell entstanden sind, oder durch starke Erschütterung derselben (Pferdehufschlag u. s. w.). In eine dritte Klasse gehören Perforationen durch plötzliche Verdichtung der im äussern Gehörgange enthaltenen Luft. Hierher gehörten 32 aus der Gesamtzahl von 43, also ungefähr 75 Procent, aller traumatischen Rupturen. Unter diesen entstanden 27, d. i. 58 Procent, infolge von Schlägen auf das Ohr mit der Faust oder der flachen Hand. In 4 Fällen war die Ursache gewaltige Detonationen in nächster Nähe des Ohres. Bei den zur dritten Klasse gehörigen Fällen war der Sitz der Perforation 15mal vor dem Hammergriff und in nur 5 Fällen hinter demselben. Dieses Beobachtungsergebniss widerspricht dem von POLITZER angegebenen, der die Ruptur häufiger hinter dem Hammergriff antraf, stimmt aber überein mit den Beobachtungen von SCHALLE, der neunmal die vordere und nur viermal die hintere Trommelfelhälfte betroffen fand. Alle Beobachtungen stimmen jedoch darin überein, dass die untere Hälfte häufiger perforirt erscheint, als die obere.

Bei den auf indirectem Wege entstandenen Rupturen fand sich die Form des Risses in der grössten Zahl der Fälle länglich oval mit theils zugespitzten, theils abgerundeten Ecken. Einmal fand sich ein förmlicher Lappen herausgerissen. Die Herabsetzung der Hörschärfe schwankte in den verschiedenen Fällen von Ruptur zwischen 0,5 m. und 2,5 m. Hörweite für Flüstersprache.

Unter 32 Fällen von traumatischer Einwirkung auf das Trommelfell, in denen keine Ruptur erfolgte, fanden sich 4 Fälle von Labyrintherschütterung. Bei einem Fall von Bruch des Unterkiefers durch Fall



fand sich die seltene und interessante Complication der Alienierung der Chorda tympani, deren Symptome auch nach Vernarbung der Trommelfellperforation anhielten, zum Zeichen, dass ein Zusammenheilen der Chorda nicht eingetreten war.

Die Behandlung war eine expectative, aller irgendwie reizender Eingriffe, Ausspritzungen etc., sich enthaltende. In einem Falle, bei dem die Perforation keine Tendenz sich zu schliessen zeigte, wurde die Myringoplastik nach der von HAUG angegebenen Methode mittelst der Schalenhaut eines Hühnereies ausgeführt.

Den Schluss dieser „Beiträge“ bilden Erörterungen über die forensische Bedeutung der Trommelfellrupturen, insbesondere über den Nachweis von Simulation und Uebertreibung, ferner über den Nachweis von vor dem Trauma schon dagewesener Erkrankung des Gehörorgans, welche letztere von den Betreffenden bekanntlich häufig abgeleugnet zu werden pflegt.

2) **Labyrinthine Vertigo, with Especial Reference to its Diagnosis and Treatment.** By Charles K. Mills, Philadelphia. (Philadelphia Polyclinic, September, 1892.)

Eine klinische Vorlesung bei Gelegenheit der Vorstellung eines 52-jährigen, an Ménière'scher Krankheit leidenden Mannes. Es werden die verschiedenen Ursachen, welche unter Umständen Schwindel erzeugen können, eingehend besprochen, als da sind: Ohrenerkrankungen, Hirntumor, Pachymeningitis, Motilitätsstörungen des Auges, alcoholische, syphilitische, gichtische und senile Arteriosclerose, Anaemie, Lithaemie und schliesslich Reflexe von Nase, Rachen, Kehlkopf, Magen, Darm, Leber, Harnblase, Eierstock, Uterus, etc. — ferner die Otitis labyrinthica von VOLTOLINI. Zum Schluss werden alle Heilmittel und die besonders Anzeigen ihrer Verwendung übersichtlich aufgezählt. Ausser den Mercurialien und Jodpräparaten werden Chinin, Salicylsäure, Bromverbindungen, Arsen, Belladonna, Aconit, Antifebrin, Antipyrin, Phenacetin, Arnica, Nux vomica (Strychnin), Blutegel oder Moxen am Warzenfortsatz, etc. in Betracht gezogen. Erwähnenswerth ist, dass GRUBER in einem, bisher vereinzelt dastehenden Falle einer kräftigen Frau nach Anwendung von Chinin in grosser Gabe acutes Glaucom auftreten sah.

3) **Operative Treatment for the Relief of the Symptoms Associated with Chronic Plastic Inflammation of the Middle Ear.** By Arthur Ames Bliss, Philadelphia.

Mittheilung des Falles einer 62-jährigen, an chronischer adhäsiver Otitis media leidenden Dame, bei welcher Verf. erst die Tenotomie des Tensor tympani am rechten, und später die Excision des Trommelfells mit dem Hammer am linken Ohre ausführte. Bei letzterer Operation insbesondere fand er das electriche Licht und die Aethernarcose entbehrlich. Er brauchte eine gewöhnliche Lampe und Reflector, und zur Anästhesie genügte eine 20 procentige Cocainlösung. Die Methode der Excision war die von Mior'angegebene, zur Durchtrennung der Sehne des Tensor tympani und des Hammer-Ambossgelenks diente das BURNETT'sche Messer, und zur Entfernung des Trommelfells und Hammers die SEXTON'sche Pincette.

4) **A Case of Acute Purulent Inflammation of the Middle Ear, with Double Optic Neuritis, but without Tenderness or Swelling of, or Spontaneous Pain in the Mastoid Process, in which the Opening of the Mastoid Cells was followed by a rapid subsidence of the Optic**

**Neuritis and Cure of the Ear Disease.** By Charles J. Kipp, Newark, N. J. (Transactions of the American Otological Society, 1892.)

Der Fall betraf das rechte Ohr einer 35jährigen Frau. Es wurde erst die Paracentese des Trommelfells ausgeführt und die Lücke später wiederholt erweitert. Die Neuritis optica wurde etwa drei Monate nach dem Einsetzen der Ohrerkrankung constatirt. Zu der Zeit fühlte die Patientin Schwäche in den Beinen, ihr Gang war schwankend und sie klagte über Schwindelgefühl. Sie war apathisch und zeitweilig somnolent. Klopfende Schmerzen im Kopf. Temp. 99°, Puls 72. Keine Frostanfälle, keine Uebelkeiten. Bei der Operation fand sich Eiter im Innern des Warzenfortsatzes. Verf. betont den Vortheil wiederholter Untersuchung des Augenhintergrundes bei protrahirter Mittelohrerkrankung.

5) **Head Injuries with Aural Complications.** By J. E. Sheppard, New York. (Arch. of Otolology, Vol. XXI, No. 3, 1892.)

Krankengeschichte von vier Fällen von schwerer Kopfverletzung, wobei jedesmal Bewusstlosigkeit und Blutung aus Nase, Mund und Ohr eingetreten waren. Der nervöse Theil des Gehörapparats war anscheinend unverletzt geblieben. Die Einzelheiten sind im Original nachzusehen. Anführenswerth ist wohl der Umstand, dass es sich im zweiten der mitgetheilten vier Fälle, einen 13jährigen Knaben betreffend, um einen Splitterbruch des Schläfebeins handelte, da ein Knochenfragment durch das perforirte Trommelfell hindurch heraus-eiterte.

6) **A Case of Mastoid Disease Following an Operation for the Removal of Adenoid Vegetations.** By Gorham Bacon, New York. (Transactions of the American Otological Society, 1892.)

Eine 24jährige Patientin klagte über eine acute Halsentzündung (sore throat) und der deshalb consultirte Arzt führte ohne Weiteres die Exstirpation von adenoiden Vegetationen aus. Es entwickelte sich eine acute Mittelohr- und Warzenfortsatzentzündung, ferner — Peritonsillitis. Die Mastoiditis wich einer antiphlogistischen Behandlung, so dass es nicht zu einer Eröffnung des Knochens kam. B. rühmt die vorzügliche Wirkung des LEITER'schen Kühlapparats unter solchen Verhältnissen.

## Krankheiten des Verdauungsapparates.

Referirt von Dr. MAX EINHORN.

1) **Epikritische Bemerkungen zur Deutung des Salzsäurebefundes im Mageninhalte.** Von G. Honigmann. (Berl. klin. Wochenschrift 1893, No. 15 u. 16).

In der letzten Zeit sind bekanntlich viele neue Methoden für die quantitative Bestimmung der Salzsäuremenge (1. freie HCl und 2. gebundene HCl) aufgekommen, so die Sjöquist'sche, WINTER-HAYEM und die MARTINS-LÜTTKE'sche Methode. Alle leiden an erheblichen Fehlern und sind mehr oder weniger zeitraubend. Es lag die Frage nahe, ob nun nach genauerer Ermittlung der HCl-Quantität für die Klinik der Magenkrankheiten ein erheblicher Nutzen entsteht. H. hat nun zu diesem Behufe viele vergleichende Untersuchungen angestellt zwischen dem Ausfall der sogenannten grob empirischen und den jüngst aufgekommenen analytischen Methoden. (H. hat vornehmlich

die MARTINS-LÜTTKE'sche Methode bei den analytischen Bestimmungen angewandt). H. kommt nun durch seine Versuche zum Ergebniss, dass bei der Beurtheilung eines unter den richtigen Bedingungen ausgeleerten Mageninhalts beim Ausbleiben der Farbstoffreactionen, der chemische Nachweis der Gesammtsalzsäure nicht mehr sagt, als jene rein empirischen Proben. Der Grad der Säureinsufficienz kann bekanntlich durch Bestimmung des Salzsäurefehlbetrages durch Rücktitriren mit  $\frac{1}{10}$  normal HCl bis zum Eintritt der Farbstoffreaction constatirt werden.

2) Ueber das Vorkommen von Ammoniak im Mageninhalt. Von Th. Rosenheim. (Centralbl. für klin. Medicin 1892, No. 39.)

Die Frage, ob  $\text{NH}_3$  im Mageninhalt vorkommt, wurde bis jetzt nur für gewisse Krankheitszustände (chronische Nephritis) bejaht, für gewöhnliche Fälle dagegen verneint. R. hat nun nach Enteiweissung des Mageninhaltsfiltrates quantitative Bestimmungen des  $\text{NH}_3$ -Gehalts vorgenommen. Es zeigte sich, dass in den Magensäften Gesunder in allen Phasen der Verdauung und nach Einnahme der verschiedensten Nahrungsgemische gewisse Quantitäten Ammoniak, meist 0,1 — 0,15 pro Mille, vorhanden waren. Auch bei Magenkranken fand sich dasselbe Verhältniss vor. In HCl-haltigen Magensäften war dementsprechend mehr als doppelt soviel Salzsäure (17:36,5) durch die Base zu Ammoniumchlorid gebunden. Da Ammoniumchlorid als ein nicht zu unterschätzender Bestandtheil des Magensaftes ist, so können die bisher bekannten Salzsäurebestimmungen, welche darauf beruhen, dass man das Gesamtchlor und das an organische Basen gebundene Chlor feststellt, dann letzteres von ersterem subtrahirt, keine vollkommen genauen Resultate geben. Das Ammoniumchlorid wird hier als Salzsäure gerechnet, mithin wird der Werth für die Säure stets zu gross gefunden. Das trifft das Verfahren von HAYEM und WINTER, sowie auch das von MARTINS und LUETKE. Der Fehler beträgt über 10 Prozent.

3) Ueber das Vorkommen von Ammoniak im Mageninhalt und die Beeinflussung der neueren Salzsäurebestimmungsmethoden durch dasselbe. Von H. Strauss. (Berliner klin. Wochenschrift, 1893, No. 17.)

S. hat die, soeben berichtete, von ROSENHEIM constatirte Thatsache vom Vorkommen erheblicher Mengen Ammoniak im Mageninhalt des Menschen einer Nachprüfung unterworfen und kam schliesslich zu denselben Resultaten, wie jener Forscher. Im Mageninhalt von 10 Individuen fand sich in acht Ammoniak anwesend und zwar gewöhnlich etwa 0,17 pro Mille, einmal sogar 0,25 p. M., in zweien war kein Ammoniak. S. weist darauf hin, dass die LEO'sche Methode der quantitativen HCl-Bestimmung —, welche bekanntlich darauf beruht, dass sich die im Magensaft enthaltene „freie und gebundene“ Salzsäure bei Zusatz von Calciumcarbonat zu neutralem Chlorcalcium umsetzt, während die sauren Phosphate nicht zersetzt werden, — unter der neuen constatirten Thatsache von der Gegenwart von Ammoniak im Mageninhalt nicht leidet; alle Glühmethoden ergaben dagegen erhebliche Fehler.

4) Ueber den Nachweis des Blutes in dem Magen- und Darminhalt. Von Dr. H. Weber. (Berliner klin. Wochenschrift, 1893, No. 19.)

Um kleine Mengen selbst veränderten Blutes im Magen- oder Darminhalt (Fäces) zu erkennen, giebt W. folgendes Verfahren an: Man setzt dem zu untersuchenden Magen- oder Darminhalt (nach

Verreibung desselben in Wasser)  $\frac{1}{3}$  Volumen Eisessig zu un<sup>1</sup> schüttelt mit Aether aus. Von diesem sauren Aetherextract werden nach der Klärung einige Kubikcentimeter abgegossen und mit etwa 10 Tropfen Guajakinctur und 20—30 Tropfen Terpentin versetzt. Bei Anwesenheit von Blut wird das Gemisch blau-violett, fehlt Blut, so wird es roth-braun, oft mit einem Stich ins Grüne. Prägnanter wird die Reaction, wenn man nach dem Zusatz von Wasser den blauen Farbstoff mit Chloroform ausschüttelt.

**Haben die Karlsbader Wasser ekkoprotische Wirkung? Von Dr. Arnold Pollatschek in Karlsbad.** (Auszug aus meinem am 15. April 1893 bei dem XII. Congresse für innere Medizin in Wiesbaden gehaltenen Vortrage). [Auto-referat.]

So bekannt auch die Indicationen und Gegenanzeigen für unsere so alten Thermen geworden sind, haben präcise Kenntnisse über ihre pharmakodynamischen Eigenschaften noch immer nicht allgemeine Verbreitung gefunden. In selbst guten balneotherapeutischen Büchern findet man ungenaue und selbst conträre Ansichten über die angezogene Frage und desgleichen unter den, wenn auch ärztlich zuvor berathenen, in Karlsbad anlangenden Kurbedürftigen. Auch der ebenfalls verbreiteten und in der Literatur vorkommenden Ansicht, dass der Schwerpunkt für die therapeutische Verwendung der Karlsbader Wässer in der abführenden Wirkung ihres Glaubersalzes liege, muss ich insoferne entgegentreten, als auch den übrigen Eigenschaften derselben: ihrem Einflusse auf die verschiedensten Sekretionsorgane, ihren den Chemismus der Säfte verändernden Eigenschaften, ihrer Einwirkung auf die Oxydationsvorgänge im menschlichen Körper, die gleiche Bedeutung zukomme. Eine solvirende Wirkung der Wässer braucht nur in einem geringen Theile der zur Behandlung gelangenden Fälle tendirt zu werden, ist in anderen sogar von schädlichem Einflusse. Bloss bei 139 unter 1000 Fällen war nach meinen Krankenprotokollen die Obstipation als belästigendes Symptom notirt und nur bei 37 Kranken gab habituelle Obstipation die primäre Indication zur Karlsbader Kur. Die Wirkung der Karlsbader Wässer ist eine doppelte, eine chemische und eine physikalische, beide haben auf die Peristaltik Einfluss, sind aber nicht congruierend. Die Peristaltik ist schon im normalen Zustande von Nerveneinflüssen in besonderer Weise beeinflusst, und ist es in hohem Grade wahrscheinlich, dass sogar Endorgane der Nerven durch die reizende Wirkung der Salze und der höheren Temperatur getroffen werden. Je nach den Wärme-graden geschieht diese bald langsamer bald rascher. Zur Stütze dieser Ansicht werden die Arbeiten von Jaworskie, Nothnagel, Auerbach, Lüderitz, Trütschel und Raparetti zu Hilfe genommen. Bei den Darmbewegungen haben wir auch mit hemmenden Einflüssen zu rechnen. Auch die Peristaltik wird von hemmenden Nerven und Nerven-elementen beeinflusst, wie dies aus den näher geschilderten Arbeiten von Pflüger, S. Mayer, Basch, Johannes Müller, Ehrmann und Iser hervorgeht. Die Darmbewegungen können auch im hemmenden Sinne aufgelöst werden, wie dies Pel und Berggrün, Bechterew und Mislavsky und auch Iser nachwiesen. In der verschiedenen Art von Reizung, welche sich als theils vom Nervensystem reflektorisch veranlasste, theils als unmittelbare peristaltische Bewegung oder aber auch als Hemmung kundgiebt und bei welcher die Richtung der Resultirenden durch die Stärke der in die Aktion eintretenden chemischen und physikalischen Componenten bestimmt wird, ist die Ursache zu suchen,

warum durch die Karlsbader Kur die Darmthätigkeit auch schon unter normalen Verhältnissen verschiedenartig sich gestaltet. Die Quantität des getrunkenen Mineralwassers, dessen Dosirung und Temperatur bilden den breiten Spielraum, innerhalb dessen bald kein merklicher Einfluss, bald eine fördernde oder aber retardirende Einwirkung auf die Darmthätigkeit ausgeübt wird. Kleine Mengen lauwarmer oder gekühlten Mineralwassers haben auf die Darmentleerung keinen merklichen Einfluss. Dagegen hemmen kleine Mengen heisser Quellen (auch bei der rektalen Anwendung) die Darmausscheidung. Mittelgrosse Dosen und auch kühlere zeigen abführende Eigenschaften, nur darf die Kur nicht in brücker Weise eingesetzt werden. Im Laufe der Kur tritt dann ohnehin aus verschiedenen Ursachen eine accumulirende Wirkung ein. Grosse Mengen von Mineralwasser kommen gegenwärtig zu ekkoprotischen Zwecken nur selten zur Verwendung. Man thut besser daran, die abführende Wirkung durch Beigabe des Karlsbader Salzes zu erhöhen; die individuelle Veranlagung für Abführmittel, zumal für salinische, soll nach Möglichkeit anamnestic erhoben und erwogen werden. Einen wichtigen Factor für die Wirkung eines jeden gelinden Abführmittels bildet die inzwischen einzuhaltende Diät. Auch mit der sogenannten Karlsbader Diät darf nicht in brücker Weise verfahren werden, weil die animalische Kost Nervosität hervorruft und diese zumeist Obstipationen veranlasst; namentlich bei Nervösen (Lenke und Ewald), welche unter den Besuchern eines Bades so zahlreich sind. Auch die hohen Wasserabgaben namentlich durch Diurese und Schweissbildung müssen anderweitig ersetzt werden. Ein, die Grundursachen der Darmträgheit berücksichtigendes Kurverfahren liefert, — wenn überhaupt reparable Verhältnisse vorliegen — gute und gewöhnlich nachhaltende Resultate. Es bessert oder heilt die pathologischen Zustände und wird gar oft der Wendepunkt für eine vernünftige Lebensweise. Dagegen setzt es eine jedesmalige Zugrundelegung der vielgestaltigen pathologischen Zustände voraus, nach welchen die obige Skizze von der physiologischen Wirkung des Wassers modificirt werden muss. Im speciellen Falle darf die Rücksicht auf die Ekkoprose den eigentlichen Heilplan nicht beeinträchtigen.

## Dermatologie und venerische Krankheiten.

Referirt von Dr. H. GOLDENBERG.

- 1) Forty Cases of Psoriasis treated with Arsenious Acid. By B. Merrill Ricketts, M. D. (Journal of the American Med. Association, April 29, '93.)

Sämmtliche 40 Fälle vertrugen das Arsenik, in Form von asiatischen Pillen oder Acid. arsenic. in Solution dargereicht, ohne nennenswerthe Beschwerden. FOWLER'S Lösung wendet R. nicht an, weil dieselbe unzuverlässig in der Stärke sei. In sämmtlichen Fällen war Verf. erfolgreich; nur in einigen der hartnäckigsten Formen der Psoriasis gebrauchte er neben Arsenik Ungt. hydrargyri praec. albi local; Salben, Pflaster und andere locale Applicationen verwirft er als „vile and disgusting remedies.“ Der Vorzug der Arsenikbehandlung soll darin bestehen, dass die damit behandelten Patienten länger von Recidiven verschont bleiben.

(Wenn auch Arsenik ein häufig recht nützlich Mittel bei Psoriasis ist, so scheint es dem Ref. doch als ob R. in seinem Enthusiasmus etwas zu weit gegangen ist. Namentlich die Bemerkung, dass er, wenn er Psoriasis hätte und vor die Alternative gestellt wäre, die Er-

krankung zu behalten oder sich mit den gebräuchlichen localen Mitteln zu behandeln, das erstere wählen würde, findet jedenfalls den Beifall nur weniger Dermatologen. Arsenik ist keineswegs ein Specificum gegen Psoriasis. Während bei chronischen diffusen Fällen gegen den Gebrauch des Mittels nichts einzuwenden ist, muss darauf hingewiesen werden, dass in Fällen von Psoriasis mit starken entzündlichen Erscheinungen der Ausschlag durch Arsenik eher verschlimmert als gebessert wird. Jedenfalls spielt doch die locale Behandlung die Hauptrolle. (Ref.)

## 2) The Internal Treatment of Lupus Erythematosus with Phosphorus.

By L. D. Bulkley. (Reprint from the American Journal of the Medical Sciences, April, 1893.)

Die Mittheilungen beziehen sich auf 50, von B. während der letzten 10 Jahre beobachtete Fälle von Lupus erythematosus. Die meisten der von ihm behandelten Fälle reagirten prompt auf die Medication. In einer sehr beträchtlichen Anzahl von Fällen sah B. die Eruption unter Phosphor vollständig verschwinden. Der letztere wird in der Form der „Solutio Thompsoni“ angewandt. Die Formel (vom Ref. reducirt) lautet:

Phosphor gr. i. wird in

Alcohol absol. ʒ v. erhitzt, aufgelöst und mit einer erwärmten Lösung von:

Glycerin ʒ i. s. s.

Alcohol ʒ ii.

Essent. Menth pip. m. xxx. gemischt.

Ein Theelöffel dieser Lösung enthält 1/20 gr. Phosphor. B. beginnt mit 15 Tropfen, in Wasser, dreimal täglich. Gewöhnlich steigert er um 1—2 Tropfen pro dosi täglich, bis 30 Tropfen die Dosis bilden. Dann wird die letztere um 1 Tropfen jeden zweiten Tag gesteigert, bis 40—45 Tropfen dreimal täglich genommen werden, eine Dosis, die von den meisten Patienten ohne unangenehme Nebenwirkungen vertragen wird.

B. hält den Lupus erythematosus für eine angioneurotische Störung, bei welcher Phosphor günstig auf das Nervensystem einwirkt.

(Ref. gebraucht Thompson's Lösung, durch Dr. Bulkley angeregt, seit fünf Jahren bei Lupus erythematosus. Bei einer Anzahl von Patienten, die neben der innerlichen Behandlung mit Phosphor, local behandelt wurden, trat eine wesentliche Besserung ein, ob durch die innerliche oder die locale Behandlung oder spontan, bleibt dahingestellt. Jedenfalls darf man nicht vergessen, dass oft Lupus erythematosus-flecke spontan mit oder ohne Narbenspur verschwinden. Um von einer Heilung im idealen Sinne reden zu können, müsste der Verf. an einer genügenden Anzahl von Fällen, die nur innerlich behandelt wurden, nachgewiesen haben, dass sie recidivfrei geblieben sind. Wenn das Mittel auch nicht direct heilwirkend ist, so verdient es doch, auf Bulkley's Empfehlung hin, als die locale Behandlung unterstützend, bei Lupus eryth. angewandt zu werden. (Ref.)

## 3) Ueber Ekzem und seine Behandlung mit Zinkoel. Von Dr. Richard Drews. (Wiener med. Wochenschrift 1892, No. 51.)

Das von LASSAR angegebene Zinkoel, eine Mischung von Zincum oxydatum und Ol. olivarum, hat sich dem Verfasser bei der Behandlung

der Ekzeme des Kindesalters, namentlich der Intertrigo, sehr wirksam erwiesen. Er verordnet

Zinc. oxyd. 30,0  
Ol olivar. 50,0  
M. f. pasta moll.

und lässt diese weiche Paste, nach vorheriger Reinigung der ekzematösen Stellen mit Aq. Plumbi, mit einem weichen Tuschpinsel aufpinseln. An unbedeckten Stellen des Körpers ist keine weitere Bedeckung nöthig, bei Intertrigo wird Watte zwischen die Berührungsflächen gelegt, an den Genitalien und am Anus werden die angepinselten Stellen mit Mullbinden umwickelt.

Auch beim chronischen Ekzem des höheren Alters hat sich das Zinkoel bewährt. Prophylactisch ist es bei feuchten antiseptischen Verbänden zur Verhütung der Maceration zu empfehlen.

4) **The Treatment of Gonorrhoea.** By H. M. Christian, M. D. (The Therapeutic Gazette, March '93.)

Verf. beschreibt die im Dispensary des University Hospitals in Philadelphia übliche Behandlungsweise der acuten Gonorrhoea: innerliche Medication mit Balsamicis in vermehrter oder verminderter Dosis bis zum Ende der dritten oder vierten Woche fortgesetzt. Erst dann, wenn der Ausfluss dünn und mucoes geworden ist, Injection mit Zincum sulfocarboll und Hydrastis. Der Vorzug dieser Methode soll darin bestehen, dass „die Complicationen“: Urethritis post. und Epididymitis verhütet werden. In 150 Fällen, nach der erwähnten Art behandelt, entwickelte sich nur 12 mal Urethritis post. und 4 mal Epididymitis, während in der gleichen Anzahl von Fällen, die in einer früheren Periode der Erkrankung mit Injectionen behandelt wurden, 52 Fälle von Urethritis post. und 13 Fälle von Epididymitis constatirt wurden.

5) **The treatment of suppurating Buboos by injections of Jodoform-ointment.** By William K. Otis. (Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases. May, '93.)

Nach gehöriger Desinfection der Haut wird die Abscesshöhle mit einem kleinen Schnitt eröffnet und der Inhalt gehörig ausgedrückt. Dann Irrigation mit 1/1000 Sublimat und Füllung der Höhle mit einer warmen 10-prozentigen Jodoformsalbe vermittels einer gewöhnlichen Tripperspritze. Sofort nach dem Herausziehen der Spritze Application einer kalten Sublimatcompresse, dann trockene Sublimatgaze, Watte und Spica. Verbandwechsel nach 4 Tagen; war der Verlauf ein günstiger, so wurde einfach der Verband gewechselt, im anderen Falle Wiederholung der Jodoformeinspritzung.

Von 16 so behandelten Fällen wurden 9 in 6 Tagen, 3 in 12 Tagen, 1 in 14 Tagen, 1 in 23 Tagen geheilt; 2 Patienten entzogen sich der Behandlung. Die Vorzüge dieses Verfahrens sind: es ist einfach und sicher, die Behandlungsdauer kürzer, der Patient kann während der Behandlung herumgehen, die Operation hinterlässt keine Narben.

6) **The relations of lymphatic glands to Syphilis.** By Dr. J. Zeisler. (The North American Practitioner. March, '93.)

Der Artikel bringt in klarer Darlegung die Ansichten des Verfassers und anderer Autoren über den diagnostischen Werth der Lymphdrüsenaffectionen bei Syphilis. Wesentlich Neues findet sich in der Abhandlung nicht.

Bezüglich des diagnostischen Werthes bemerkt Z. mit Recht, dass häufig ein zu grosses Gewicht auf das Vorhandensein oder Fehlen der Drüsen gelegt wird. Das erstere spricht ebensowenig absolut für Lues als das zweite dagegen spricht. Beispielsweise ist erwähnt, dass DIETRICH bei einer Untersuchung an 437 gesunden Personen in 97 Prozent deutliche Drüsenschwellungen an einem oder dem anderen Körpertheil gefunden hat, und zwar der Cubitaldrüsen in 82 Prozent, Cervical- und Supraclaviculardrüsen in 79 Prozent, Inguinaldrüsen in 73 Prozent.

7) **Hypodermatic Medication in Syphilis.** By L. Wolff, M. D. (The American Lancet, May, 1893.)

Verf. bedient sich der Injectionsmethode seit einer Reihe von Jahren und empfiehlt sie namentlich in den Fällen, wo man eine rasche Wirkung des Hg. erreichen will, namentlich bei Iritis und Chorioiditis. Er bespricht den gradezu „magischen Effect“ der Injectionen auf Drüsenschwellung (? Ref.), maculöses Syphilid und Pharynxulcerationen. Von den Hg.-Präparaten giebt er dem Sublimat den Vorzug, dass täglich in einer Dosis von  $\frac{1}{2}$  Gramm, in der Intrascapulargegend anfangend und den Rücken in den Intercostalräumen heruntergehend, injicirt wird. (Ob subcutan oder intramusculär wird nicht angegeben. Ref. bevorzugt die Glutaealgegend zu intramusculären Injectionen). Zahl der Injectionen 25—35. Daneben natürlich entsprechende allgemeine Hygiene- und Mundpflege. In Tausenden der Einspritzungen, die W. gemacht hat, sah er niemals Abscessbildung. An die Injectionsbehandlung schliesst sich die innerliche Darreichung von Jodkali 5—10 Gramm dreimal täglich, um die Elimination des Hg. zu verlangsamen.

Resultat der Sublimatinjectionen: 60 Procent bleiben frei von jeglichen Recidiven. Bei den übrigen 40 Procent verschwand „die Neigung zu Recidiven“ erst nach gründlicher Schmierkur.

Der Verf. lässt die verschiedenen unlöslichen Hg.-Präparate Revue passiren und spricht sich befriedigend aus über seine Erfahrungen mit Oleum cinereum nach der Formel von Prof. LANG, in Dosen von 0,1 cc einmal wöchentlich eingespritzt. Er beobachtete keine unangenehmen Nebenwirkungen von diesem Präparat. Zahl der Injectionen von 30 Procent Ol. cinereum 6—8.

In allen Fällen empfiehlt W. zuerst den Gebrauch der Sublimatinjectionen; erst wenn sich Recidive einstellen, wendet er Ol. ciner. an.

8) **The Present Position of the Hypodermatic Method in the Treatment of Syphilis.** By T. W. White, M. D. (Ibidem.)

Die subcutane Behandlungsweise vermag nach dem Verfasser die anderen Methoden nicht zu verdrängen, einmal, weil die mit ihr gewonnenen Resultate nicht brilliant sind, dann aber, weil sie Nachtheile und Gefahren besitzt, auf die Ref. hier nicht des Näheren eingehen kann. WHITE will die Injectionsbehandlung nur gelten lassen, wo in Folge einer Idiosyncrasie der Haut oder des Verdauungstractus die innerliche Behandlung und Schmierkur nicht angewandt werden können. Ferner da, wo in Folge schwerer Symptome eine rasche Durchtränkung des Systems mit Hg. indicirt ist. Er giebt den löslichen Hg.-Präparaten als weniger gefährlich den Vorzug, namentlich dem Sublimat.

(Ref. glaubt, mit Bezug auf die beiden referirten Arbeiten, dass das Richtige in der Mitte liegt. WOLFF's Ansicht, dass 60 Procent nach einer einmaligen Injectionskur recidivfrei bleiben, ist ohne Zweifel zu optimistisch.)

WHITE's Erörterung, sehr interessant und lesenswerth, klingt dagegen etwas voreingenommen, jedenfalls nicht ganz unparteiisch. Es



muss unter Anderem jedenfalls auffallen, dass von den Autoren, deren Ansichten über den Werth der fraglichen Behandlung angeführt werden, nur solche berücksichtigt werden, die sich negativ verhalten, während Anhänger der Methode, wie LEWIN, der doch wohl die grösste Erfahrung in der Frage besitzt, nicht zum Wort kommen.—(Ref.)

---

## FEUILLETON.

### Griechisch als allgemeine Sprache der Aerzte und der Gelehrten überhaupt.

Von

Dr. ACHILLES ROSE.

Im Medical Record las ich einmal einen Leitartikel, in welchem vorgeschlagen wurde bei der Wahl einer allgemeinen Gelehrtensprache das Griechische in Betracht zu ziehen.

Ich veröffentlichte darauf in derselben Zeitung meine damaligen Ansichten über die Schwierigkeiten gerade dieser Sprache, weil ich mich noch unter dem Eindruck des grammatischen Unterrichtes in derselben befand.

Jetzt bin ich zu anderen Anschauungen gekommen, seit ich mich des Erlernens des lebendigen Griechischen befleissigt. Mit dem Kirchenvater Gregorius sage ich: *Ἡτημαὶ καὶ τὴν ἡπτὰν ὁμολογῶ.*

Absichtlich sage ich nicht des Neugriechischen, denn ich will gegen das Märchen von der grossen Verschiedenheit des Alt- und Neugriechischen ankämpfen.

Es wird gesagt, dass sich Allen, die den Internationalen Medicinischen Congressen beiwohnen, ein Uebelstand bemerklich mache, der anstatt sich zu bessern, mit jeder folgenden Versammlung mehr hervortrete.

Dieser Uebelstand besteht in dem Mangel einer allgemeinen Sprache.

Es gibt einige, heisst es weiter, denen die officiellen Sprachen des Congresses so geläufig sind, dass sie mit Leichtigkeit an allen Verhandlungen, gleichviel in welcher der drei Sprachen, theilnehmen können, aber deren sind wenige. Die Mehrzahl, und unter diesen nicht selten die hervorragendsten in ihrer Specialität, verstehen nur eine Sprache, und so entgeht ihnen wenigstens zweidrittel von Allem, was gesprochen wird. Sie können keine Frage discutiren, weil sie sie nicht gehört haben, und wenn sie einen Vortrag halten, so ist derselbe wenigstens zweidrittel der Theilnehmer des Congresses unverständlich.

Eine Beleuchtung der Schwierigkeit, die sich aus der Vielsprachigkeit der medicinischen Congresses ergibt, bietet ein Schreiben des Professors CZERNY von Heidelberg vom 28. December 1892 an den Präsidenten der American Surgical Association betreffend den panamerikanischen medicinischen Congress, worin es u. A. heisst: "Ein wichtiges Bedenken den panamerikanischen Congress zu besuchen verursacht mir die *Sprachenfrage*. In § 9 Ihres Programmes heisst es: Die Sprachen des Congresses sollen die Spanische, Französische, Portugiesische und Englische sein. Wahrscheinlich ist die deutsche Sprache ausgeschlossen, weil dieselbe nirgends in Amerika Staatssprache ist. Wenn diese Ueberlegung den Ausschlag gegeben haben sollte, müssten noch die Holländische und Dänische zugelassen werden, da diese Sprachen amtlich in Amerika vertreten sind. Wie dem auch sei, so glaube ich nicht, dass die Aerzte Deutschlands sich an den Arbeiten des

*panamerikanischen Congresses betheiligen können, wenn ihnen nicht gestattet wird, ihre Vorträge deutsch zu halten.“*

Der § 9 der Statuten, den Professor CZERNY anführt, wurde daraufhin wie folgt abgeändert :

„Sprachen. Die Sprachen des Congresses sollen die spanische, französische, portugiesische und englische sein. Vorträge können jedoch in irgend einer Sprache gehalten werden, vorausgesetzt, dass die Verfasser derselben dem Generalsekretär einen Auszug von nicht mehr als 600 Worten in einer der officiellen Sprachen vor dem 10. Juli 1893 einsenden ; und unter der weiteren Bedingung, dass ein Manuscript eines jeden derartigen Vortrages in einer der officiellen Sprachen dem Schriftführer derjenigen Section, in welcher derselbe gehalten werden soll, während oder vor dem Congressse eingehändigt werden wird. Bemerkungen zu den Vorträgen können in irgend einer Sprache gemacht werden, unter der Voraussetzung, dass ein Theilnehmer, der derartige Bemerkungen macht, dieselben schriftlich in einer der officiellen Sprachen vor Schluss der Versammlung einhändigt.“

Der Gedanke einer Weltsprache hat schon lange die grössten Denker beschäftigt, vor allen LEIBNITZ. Sein Versuch beruhte auf der Voraussetzung, dass es gelingen könne alles Denken auf ein Rechnen zurückzuführen, wenn für die einfachsten Begriffe und für die Verbindungsweise der Begriffe überhaupt Zeichen gefunden würden, wie in der Mathematik. Hierauf zielt sein schon in seiner Jugendzeit ausgebildeter und bis zum Alter festgehaltener Plan einer *characteristica universalis* oder *ars signum et lingua philosophica*. Es ist jedoch bei dem Vorhaben geblieben. So weit sein Gedanke Richtigkeit hat, wird er durch die Zeichen der Mathematik und Chemie verwirklicht.

Eine Weltsprache besteht bis jetzt nur im telegraphischen Marine-Kodex.

Wie der Versuch von LEIBNITZ im siebenzehnten, so sind auch die verschiedenen Versuche des vorigen Jahrhunderts gescheitert.

In unserem Jahrhundert, in welchem die Verkehrsmittel riesige Ausdehnung gewonnen haben, in welchem der internationale Verkehr zu ganz anderer Bedeutung gelangt ist als je vorher, wurde der Versuch einer Weltsprache wieder aufgenommen. Der bekannteste ist das Volapük des Pastors Schleyer, und der theilweise Erfolg, den diese Kunstsprache eine Zeit lang gehabt hat, beweist wie gross das Bedürfniss eines internationalen Verständigungsmittels ist.

Was auch die Bedeutung des Volapük hat sein sollen, es konnte wohl nie in der Absicht des Erfinders liegen, oder von ihm erwartet werden, es zu einer internationalen Sprache der Wissenschaft zu erheben.

König Maximilian von Bayern wollte das Andenken an seine Regierung der Geschichte überliefern. Er bestellte bei den Architekten Deutschlands einen neuen, nach ihm zu benennenden Baustil. Es wurde auch ein Maximilianstil geschaffen, ich habe selbst in München in diesem Stil gebaute Häuser gesehen. Ein Architect, wenn ich nicht irre war es Semper, aufgefordert sich an der Schöpfung des Maximilianstils zu betheiligen, antwortete, dass man so etwas auf Bestellung nicht liefern könne, dass ein Baustil der Geschichte, der Cultur, dem Leben und Treiben eines grossen Zeitabschnittes eines Volkes entspringe.

Ueber die Geschichte des Maximilianstils brauche ich wohl kaum zu sagen, dass er weiter keine Geschichte hat.

Die kurze Geschichte des Maximilianstils ist auch die der Versuche eine neue Weltsprache zu schaffen. Wenn schon der Baustil der Ausdruck der Geschichte, der Cultur, des Lebens und Treibens eines grossen Zeitabschnittes eines Volkes ist, wie viel mehr muss es eine Sprache sein ?

Während eine Weltsprache, die dem geistigen Bedürfnisse aller Völker und Zeiten genügen könnte, so wenig gedacht werden kann wie die Gleichheit aller Menschen, so ist doch eine solche Einheit in einem beschränkten Kreise möglich: in der Aristokratie, die von Kunst und Wissenschaft gebildet wird. Nicht die Massen benöthigen einer Weltsprache, sondern die Männer der Wissenschaft.

Schon früher war es ausgesprochen, dass, seitdem das Lateinische nicht mehr allgemeine wissenschaftliche Sprache ist, es eine bedauernswürdige Lücke gebe, welche die Einführung einer neuen wissenschaftlichen Weltsprache höchst wünschenswerth mache.

Gegen die Wahl einer der am meisten gesprochenen europäischen Sprachen wie Englisch, Französisch oder Deutsch spricht die Rivalität der Völker. Dazu kommt, dass diese Sprachen für das Ausdrücken neuer Begriffe und Zusammenfügungen von Wörtern unzulänglich sind.

Das Griechische hat dagegen viele Ansprüche darauf allen anderen vorgezogen zu werden.

Gegenseitige Rivalität wird bei dieser Wahl nicht viel in's Gewicht fallen. Es ist die uralte Sprache eines kleinen Volkes und eines kleinen Landes. Die Sprache ist reich und wohlklingend, klar und bestimmt, auch besonders reich an Zusammensetzungen; sie kann alle modernen Begriffe vollständig wiedergeben und hat in dieser Hinsicht schon tausenden von Wörtern das Leben geschenkt. Auf tausenden von Schulen in ganz Europa und an allen Universitäten bildet sie einen Theil des Unterrichts: Nicht nur gebrauchen wir eine Menge griechischer Wörter im täglichen Verkehr, sondern unsere ganze medicinische Terminologie, die allgemeine Terminologie der Wissenschaften und Künste, beherrscht grösstentheils die griechische Sprache.

Die herrlichen Bauwerke der Hellenen, ihre ebenso herrlichen Werke der Bildhauerei sind so wenig von uns erreicht worden, dass es Niemand in der Welt einfallen wird die Möglichkeit eines Vergleiches zu Gunsten unserer Kunst gegenüber den Meisterwerken der Griechen auch nur zu denken.

Der Tempel des olympischen Jupiter, die Akropolis von Athen, die Venus von Milo, der Hermes des Praxiteles sind Beweise, dass die Griechen einen viel höher ausgebildeten Schönheitssinn hatten, als irgend ein Volk nach ihnen.

Noch lebt die griechische Kunst, denn sie ist das höchste Vorbild unserer Architekten und Bildhauer.

Jedermann weiss dies.

Noch lebt die griechische Sprache, die so viel schöner und edler ist als irgend eine andere Sprache, wie die griechische Kunst schöner und edler ist als irgend eine andere Kunst.

Dies scheinen nur Wenige zu wissen.

Griechisch ist schon einmal die Weltsprache gewesen, es war verbreiteter als Lateinisch: *Graeca leguntur in omnibus fere gentibus, Latina suis finibus*, sagt CICERO. Dass es wieder so werden kann und werden muss unterliegt bei mir keinem Zweifel.

“La langue grecque deviendrait la langue universelle“ schrieb VOLTAIRE.

Von vielen Gelehrten sind in der That Versuche gemacht worden, das Griechische zur allgemeinen Gelehrtensprache zu erheben.

Hoffen wir zugleich mit diesen auf eine zweite Renaissance und eine Glanzperiode des Studiums der griechischen Sprache, dessen Endzweck nur die grösstmögliche Verbreitung echter Wissenschaft und Cultur sein kann.

Dass ich es unternehme in einer medicinischen Zeitschrift über griechische Sprache zu schreiben, geschieht, weil ich hoffe eine Anzahl,

auch unter meinen Collegen verbreiteter, Irrthümer über Neu-griechisch widerlegen zu können, und auch um meine Erfahrungen über das Erlernen des lebendigen Griechisch mitzuthemen. Besondere Veranlassung gab mir VIRCHOW's Rectoratsrede „Lernen und Forschen.“

Ich will aus dieser Rede das wörtlich anführen, was sich auf den Unterricht in der griechischen Sprache bezieht, um dann meine eigenen Ansichten über denselben zu geben.

Es heisst in VIRCHOW's Rede :

„In den höheren Schulen hat der Unterricht in den Sprachen von Anfang an den Löwenantheil davongetragen. Da die Gymnasien aus den Lateinschulen des Mittelalters hervorgegangen sind, so ist ihnen die Bevorzugung des Latein's als ein ständiges Erbtheil geblieben. Lange Zeit hindurch hat der allgemeine Gebrauch der lateinischen Sprache seitens der Gelehrten in bequemster Weise den gelehrten Verkehr Aller erleichtert.

„Das ist nun anders, ganz anders geworden, und auch diejenigen, welche, in voller Anerkennung des höchst wohlthätigen Einflusses der klassischen Sprachen auf die europäische Cultur, eine Fortdauer derselben wünschen, müssten sich gestehen, dass es unmöglich ist das alte Verhältniss wieder herzustellen. Die nationalen Sprachen sind in ihr natürliches Recht getreten, und so sehr wir die schon jetzt eingetretene Vielsprachigkeit der gelehrten Arbeiten beklagen, so empfindlich es uns berührt, dass wir ausser Stande sind eine Menge guter Abhandlungen im Original zu lesen, so müssen wir doch erkennen, dass keine Macht der Welt im Stande ist, in absehbarer Zeit eine Aenderung herbeizuführen. Unsere gelehrten Schulen liefern nur noch ausnahmsweise Abiturienten, die lateinisch sprechen oder eine lateinische Abhandlung fliessend schreiben können, und die Universitäten sind trotz ihrer Abneigung genöthigt gewesen, die lateinische Sprache mehr und mehr aus ihrem Unterricht und aus ihren Geschäftsgebräuchen zu entfernen.

„Es war von Anfang an, sagt VIRCHOW weiter, eine schwache Seite der humanistischen Unterrichtsanstalten, dass sie das Lateinische bevorzugten. Man muss zugestehen, dass sie nicht anders konnten. Sie fanden das Latein als die allgemeine Kirchen—und Rechtssprache vor. Sie selbst waren Lateinschulen. Sie setzten das nur fort, was durch Jahrtausend lange Uebung allgemeine Praxis geworden war. Aber sie übernahmen damit ein Element der Schwäche. Denn die klassischen Schriftsteller Rom's standen weit zurück in ihren Werken hinter denen Griechenlands; ja die besten unter ihnen verdankten ihre Bildung griechischen Vorgängern und die Schule Athens behielt durch alle Zeit den Vorrang in der Schätzung der Menschen. Ihre Lehren bildeten den Hintergrund aller gelehrten Thätigkeit. Aus der griechischen Literatur hat unsere abendländische Cultur die eigentlich bewegenden Gedanken und die geläufigen Formen entnommen. HOMER, ARISTOTELES und PLATO sind bis auf unsere Tage die Lehrmeister der Völker geblieben.

„Unter diesem Conflict schwankt noch gegenwärtig die Wage der Entscheidung hin und her. Seitdem die griechischen Schriftsteller wieder im Original gelesen wurden, sank das sachliche Interesse an den lateinischen. Trotzdem blieb die lateinische Sprache der Hauptgegenstand des Unterrichts. Aber er erreichte immer weniger. Da der Gebrauch der Sprache als solcher stetig abnahm, so liess man die Rhetorik fallen und beschränkte sich mehr und mehr auf die Grammatik. Ja, der grammatische Unterricht überwucherte allmählig so sehr, dass selbst der lateinische Aufsatz zu einem *pium desiderium* wurde.

„So sind wir mit den klassischen Sprachen an einem Wendepunkt angelangt. Die grammatische Schulung ist nicht dasjenige Hülfs-

mittel fortschreitender Entwicklung, welches unsere Jugend braucht. Sie erzeugt nicht jene Lust am Lernen, die eine Voraussetzung der selbstständigen Fortentwicklung ist, im Gegentheil, es ist offenbar, dass sie für viele Schüler, für noch mehr Eltern ein Gegenstand des Hasses geworden ist. Das Griechische ist schon halb aufgegeben. Die Mediciner hätten anscheinend am meisten Grund zur Trauer, da ihre Wissenschaft die einzige ist, welche sich seit mehr als zwei Jahrtausenden ununterbrochen auf Grund griechischer Schriftwerke entwickelt hat.“

In fast allen Discussionen über die Frage einer allgemeinen Gelehrtensprache wird immer wieder des Lateinischen gedacht, des Lateinischen, das eine todte, eine beschränkte Sprache ist, ungenügend für unsere gegenwärtige Zeit. Der lateinische Wortvorrath ist, wohl den juridischen Theil ausgenommen, viel beschränkter als der griechische. Die todte lateinische Sprache ist der Wortbildung, und der Fortbildung im Allgemeinen, unfähig. Die lebende griechische Sprache kann ihren Sprachschatz alltäglich bereichern, und bietet also in jeder Hinsicht mehr Vortheile um als wissenschaftliche und internationale Sprache verwendet zu werden.

Uebrigens besitzen wir von Latein nur die Schriftsprache, die alltägliche Umgangssprache ist nicht überliefert worden. Das Kirchenlatein, das Latein der Gelehrten ist ein erzwungenes.

Das Lateinische als internationale und als wissenschaftliche Sprache verliert immer mehr an Boden, ja, fast kann man sagen, dass es nur in der rein philologischen und theologischen Literatur sein Dasein fristet.

Um eine Sprache zu beherrschen, zu kennen, muss man vor allen Dingen wissen wie das Volk spricht; die Alltagssprache muss uns geläufig sein.

Ein deutscher Professor, so lautet die Geschichte, der Shakespeare in der Ursprache liest, Vorlesungen über diesen Dichter hält, kommt nach London, und findet sich so wenig bewandert in der Alltagssprache, dass er die Dienerin nicht einmal um ein Handtuch zu fragen vermag.

Wer die Umgangssprache eines Volkes kennt, hat den Schlüssel zum Verständniss seiner Schriftwerke gleich den Volksgenossen selbst.

Der attische Knabe brachte zum Lesen griechischer Dichter, der attische Bauer in sein Theater oder in die Volksversammlung nur die Kenntniss der attischen Umgangssprache in ihrer einfachsten Form mit; sie befähigte zum Verständniss sophokleischer Dramen und perikleischer Reden.

Man hat oft behauptet, dass es erstaunlich wenig Worte und Wendungen sind, mit denen der gemeine Mann in seiner Muttersprache auskommt und die ihn befähigen, auch das zu verstehen, was für ihn Neubildung ist.

Die Alltagssprache muss zuerst gekannt sein, ehe man die Kunstsprache erlernt.

Macaulay empfiehlt beim Erlernen einer Sprache die Grammatik bei Seite zu legen, die Sprachgesetze würden dem Lernenden beim Lesen guter Schriftsteller geläufig werden. Mir scheint es, dass wer das Erlernen der Sprache mit dem Erlernen der Sprachgesetze beginnt, die Sprache überhaupt nie lernen wird, er müsste denn die Grammatik wieder aufgeben und von vorne anfangen.

So lange Griechisch in der bisherigen Weise mittelst Grammatik in den Schulen gelehrt wird, wird es für eine unlernbare Sprache gelten.

Es giebt, vielleicht vom kleinen Raff her, eine Ueberlieferung von der Gefährlichkeit der Hyäne, die grauerregend ist. In Wirklichkeit ist die Hyäne ein sehr furchtsames Thier, das vor den Menschen flieht, niemals aber Menschen anfällt.

Man liest gelegentlich von grosser Kälte, bei der Alcohol gefroren sei, während doch der Alcohol bei keiner uns bekannten Kälte friert.

All dieser Unsinn wird aber übertroffen von der landesläufigen Ansicht, dass Griechisch eine todte Sprache sei.

Wir begegnen häufig Leuten von einem gewissen Grade von Bildung, welche sich in diesem Irrthum befinden, während doch griechische Zeitungen alltäglich erscheinen und beständig neue Bücher über allerhand Gegenstände in griechischer Sprache gedruckt werden. Dem gemeinen Mann muss man solche irrige Ansicht zu Gute halten, haben doch bedauerlicher Weise zünftige Gelehrte nicht wenig dazu beigetragen sie zu verbreiten.

Die Professoren der klassischen Sprachen lassen einfach das lebendige Griechisch, die lebendige Literatur desselben unberücksichtigt, ohne auch nur einen Schein des Rechtes zu solcher Rücksichtslosigkeit, und dabei sprechen sie die Sprache der Musen je nach ihrem betreffenden Vaterlande nach englischer, holländischer, deutscher Manier aus. Die Aussprache, die allein massgebend sein sollte, kennen sie nicht, wollen sie nicht kennen.

Nichts ist leichter zu beweisen, als dass Griechisch keine todte Sprache ist.

(Fortsetzung folgt.)

### Therapeutische Notizen.

Die Londoner medicin. Zeitschrift „The Therapist“ bespricht im Märzhefte d. J. in sehr günstiger Weise ein vor Kurzem im Handel erschienenen Präparat, das **Salocoll**, welches eine Verbindung von Phenocoll und Salicylsäure darstellt. Es ist weniger löslich als das salzsaure Phenocoll, von süsslichem Geschmack und vollkommen frei von irgend welchen unangenehmen Nebenwirkungen. Gleich dem Phenocollum hydrochlor. soll das Salocoll ein wirksames und stets zuverlässiges Antipyreticum, sowie Antineuralgicum und Antirheumaticum sein, welches auch in Fällen, wo andere ähnliche Mittel ihre Wirkung versagten, von entschiedenem Nutzen zu sein scheint. Die Dose für Erwachsene ist 15 bis 30 Gran in Pulverform, mehrere mal tagsüber dargereicht.

Dr. E. B. WENNER (Times and Register, 15. April 1893) berichtet über einen Fall von Staar bei einem bejahrten Manne, der zu totaler Blindheit geführt hat und durch **Succus Cinerariae Maritimae** bedeutend gebessert wurde. Es wurden von diesem Medicament 2 Tropfen 3 mal täglich in's Auge eingetrofft. Zwei Wochen nach dem Beginn der Behandlung konnte Patient den Unterschied zwischen Licht und Schatten unterscheiden. Eine Woche später konnte er seine Hand erkennen, sobald letztere zwischen dem Fenster und seinen Augen gehalten wurde. Gegenwärtig ist er bereits in der Lage, die Bewegungen seiner Hand mit dem Auge zu verfolgen. Die Behandlung wird fortgesetzt.

DR. ELMER LEE in Chicago (Chicago Clinical Review, April 1893), sowie DR. CYRUS EDSON in New York (The Doctor of Hygiene, April 1893) empfehlen auf's wärmste das **Wasserstoffsperoxyd** von Marchand für die Behandlung in Cholerafällen. Sie empfehlen dasselbe in 4 procentiger Lösung zu Auswaschungen des Darmes, sowie innerlich (2 Unzen  $H_2O_2$  zu 8 Unzen destill. Wassers) zu verwenden. Als mächtiges Antisepticum hat das  $H_2O_2$  vor anderen antiseptischen Mitteln den Vorzug, dass es vollkommen ungiftig ist.

Nach den Beobachtungen von DR. KARL OSWALD (Deutsche Med. Woch., 1893, No. 16) in der Giessener Klinik hat das Salophen unleugbar manche Vortheile vor den anderen bisher bekannten Salicylpräparaten. Dieselben sind: Geruch- und Geschmacklosigkeit, fehlende Hygroskopie, Abwesenheit von üblen Nachwirkungen bei Dosen von 8 Gramm pro die. Es hat geringere Wirkung als Natron salicylicum, weil es weniger Salicylsäure enthält. Seine Indicationen wären somit: leichtere Formen von acutem Gelenkrheumatismus, ferner Fälle, wo Natr. salicyl. schlecht vertragen wird und wo es alsdann mit Vortheil zur Abwechslung mit Letzterem gegeben werden kann. Bei Leuten, die anerkanntermassen Idiosynkrasie gegen Natr. salicyl. haben oder einen empfindlichen Magen besitzen, überhaupt bei schwachen Individuen, wird man von vornherein Salophen geben, aber mit dem Bewusstsein, dass es geringere Wirkung hat. Ferner empfiehlt sich seine Anwendung bei Neuralgien aller Art, besonders Cephalalgien und Hemicranien im Gefolge von Chlorose und Anaemien.

In der „Allg. Oesterr. Chemiker- und Techniker-Zeitung“ (No. 1, 1893) unterzieht A. GAWALOWSKI in Brünn das Lysol und Kreolin einer kritischen Betrachtung und kommt dabei zu dem Schlusse, dass das Kreolin dem Lysol in seinem Gehalte an wirksamen Bestandtheilen um das vierzigfache überlegen sei. Prof. DR. CARL ARNOLD aus dem Chemischen Institut der königl. Thierärztlichen Hochschule in Hannover hat sich nun der Mühe unterzogen, eine Reihe von sorgfältigen Analysen des Lysols und Kreolins zu unternehmen und hat dabei sich überzeugen können, dass der Gehalt an wirksamen Bestandtheilen, also an zwischen 187 und 210° siedenden Phenolen, bei dem Lysol mindestens das Doppelte beträgt, als beim Kreolin, und dass demnach auch die *desinficirende Kraft des Lysols die des Kreolins um das Doppelte übertreffen muss*, was ja auch aus den zahlreichen bekannten bacteriologischen und klinischen Versuchen, sowie aus der im Auftrage des österr. Ministeriums des Innern verfassten „Anleitung zur Desinfection während einer Choleraepidemie“ hervorgeht. (Pharmac. Zeitung, 1893, No. 31.)

---

### Allerlei.

Am 17. v. M. feierte die Deutsche Poliklinik im Arion das 10-jährige Stiftungsfest. Alle Mitglieder der Anstalt und einige eingeladenen Gäste waren mit ihren Damen pünktlich erschienen, und das Banquet gestaltete sich zu einem glänzenden Ereigniss. Die Toaste wurden wie folgt ausgebracht:

Dr. S. KOHN. — Gründung der Poliklinik.

Dr. STIEBELING. — Die Damen.

Dr. LILIENTHAL. — Gleichberechtigung der Frauen.

Dr. VON RAMDOHR. — Collegialität.

Dr. L. WEISS. — Die Presse (Dr. SHRADY).

Dr. ROTTENBERG. — Die als Repräsentanten der Wissenschaft eingeladenen Gäste (A. JACOBI u. A.)

Dr. L. FISCHER. — Junggesellen der Poliklinik.

Sodann folgten die Reden von Dr. SHRADY, Dr. JACOBI, Dr. BECK und Herrn HAUSER. Das Arrangementscomité bestand aus den Herren BECK, FISCHER und ROTTENBERG; letzterer fungirte als Toastmeister. — Nach dem Essen fand eine gemüthliche Tanzunterhaltung statt, welche bis gegen 3 Uhr Morgens dauerte.

Der Commers zur Feier des 36jährigen Bestehens der Deutschen Dispensary in New York fand am 27. Mai, unter zahlreicher Theilnahme

der Aerzte dieser segensreichen Anstalt, sowie der von ihnen geladenen Gäste, statt. Das Fest war glänzend ausgefallen. Das Fest-Comité, bestehend aus den Doctoren CAILLÉ, DEGNER, HORN, KILLIANI und SEIBERT, hatte ein reichhaltiges Programm vorbereitet und konnte den Versammelten eine Reihe humoristischer Leistungen darbieten, die dem Talente sowohl der Autoren, als der Darsteller, allgemeine Anerkennung einbrachten. Ein Abschiedslied zu Ehren des aus dem Verbands des „Dispensary“ nach 20jähriger Dienstzeit austretenden Dr. H. F. KUDLICH bildete den Schluss des Liedertheiles, dessen Nummern fast sämmtlich eigens für diesen Abend von den Aerzten des Deutschen Dispensary verfasst waren.

Dr. B. MORJÉ ist zum Internisten und Dr. FRANCIS FOERSTER zum Gynäkologen am Deutschen Hospital ernannt worden.

In der am 17. Mai abgehaltenen Sitzung der N. Y. Postgraduate Medical School sind Dr. A. PALMER DUDLEY und Dr. GEO. M. EDEBOHLS zu Professoren der Frauenheilkunde und Dr. GEO. T. ELLIOT zum Professor der Hautkrankheiten ernannt worden. Dr. J. WEST ROOSEVELT hat von seiner Stelle als Professor der klinischen Medicin an der Postgraduate Medical School resignirt.

Am 8. Juni wurde der Grundstein für die in unserem Maihefte erwähnte neue Krankenwärterinnen-Schule des deutschen Hospitals unter einfachen, entsprechenden Feierlichkeiten gelegt. Das Gebäude wird aus Ziegeln mit einem Granit-Unterbau aufgeführt. Man hofft es noch vor Weihnachten beziehen zu können. Die Errichtung dieser Wärterinnenschule wird, ausser der gründlichen Ausbildung der Schülerinnen, auch noch den Vortheil haben, dass durch den Umzug der Letzteren aus dem Hospital nach dem neuen Gebäude, im ersten eine Anzahl von Zimmern frei werden, welche zur Aufnahme von Patienten benützt werden können.

Der in Milwaukee, Wis., vom 6. bis 9. Juni stattgefundene Aerztetag der „Americall Medical Association“ erfreute sich diesmal, wie aus dem uns vorliegenden Programm ersichtlich, einer sehr regen Betheiligung. Von deutschen Aerzten New Yorks finden wir unter den Vortragenden die Namen der Doctoren HERMAN KNAPP, FLORIAN KRUG, SIGMUND LUSTGARTEN und MAX EINHORN angegeben.

Das hiesige Pasteur'sche Institut von Dr. PAUL GIBIER befindet sich seit dem 8. Mai d. J. im neuen prachtvollen Gebäude, Ecke 97. Str. und 8. Avenue. Das neue Quartier ist bedeutend geräumiger als das alte und vermag eine grosse Anzahl Patienten zu fassen.

Jedem Volke, das die Columbische Ausstellung besichtigt hat, ist von der Weltausstellungs-Behörde ein Ehrentag eingeräumt worden, dem deutschen Volke der 15. Juni. Diesen Tag haben die Deutsch-Amerikaner beschlossen in glanzvoller Weise zu feiern. Das Einladungs-Comité, unter Vorsitz von Herrn HARRY RUBENS, No. 120 Randolph Street, Chicago, richtet an uns die Bitte, unsere deutschen Collegen auf dieses Fest aufmerksam zu machen und sie zur Betheiligung an demselben anzuregen.

Der bekannte Pharmacologe, Prof. Filehne in Breslau, ist zu einer Reise nach America auf 1½ Jahre beurlaubt worden.

Der berühmte Physiologe Jacob Moleschott in Rom ist im Alter von 70 Jahren gestorben. Er war einer der gefeiertsten Vertreter seiner Wissenschaft in Italien. Als Holländer geboren, wurde er in Folge seiner freien Richtung veranlasst Deutschland zu verlassen, docirte



erst in Zürich und wurde darauf nach Rom berufen, wo er bis an sein Lebensende als Lehrer und Forscher thätig war. Am bekanntesten sind seine „Physiologie der Nahrungsmittel“ und eine populäre Schrift „Der Kreislauf des Lebens“, ferner seine „Untersuchungen zur Naturlehre des Menschen und der Thiere.“

In Neapel verstarb der dortige Kliniker, Prof. ARNOLDO CANTANI, bekannt namentlich durch seine Untersuchungen über Stoffwechselkrankheiten, spec. den Diabetes, sowie seine Beiträge zur Choleratherapie; noch während der letztjährigen Epidemie hatten unsere Leser Gelegenheit, die Ansichten des erfahrenen Mannes in eingehender Darstellung kennen zu lernen. CANTANI war aus Prag gebürtig, aber seit einer Reihe von Jahren in Italien naturalisirt und zählte zu den hervorragendsten Vertretern der italienischen Klinik, in deren Namen er auch, wie man sich erinnern wird, auf dem Internationalen Congress zu Berlin als einer der Redner in den allgemeinen Sitzungen das Wort erhielt.

Ein anderer verdienstvoller Forscher auf dem Gebiete der Medicin ist frühzeitig aus dem Leben geschieden. Nach einem Cabelgramm der „N. Y. Staats-Zeitung“ ist der bekannte Privatdocent der Berliner Universität und Director des Städtischen Krankenhauses „Moabit,“ Dr. PAUL GUTTMANN, im Alter von 59 J. am 23 v. M. gestorben. Der Name des Verstorbenen ist jedem Mediciner bekannt; viele unter ihnen haben ihre ersten Kenntnisse in der „Physikalischen Diagnostik“ seinem bekannten, in acht Auflagen erschienenen Lehrbuch zu verdanken. Zahlreiche medicinische Abhandlungen haben den Namen Guttman's sehr populär gemacht. Er war eines der thätigsten Mitglieder der Berliner medicinischen Gesellschaften und betheiligte sich oft an den Discussionen, bei welcher Gelegenheit er stets sein reichhaltiges Wissen zur Geltung bringen konnte.

In seiner neuesten Abhandlung „Ueber den augenblicklichen Stand der Choleradiagnose“, welche in der „Zeitschrift für Hygiene“ erschienen ist, schildert Prof. R. KOCH ein neues Verfahren, wie es im Institut für Infektionskrankheiten in Berlin zur Diagnose der Cholera augenblicklich angewendet wird. Schon aus der mikroskopischen Untersuchung des Darminhaltes Cholerakranker kann in vielen Fällen innerhalb weniger Minuten die Diagnose auf Cholera gestellt werden, wenn die eigenthümlichen, gekrümmten Bakterien in grosser Zahl und in einer gewissen charakteristischen Anordnung gefunden werden. Das ist etwa in der Hälfte aller Fälle zutreffend. Allerdings gehört zu dieser Art, die Diagnose zu stellen, eine grosse Uebung und Erfahrung. In den anderen Fällen, in denen die mikroskopische Untersuchung nicht ausreicht, muss man sofort wieder zum Kulturverfahren übergehen. Dieses nun ist fast vollständig umgestaltet. Der Kern des neuen Kulturverfahrens beruht darin, dass man etwas von dem verdächtigen Material in eine Peptonlösung bringt und diese bei 37° C. hält. Sind dann auch nur sehr wenige Cholerabacillen vorhanden, so vermehren sie sich innerhalb 6 bis 12 Stunden ungemein rasch. Dabei steigen sie, lebhaft beweglich wie sie sind, in Folge ihres grossen Sauerstoffbedürfnisses an die Oberfläche der Flüssigkeit und sammeln sich hier an, so dass sich unter Umständen ein deutlich sichtbares feines Häutchen bildet. Untersucht man nach 6 bis 12 Stunden ein Tröpfchen von der Oberfläche mikroskopisch, so findet man, wenn auch nur wenige Kommabacillen vorhanden waren, diese darin in ungeheuren Mengen. Man kann dann aus dieser Untersuchung oft schon mit Sicherheit die Diagnose Cholera stellen, also nach 6 bis 12 Stunden. Um ganz sicher zu gehen, entnimmt man von der Oberfläche der Flüssig-

keit, welche gekrümmte Bakterien enthält, ein Tröpfchen und fertigt davon Gelatineplatten oder noch besser Platten von Agar-Agaran. Hält man diese bei genau  $22^{\circ}$  C. oder die Agarplatten bei  $37^{\circ}$ , so sind bei weiteren 10—15 Stunden die Cholerabacillen, wenn sie vorhanden sind, zu charakteristischen Kolonien ausgewachsen, so dass selbst im schwierigsten Falle innerhalb 21 bis 27 Stunden die Diagnose gesichert ist. Zum Schluss weist KOCH darauf hin, dass durch zweckmässige Variirung dieses Verfahrens auch ganz vereinzelt Cholerabakterien, z. B. im Trinkwasser oder im Flusswasser nachzuweisen sind. Nach den älteren Methoden war das nur durch besonderen Glückszufall möglich, weil das Wasser zu viel Bakterien enthält, welche die etwa vorhandenen wenigen Cholerabacillen zu rasch überwuchern. Es ist nun KOCH hauptsächlich gelungen, die Cholera-Bacillen mit Hülfe des neuen Verfahrens während der Winter-Epidemie in Hamburg, Altona und Nietleben, im Elbwasser, in einem Brunnen in Altona. auf den Rieselfeldern von Nietleben, im Saalewasser und in der Wasserleitung der Anstalt Nietleben nachzuweisen. Zur Kontrolle wurden auch Wasser von nicht verdächtigen Orten untersucht, aber niemals gelang es, darin Cholera-Bacillen zu finden. Nur Gewässer, welche zu Cholera-Erkrankungen in Beziehung standen, ergaben ein positives Resultat, und nach dem Aufhören der Epidemie waren auch die Cholera-Bakterien aus den Wässern geschwunden.

---

### Personalien.

VERZOGEN :

Dr. S. Mackiewicz, nach 1237 3d Ave.

Dr. Ludwig Weiss, nach 77 E. 91. Str.

DR. MAX EINHORN, 107 East 65th St.

---

### An die Leser.

*Geschäftliche Zuschriften*, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17—27 Vandewater Street, New York.

*Manuscripte*, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

# New Yorker Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

unter Mitwirkung von

Dr. J. Brettauer, Dr. W. Freudenthal, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. H. Goldenberg,  
Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Krug, Dr. S. J. Meltzer,  
Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. A. Schapring, Dr.  
A. Seibert, Dr. F. Torek, Dr. S. Welt, Dr. Ad. Zederbaum.

Redigirt von

**Dr. MAX EINHORN.**

---

General Agenten: **The International News Co.**, 85 Duane Street, New York.

Verlag der Medical Monthly Publishing Co.,

**C. KAHLER**, Geschäftsführer, 17-27 Vandewater Street, New York.

---

**Bd. V.**

**New York, 15. Juli 1893.**

**No. 7.**

---

## ORIGINALARBEITEN.

### I.

#### **Erster Jahresbericht der Spezialabtheilung für chirurgische Krankheiten des Halses an der deutschen Poli- klinik der Stadt New York nebst all- gemeinen Bemerkungen.**

Von

**Dr. CARL BECK.**

New York.

(Fortsetzung von Seite 221.)

#### **Tuberculose der Drüsen, des Schlüsselbeins und Brustbeins.**

Moses B., 30 Jahre alt, von mittlerer Statur und sehr dünn, in  
Russland (Ebene) geboren. 4 Jahre in Amerika. Seit 3 Jahren an  
eiternden Drüsen der ganzen rechten Halsseite leidend. Incisionen  
hatten mit Salbentherapie abgewechselt.

Am 27. Februar 1893, als ich Pat. zum ersten Male untersuchte,  
glaubte ich das frappante Bild eines Phthisikers vor mir zu haben.  
Temp. 105,2. Puls 118. Sehr grosse Hinfälligkeit. Appetitverlust.  
Nachtschweisse.

Die Submaxillardrüsen waren angeschwollen, ferner war in der  
Supraclaviculargegend, von der Acromialverbindung bis zum ent-  
sprechenden Sternalgelenk des Schlüsselbeins, ein Tumor von der  
Grösse einer Mannesfaust zu erkennen. In der Mitte der rechten

Clavicula und am rechten Sterno-Claviculargelenk secernirten 5 Fisteln serösen Eiter.

Eine Sonde stiess sowohl an der hinteren Oberfläche der Clavicula als am Manubrium sterni auf rauhen Knochen. Die Operation bestand in der Exstirpation von vier degenerirten Submaxillar und neun vereiterten Supraclaviculardrüsen.

Ein kleiner Theil des Schlüsselbeins wurde cariös befunden und demnach abgemeisselt. Der hinteren Fläche des Manubrium sterni konnte ich nur dadurch beikommen, dass ich die Mm. sterno hyoidei durchschnitt. Nunmehr präsentirte sich die hintere, von Periost entblösste Oberfläche des sternum in ihrem ganzen oberen Viertel.

Die grau aussehenden Knochentheile wurden abgemeisselt und die sehr grosse Cavität vollständig mit Jodoformgaze ausgestopft. Patient erholte sich nunmehr langsam. Drei Wochen später stieg die Temperatur, welche gleich nach der Operation auf 100 gefallen war, auf 104, ein Umstand, welcher in der Bildung eines Abscesses unterhalb des Acromio-Claviculargelenks seine Erklärung fand. Die Eröffnung brachte auch die Temperaturerhöhung wieder zum Schwinden.

Pat. befindet sich nunmehr, obgleich die grosse Höhle über dem Sternum sich noch nicht völlig geschlossen hat, ausserordentlich wohl und nichts lässt an ihm den Schwindsuchtsandidaten von früher errathen.

Gerade dieser Fall zeigt in typischer Weise den Vortheil der Gazedrainage, denn ein Gummidrain, welcher hinter das Brustbein eingeführt worden wäre, hätte sicherlich nach einfachen mathematischen Gesetzen den Eiter nicht nach oben ausfliessen lassen, sintemalen das Wasser nicht den Berg hinauffliesst. Eine Eiterretention in dieser grossen Höhle wäre mit folgender Mediastinitis, d. h. sicherem Tod identisch gewesen, während durch die methodische Ausstopfung auch nicht ein Partikelchen freien Eiters in der Cavität beim Verbandwechsel nachgewiesen werden konnte.

### Malignes Lymphom.

Renata L., 31 Jahre alt, verheirathet, hat zwei gesunde Kinder. In Oesterreich (Gebirgsgegend) geboren. 21 Jahre in New York. Familiengeschichte günstig.

Vor zwei Monaten zeigte sich in der linken Supraklaviculargegend ein kleiner Knoten, welcher sehr rasch wuchs.

Am 3. Mai 1892, wurde sie zum ersten Mal von uns untersucht. Damals zeigte sich ein gänseeigrosser Tumor über der linken Clavicula, und ein zweiter von gleicher Grösse im oberen Halsdreieck und ein dritter vor dem Larynx und der Trachea, welche letztere diesen sogar überragte. Im Allgemeinen machte Pat. einen gesunden Eindruck, zeigte normalen Puls und Temperatur, fühlte sich kräftig und hatte einen guten Appetit. Die Achsel- und Leistendrüsen waren wenig geschwollen.

Da Pat. speziell in Hinsicht auf ihr gutes körperliches Befinden und das Fehlen jeglichen Schmerzes eine Operation emphatisch

ablehnte, so bekam sie Roncegnowasser innerlich und alle zwei Tage drei Tropfen Solut. ars. Fowleri mit der Pravaz'schen Spritze ausserdem. Diese Behandlung wurde drei Wochen lang fortgesetzt, ohne von irgend welchem Einfluss geblieben zu sein.

In Folge dessen und auch mit Rücksicht auf die grosse und lange andauernde Schmerzhaftigkeit nach der Einspritzung, hat wohl Pat. die Geduld verloren und konnte ich nichts weiter von ihr in Erfahrung bringen, als dass sie Ende September desselben Jahres gestorben ist, ohne sich einer Operation unterzogen zu haben.

### Sarkome.

Fall 1. Lymphosarkom. Frau Lizzie F., Hausfrau, 65 Jahre alt, in Oesterreich geboren. Familiengeschichte gut.

Vor sechs Monaten bemerkte sie einen kleinen Knoten in der rechten Submaxillargegend, welcher seither sich zu der Grösse eines Gänseeis entwickelt hatte und bedeutende Schwierigkeiten beim Schlucken erzeugte.

Am 17. Juni 1892, als Pat. zum ersten Mal bei uns vorstellig wurde, füllte die Geschwulst den ganzen zwischen processus Mastoideus und os hyoideum gelegenen Bezirk aus und drängte ausserdem den weichen Gaumen nach vorwärts.

In demselben befand sich eine Höhle von Haselnussgrösse, welche mit Detritus gefüllt war. Beweglichkeit war nicht mehr vorhanden. Hinfälligkeit sehr gross. Die Achsel- und Leistendrüsen waren sämmtlich angeschwollen, ferner konnten an beiden Vorderarmen kleine harte Sarkomknoten wahrgenommen werden. Eine Operation schien in diesem Stadium nicht mehr wohl rätlich.

Fall 2. Christof B., 61 Jahre alt, in Deutschland geboren. Familiengeschichte gut. Vor sechs Monaten bemerkte Patient einen stechenden Schmerz im linken Arm, welcher bis auf die Finger ausstrahlte.

Ausserdem fiel ein Gefühl der Schwäche und Schwere in der Schulter und dem Arm auf. Drei Monate später entdeckte er einen harten Knoten in der linken Supraklavikulargegend. Am 29. März 1892, als die erste Untersuchung auf unserer Abtheilung stattfand, war der hühnereigrosse Tumor auf Druck sehr schmerzhaft. Auf anti-lyetische Behandlung trat keine Reaktion ein, so dass wir uns zur Diagnose Lymphosarkom berechtigt hielten. Am 26. Mai Exstirpation. Heilung per primam.

Die nunmehr vorgenommene mikroskopische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose. Der Schmerz verschwand nunmehr, jedoch nur um in vier Wochen schon wieder zurückzukehren.

Schon drei Wochen nach der Operation konnte schon wieder ein Recidiv constatirt werden. Am 29. Juni erneute Exstirpation, welche diesmal sich nach hinten bis zu der Halswirbelsäule erstreckte. Die Geschwulst hatte sich so fest an das umgebende Bindegewebe

attachirt, dass ich die vena jugularis in toto zwei Mal unterbinden musste.

Wiederum Heilung per primam, der Schmerz jedoch dauert fort und kann nur temporär durch Morphium bekämpft werden. Am 10. August Symptome von Pleuritis. Exitus drei Tage später.

Die Autopsie ergab Pleuritis und eiternde Bronchitis. Keine Metastasen.

Fall 3. Max W., 8 Jahre alt, geboren in New York, Familiengeschichte gut.

Vor acht Wochen fing seine Nase an undurchgängig zu werden. Der Hausarzt diagnosticirte anfangs einen schweren Katarrh, später jedoch, als die Symptome durch Störung der Sprache und im Schlucken einen ernsteren Charakter annahmen, fiel ihm eine Vergrößerung der rechten Mandel und eine Projection des Gaumens auf. In der Annahme, dass ein Abscess in der Bildung begriffen war, incidirte er und entleerte — Blut. Wiederholte Punktion ergab dasselbe Resultat.

Am 13. November 1892, als ich Pat. zum ersten Mal zu untersuchen Gelegenheit fand, erschien die rechte Tonsille bis zu Hühnereigrösse entwickelt. Der weiche Gaumen ragte bis zur Zungenwurzel herunter. Mein erster Eindruck war, dass es sich um adenoide Vegetationen von ungewöhnlicher Ausdehnung handle, eine genauere Untersuchung belehrte mich jedoch darüber, dass ich es mit einer malignen Neubildung zu thun hatte. Vier Tage später entfernte ich nach temporärer Resektion des Unterkiefers den Tumor, welcher bereits die fossa sphenopalatina erreicht hatte, ohne nennenswerthe Gefässe verletzt zu haben. Die Operation hatte theilweise bei hängendem Kopf und nur unter temporärer Narkose stattgefunden.

Nachdem kurze Zeit ungetrübtes Wohlbefinden vorhanden gewesen war, wurde ich sehr durch das Auftreten eines Recidivs schon nach vier Wochen enttäuscht. Sechs Wochen nach der Exstirpation trat Dyspnoë ein, welche durch den Luftröhrenschnitt prompt beseitigt wurde. Hierauf trat wieder eine kurze Periode relativer Euphorie ein, welcher durch raschen Verfall des unglücklichen Kindes ein Ziel gesetzt wurde. Autopsie nicht gestattet.

Fall 4. Wenzel L., 31 Jahre alt. Böhme. Familiengeschichte günstig.

Vor drei Monaten bemerkte Pat. einen harten Knoten im Schlund. Da derselbe ihn beim Schlucken hindert, so liess er sich in der Poliklinik von Dr. FREUDENTHAL untersuchen, welcher, da eine spezifische Behandlung resultatlos blieb, zuerst den Verdacht einer malignen Neubildung aussprach. Am 10. October, als ich Pat. zum ersten Mal zu untersuchen Gelegenheit hatte, fand ich einen sehr harten, gänseei-grossen Tumor, welcher die ganze linke Tonsille, ferner den anstossenden Bezirk des weichen Gaumens einschloss und sich nach oben bis zur Schädelbasis ausdehnte.

Derselbe war schmerzhaft, konnte von aussen durchgeföhlt werden und zeigte innen beginnende Ulceration.

Einige Submaxillardrüsen waren angeschwollen.

Prophylaktisch wurde eine Tracheotomie vorgenommen und Trendelenburg's Tamponcanüle eingeführt, da selbstverständlich eine bedeutende Blutung zu erwarten stand.

Daran schloss sich sofort die temporäre Resektion des Unterkiefers nach LANGENBECK an. Nunmehr konnte das sehr harte Fibrosarkom, welches die Fossa sphenopalatina erreicht hatte, losgelöst werden. Ununterbrochenes Wohlbefinden stellte sich drei Monate lang ein, nach welcher Zeit ein Recidiv anfang, sich bemerkbar zu machen. Bald stellten sich auch Hirnsymptome, wahrscheinlich durch septische Infektion verursacht, ein. Vier Monate nach der Operation exitus. Keine Autopsie erlaubt.

#### Carcinom.

Fall 1. Rose F., 40 Jahre alt, Hausfrau. Steril. In Deutschland geboren. Familiengeschichte günstig.

Im Februar 1890 hatte ich eine vaginale Exstirpation des Uterus wegen Krebs vorgenommen, worauf zwei Jahre lang vollständige Euphorie eingetreten war. Am 7. Januar 1892, als ich Pat. zum ersten Mal wiedersah, erfuhr ich, dass seit einigen Wochen ein kleiner, schmerzloser Knoten am Hals sich gebildet hatte.

Die Untersuchung ergab einen haselnussgrossen Tumor in der rechten Supraclavikulargegend. Vollständige Beweglichkeit. Obgleich Patient sich in ausgezeichnetem Gesundheitszustand befand, war meine Annahme, dass es sich um ein Carcinom handle, mit Rücksicht auf die Vorgeschichte, wohl selbstverständlich. Mein dringender Rath, die Geschwulst sofort entfernen zu lassen, begegnete jedoch tauben Ohren.

Drei Wochen später hatte die Neubildung bereits die Grösse eines Gänseeis erreicht, war weicher und unbeweglich geworden. Besonders charakteristisch erschien ihre Adhärenz an die Haut, so dass der sogenannte Krebsnabel, ähnlich wie beim carcinoma mammae, sich formirt hatte. Da grosse Schmerzen auch nunmehr die Patientin peinigten, so suchte sie jetzt die Exstirpation selbst nach.

Am 5. April 1892 wurde die Entfernung ohne nennenswerthe Schwierigkeiten vorgenommen. Die Heilung erfolgte per primam. Patientin befand sich ganz wohl bis zum November desselben Jahres, wo ein Recidiv in der Narbe sich bemerkbar machte.

Kurze Zeit darauf trat Icterus und Anasarka auf, jedenfalls als Ausdruck eines Lebercarcinoms, welchem sie im Lauf von vier Wochen erlag. Keine Autopsie.

Fall 2. Henry W., 49 Jahre alt. In New York geboren. Von gesundem Aussehen. Vater war an Magenkrebs gestorben. Seit vier Monaten eine eiternde schmerzlose Geschwulst im linken, oberen Halsdreieck. Patient lehnte es ab, sich einer Operation zu unterziehen und entfloh aus unserer Abtheilung.

Fall 3. Casper B., 60 Jahre alt. In Deutschland geboren. Familiengeschichte günstig. Patient war immer wohl gewesen bis dass er

im December 1891 eine schmerzlose Geschwulst unterhalb der linken Seite seines Unterkiefers bemerkte.

Er schenkte derselben keine Beachtung, bis dass dieselbe langsam an Grösse zunahm und auch empfindlich wurde. Leinsamenumschläge wurden nunmehr vier Wochen lang applicirt und Jodkali zu gleicher Zeit eingenommen, bis die Haut über dem Tumor erweichte und sich röthete. Ein hervorragender New Yorker Chirurg, welcher nun zur Consultation citirt wurde, incidirte und löffelte in der Annahme, dass es sich schlechtweg um eine vereiternde Drüse handelte.

Kurz nachher schollen aber benachbarte Drüsen an, der Schmerz wurde intensiv und das Allgemeinbefinden schlecht.

Am 7. Mai 1892, als ich zum ersten Mal Gelegenheit hatte, Pat. zu untersuchen, fand ich einen harten Tumor von Haselnussgrösse in der Submaxillargegend.

Am vorderen Rand des Sternocleidomastoideus befanden sich vier vergrösserte Drüsen.

Die Exstirpation konnte erst nach Durchschneidung des Kopfnickers vorgenommen werden.

Nach drei Wochen war schon völlige Heilung eingetreten. Kurze Zeit darauf trat akute Manie auf. (Pat. hatte schon vorher wiederholte Attaquen von Delirium tremens gehabt.) Ein apoplektischer Anfall machte seinem Leiden ein Ende. Keine Autopsie.

Fall 4. Hippolyt L., 67 Jahre alt. In Oesterreich geboren. Familiengeschichte günstig. Drei Monate lang schon Störungen im Schlucken und brennendes Gefühl im Rachen. Behandlung Seitens des Hausarztes mit Gurgelwasser.

Am 11. März 1892 untersuchte ich den Patienten zum ersten Mal und constatirte grosse Hinfälligkeit des schwer krank aussehenden Mannes. Die Inspektion des Pharynx ergab einen hühnereigrossen Tumor, welcher die ganze rechte Tonsille occupirte. Die Ausschälung der sehr weichen Geschwulst war nicht sehr schwierig und konnte ohne präliminäre Operationen vorgenommen werden.

Im Ganzen befand sich Pat. neun Monate lang nach der Operation recht wohl. Ende Januar soll er, wie mir berichtet wurde, an Pneumonia gestorben sein.

Fall 5. *Carcinom* des Kehlkopfs. L. M., 43 Jahre alt, Bierwirth. In Deutschland geboren. Familiengeschichte gut. Pat. giebt an, Spezifiker zu sein.

Seit sechs Monaten Heiserkeit und langsam zunehmende Schluckstörung. Verlust an Kraft und Appetit.

Der Hausarzt, in dessen Behandlung er beinahe 15 Jahre lang geblieben war, berichtete, dass Patient wiederholt an Kehlkopfsymptomen und Schwellungen von Halsdrüsen gelitten habe. Jodkali, bei dessen Anwendung bisher stets Rückbildung dieser Erscheinungen eingetreten war, liess dieses Mal im Stich. Da die Dyspnoë einen gefahrvollen Charakter annahm, so wurde von einem hervorragenden hiesigen Chirurgen der Luftröhrenschnitt vorgenommen. Nachher



wurde eine energische antiluetische Behandlung eingeleitet. Temporäre Besserung speziell des Allgemeinbefindens trat sofort ein; die Supraklavikulardrüsen jedoch, beiderseits bis zum unteren Rand des Schildknorpels reichend, verkleinerten sich nicht.

Am 16. Januar hatte ich zum ersten Mal Gelegenheit, Pat. zu untersuchen. Grosse Hinfälligkeit und Appetitverlust war zu constatiren. Die Temperatur betrug 100, der Puls 90, die Respiration 26. Keine Dyspnoë. Der Trachealkanal war gut formirt. Keine Stimme. Einige Wörter können jedoch immerhin verstanden werden. Pat. wurde von mir in das St. Mark's Hospital zur Beobachtung überwiesen.

Behandlung mit täglichen Inunctionen. Eine laryngoskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein einer irregulären Masse, welche die Kehlkopfhöhle derart infiltrierte, dass dieselbe völlig von ihr ausgefüllt war. Die ganze Ausdehnung der Geschwulst konnte natürlich gar nicht mehr übersehen werden. Ein fötider Geruch entstieg, wie ich beiläufig erwähnen will, dem Krankheitsheerd.

Am 23. Januar trat Schüttelfrost und wiederholtes Erbrechen ein. Temperatur 104,4. Puls 100. Respiration 30. Therapie zwei weitere Tage exspektativ.

Da keine Wendung zum Bessern eintrat, so nahm ich die Exstirpation des Kehlkopfs vor. Nachdem die Trendelenburg'sche Tamponkanüle eingelegt worden war, wurde in der Medianlinie ein Längsschnitt ausgeführt, welcher vom Zungenbein bis zum dritten Trachealring reichte. Hierzu wurde ein Querschnitt dem Zungenbein entlang gefügt.

Nach Durchtrennung der Weichtheile wurden dieselben sammt dem Periost zur Seite gedrängt und so mit Hülfe einer COOPER'schen Scheere der ganze Knorpel blossgelegt.

Die arteria cricothyreoidea und später die laryngea superior konnten vor der Durchschneidung unterbunden werden. Mittelst eines stumpfen Hakens wurde nunmehr der Kehlkopf nach vorn gezogen und in Verbindung mit ihm die Epiglottis entfernt, nachdem vorher der Zusammenhang mit dem Oesophagus getrennt worden war. Zwei Ligaturen wurden alsdann am dritten Luftröhrenring befestigt, über denselben war die Durchtrennung vorgenommen und die grosse Höhle offen gelassen und mit Jodoformgaze ausgefüllt worden. In den Oesophagus wurde eine Magensonde eingeführt und 3 Tage in situ gelassen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab zur Evidenz das Vorhandensein eines Carcinoms.

Das Befinden des Patienten nach der Operation war ein ganz vorzügliches.

Die nächsten Tage darauf blieb die Temperatur normal, der Puls 90 und die Respiration 21.

An Stelle der Tamponkanüle wurde Tags darauf eine gewöhnliche placirt. Die einzige Klage des Patienten galt der profusen Salivation. Die Gaze wurde zwei Mal täglich erneuert. Am 4. Februar erschien

die Gaze saturirt mit arteriellem Blut, weshalb ich sie vorsichtig herauszog. Als das letzte Stück entfernt wurde, nahm die Blutung einen bedenklichen Charakter an; ich konnte jedoch durch Aufpressen meines Zeigefingers die Stelle so lange erfolgreich comprimiren, bis der Kopf in die Hängelage gebracht war. Nun war es ein Leichtes, die Quelle der Blutung an einem kleinen Ast der a. cricothyreoidea zu entdecken, vor welchem die Ligatur weggeschlüpft war. Er wurde leicht gefasst und unterbunden. Die Höhle wurde wiederum mit Jodoformgaze ausgestopft.

Die Speiseröhrensonde war schon zwei Tage früher entfernt worden und wurde nur drei Mal des Tages Zwecks der Ernährung eingeführt.

Am 10. Februar, nachdem Patient sich im denkbar besten Zustand befunden hatte (er konnte z. B. schon im Hospital herumgehen) trat plötzlich ein Schüttelfrost auf. Es entwickelte sich eine Pneumonie, welcher Pat. schon am folgenden Tage erlag.

Die Autopsie ergab das Vorhandensein einer doppelseitigen Lungenentzündung. Die bedeutende Vergrösserung der Bronchialdrüsen musste den Gedanken nahe legen, dass eine früher vorgenommene Exstirpation weit grössere Chancen geboten hätte.

#### Fall 6. Carcinom der Supraclaviculardrüsen.

Frau Adelaide S. (vorgestellt in der Novembersitzung der N. Y. County Med. Society) 53 Jahre alt, steril. In Deutschland geboren. Die Mutter war an einem Abdominaltumor gestorben.

Patientin war immer gesund gewesen, bis dass sie im Januar 1888 einen kleinen Knoten in der rechten Brustdrüse, nahe der Warze, bemerkte. Mehrere Monate lang behandelte Patientin sich selbst, da sie den kleinen schmerzlosen Tumor für eine ganz unschuldige Erscheinung hielt. Erst im Mai 1888, als sie ihren Hausarzt zu Rathe zog, wurde ihr der Rath zu Theil, eine sofortige Amputation vornehmen zu lassen.

Am 20. Mai vollzog ich dieselbe, räumte die Achselhöhle aus und exstirpirte mehrere Drüsen daselbst, welche, wie ich beiläufig erwähnen will, vorher nicht durch die Haut von mir durchgeföhlt werden konnten. Heilung per primam. Zunahme an Gewicht.

Zwei Jahre später, im April 1890, entdeckte Patientin in der Narbe zwei Knoten von Haselnussgrösse, welche ich alsbald exstirpirte.

Heilung abermals per primam.

Im Februar 1892 waren nach völligem Wohlbefinden wiederum sechs Knoten, dieses Mal von Erbsen bis Wallnussgrösse aufgetreten und ebenfalls exstirpirt worden.

Drei Monate später begannen die Supraklavikulardrüsen zu schwellen. Injektionen von Jodoformäther wurden neben dem internen Gebrauch von Roncegnowasser versucht und schien es mir, als ob unter dieser Behandlung dem Drüsenwachsthum Einhalt geschah.

Am 29. October, drei Monate seitdem ich Patientin zuletzt untersucht hatte, erschien sie wieder mit einem wallnussgrossen Knoten in

der Mitte der Brustdrüsennarbe. Das Allgemeinbefinden war dieses Mal nicht so befriedigend als früher.

Es wurde unverzüglich zur Exstirpation geschritten und obgleich eine grosse Menge Haut auch dieses Mal wieder geopfert werden musste, konnten die Wundränder vereinigt werden. Trotz der grossen Spannung trat wiederum Heilung per primam ein. Dieses Mal konnten keine Drüsen in der Axilla nachgewiesen werden. Es fiel mir sehr auf, dass nach dieser vierten Exstirpation die Supraclaviculardrüsen bedeutend an Grösse abnahmen; bis jetzt, 5 Wochen nach der ersten Operation befand sich Pat. in einem sehr befriedigenden Zustand. Die sich hartanfühlenden Supraklavikulardrüsen sind noch mässig vergrössert und verursachen keine Beschwerden, wesshalb auch die Exstirpation abgelehnt wird.

(Zur Zeit des Druckes dieser Abhandlung befindet sich Pat. noch frei von Recidiv.)

Fall 7. Carcinoma oesophagi. Philipp N., 59 Jahre alt, in Deutschland geboren.

Familiengeschichte günstig. Seit dem letzten Jahre ein brennendes Gefühl beim Schlucken warmer Speisen; seit den letzten vier Monaten auch Störungen im Schlucken.

Am 9. Januar, als ich Pat. zum ersten Mal untersuchte, fand ich normalen Puls und Temperatur. Aussehen krank.

Neun Zoll von der vorderen Zahnreihe konnte eine Striktur nachgewiesen werden, durch welche nur eine sehr dünne Sonde durchpassiren konnte.

Wiederholte Sondendilatation besserte seinen Zustand temporär, später jedoch wurden die Schluckbewegungen immer schwieriger. Pat. verliess unsere Abtheilung schliesslich. Ein weiterer Krankenbericht war nicht zu erhalten.

Fall 8. Oesophagotomie. Martha R., 61 Jahre alt. Wittwe. In Deutschland geboren. Mutter war an Uteruskrebs gestorben. Unter ihren 4 Kindern war eines im frühesten Alter gestorben, die anderen drei leben und sind gesund.

Pat. hatte sich immer wohl befunden, bis sie vor sechs Monaten leichte Schluckbeschwerden wahrnahm. Vor zwei Monaten machte sich eine Schwellung an der linken Seite des Kehlkopfes bemerkbar.

Momentan kann Pat. nur flüssige Nahrung schlucken.

Eine Sonde allerkleinsten Kalibers passirt die Striktur sechs Zoll weit hinter der Zahnreihe.

Am 7. Februar Längsschnitt am hinteren Rand des Kopfnickers.

Dazu später ein Querschnitt, der bis zur Mitte des Larynx reicht.

Vagus, carotis und jugularis werden zusammen mit dem Ramus descendens des n. hypoglossus mittelst stumpfer Haken zurückgezogen. Eine Bleisonde, welche vorher per os eingeführt worden war, war nicht durchzuföhlen, so dass ich gezwungen war, den Oesophagus zwischen zwei Pincetten anzuschneiden.

Ein Tumor von Hühnereigrösse konnte nun deutlich gefühlt werden. Nachdem der untere Theil desselben auf stumpfem Wege gelöst worden war, konnte er im Zusammenhang mit dem Oesophagus mit der Scheere vollends abgetrennt werden.

Hierauf war es leicht, den oberen Theil ebenfalls abzutragen.

Der Zwischenraum zwischen den zwei Speiseröhrenfragmenten betrug ein und einen halben Zoll. Genäht wurde nicht. Ein weicher Katheter wurde Zwecks der Ernährung in situ gehalten.

Ausstopfung mit Jodoformgaze. Tags darauf war Pat. sehr schwach. Temperatur 101. Puls 120.

Zwei Tage nach der Operation begann das Operationsfeld übel zu riechen. Zugleich sonderte die Wunde profus serösen Eiter ab. Vier Tage später erlag Pat. einer rechtsseitigen Pleuritis. Autopsie nicht gestattet.

Drei Fälle von luetischen Tumoren wurden der Abtheilung für Syphilis überwiesen.

#### Fibrome.

Fall 1. William O., 41 Jahre alt, Fuhrmann. Leidet seit 9 Jahren an 17 Tumoren von Haselnuss bis Gänseeigrösse.

Die Geschwülste waren seit vier Jahren nicht mehr gewachsen und nahmen beiderseits die Subaurikular und Supraklavikulargegend ein.

Da die einzige Klage des Patienten sich auf das entstehende Aussehen bezog, so konnte er nicht zur Operation überredet werden. Patient hatte übrigens erwartet, durch ein Liniment von seinen Tumoren befreit werden zu können.

Fall 2. Jakob W., 41 Jahre alt, Hausirer. In Deutschland geboren. Seit den letzten drei Jahren hatte Patient einen harten Knoten in der Subaurikulargegend bemerkt, welcher nunmehr bereits die Grösse eines Gänseeis erreicht hatte. Exstirpation am 6. Mai 1892. Heilung per primam. Bis dato gesund geblieben.

Fall 3. Harris B., 28 Jahre alt, Buchhalter. In New York geboren. Leidet seit zwei Jahren an einer harten, langsam wachsenden Geschwulst der rechten Subaurikulargegend. Im status praesens von Hühnereigrösse. Exstirpation am 16. Februar 1893. Heilung per primam.

#### Lipome.

3 Fälle, sämmtlich Männer 21, 30 und 53 Jahre alt. Zwei der Fettgeschwülste lagen in der Subaurikulargegend, eine occupirte den Bezirk oberhalb der Querfortsätze des vierten und fünften Halswirbels. In sämmtlichen Fällen Heilung per primam nach der Exstirpation.

Das eine, einem 53jährigen Manne angehörige Lipom war erst für ein Fibrom vor der Entfernung gehalten worden, ein Irrthum, welcher dadurch verzeihlich erscheint, dass es sich sehr hart anfühlte und dass mehrere dicke Stränge fibrösen Gewebes die Fettläppchen durchsetzten.

## Struma.

6 Fälle. (2 colloide und 4 fibröse)—2 männl., 4 weibl. Im Alter von 14, 17, 30, 40, 42 und 51 Jahren. Vier stammten aus Deutschland, zwei aus der Schweiz. Keine einzige der Geschwülste überschritt Gänseeigrösse. In dem einen Fall einer 40jährigen Frau war vor vier Jahren eine Kropfexstirpation vorgenommen worden. Damals soll die Struma Mannesfaustgrösse erreicht gehabt haben. Nunmehr war ein gänseeigrosser Tumor auf beiden Seiten vorhanden. Drucksymptome waren mit Ausnahme des Falles eines 51 Jahre alten Schweizers nie vorhanden. Letzterer hatte häufige asthmatische Anfälle.

Sämmtliche Fälle wurden durch sieben- bis vierundzwanzigmalige Injectionen von Jodoformaether hergestellt. Gleichzeitig wurde Jodkali intern verabreicht.

Alle Fälle von Struma, welche ich im Laufe von elf Jahren in New York zu beobachten Gelegenheit hatte, — es mögen höchstens 24 an der Zahl sein—können nicht im Entferntesten mit den in vielen Theilen Süddeutschlands, der Schweiz und Tirols endemisch verbreiteten verglichen werden, sowohl was die Grösse des Kropfes, als auch die Folgeerscheinungen betrifft. Es wäre leicht möglich, dass wir dies dem ausgezeichneten hiesigen Trinkwasser zu danken haben, wenn wir von der parasitären Kropftheorie absehen wollen.

## Angiome.

Drei Fälle von Kindern (1 männlich, 2 weiblich). Dieselben waren 1, 3 und 18 Monate alt, als sie in unsere Behandlung kamen.

Eine, von Vierteldollargrösse hatte sich im rechten oberen Dreieck etablirt; die zwei anderen gerade über dem Manubrium sterni. Eine der Neubildungen war von Halbdollargrösse, die andere grösser als ein Silberdollar.

Die zwei kleineren Gefässgeschwülste konnten mühelos durch den Paquelin'schen Thermocautère zerstört werden; die grosse jedoch war zuerst mittelst Galvanopunktur von mir behandelt worden. Da diese Methode sehr lange Zeit in Anspruch nahm, ohne ein zufriedenstellendes Resultat zu liefern, so wurde unsere Geduld schliesslich erschöpft, und unternahm ich es deshalb, die ganze grosse Neubildung auf ein Mal mit dem Paquelin zu verkohlen. Eine sehr grosse Narbe blieb nach der Verheilung zurück, welche mittelst Massage längere Zeit hindurch behandelt wurde, so dass keinerlei Beweglichkeitsstörungen Seitens der Halsmuskulatur auftrat.

## Atheroma (Oberflächlich gelegen).

3 Fälle. Sämmtlich einfacher Natur und nicht adhärent, so dass sie mit Leichtigkeit nach meiner oben beschriebenen Methode entfernt werden konnten.

### Hydrocele colli.

Ein Patient, Martin L., 14 Jahre alt, hatte seit seiner Geburt einen weichen haselnussgrossen Knoten in der Mitte des vorderen Kopfnickerrandes.

Der Hausarzt diagnosticirte einen kalten Abscess und rieth eine Incision, gestützt auf das Vorhandensein von Fluktuation, ohne aber in Betracht zu ziehen, dass das Kind ein Bild von Gesundheit war. Die Aspiration, deren Unterlassung überhaupt bei zweifelhaften Fällen einem Criminalverbrechen gleichkommt, förderte seröse Flüssigkeit zu Tage. Eine viermalige Iodoformätherinjection brachte den Abscess zum Verschwinden.

### Meningocele spinalis.

Anna R., 2 Tage alt, mit einem hühnereigrossen Tumor in der Mitte des Nackentheils des Halses geboren. Gesundes Aussehen, keine paralytischen Symptome. Leichte Fluktuation. Aspiration ergab klare seröse Flüssigkeit. Da die Geschwulst beweglich war, so konnte man leicht eine Lücke durch den Körper des vierten Halswirbels durchfühlen. Eine am 16. März 1893 vorgenommene Incision wies einen mit Cerebrospinalflüssigkeit gefüllten Sack nach, der aus dura mater sich zusammensetzte und reseziert wurde.

Die Wundenden wurden durch drei Catgutsuturen (dünnste Nummer) vereinigt. Heilung per primam intentionem.

Die nächsten Tage wurde das Befinden des Kindes nur durch wiederholte Brechbewegungen gestört. Bis dato völlige Euphorie.

Da die Kommunikation mit dem Wirbelkanal sehr klein war, so mag wohl ein dauernder Verschluss erwartet werden.

### Congenitale Fistel.

Rebecca R., 21 Jahre alt, in Oesterreich geboren, litt seit ihrer Geburt an einer kleinen Oeffnung am vorderen Rande des Kopfnickers, ungefähr einen halben Zoll oberhalb des oberen Sternalrandes. Wenn man eine dünne Sonde einführte, so stiess man auf das grosse Horn des Zungenbeins. Gelatinöse Flüssigkeit entleerte sich zuweilen aus dem Kanal, welcher sich wiederholt spontan geschlossen hatte.

Auf siebenmalige Applikation einer galvanischen Nadel wurde dauernde Occlusion erzielt.

### Torticollis.

Drei Fälle. Leichte Skoliose bei sämtlichen Patienten vorhanden. Im Alter von sieben Monaten, von 1½ und von 13 Jahren.

Zwei männlich, einer weiblich. Sämtliche Fälle wurden unter breiter Eröffnung operirt, da ich die Ueberzeugung habe, dass man nur auf diese Weise alle Muskelfasern auch wirklich total durchtrennen kann.

Bei der Nachbehandlung wurde ein Jury Mast verwendet. Die Heilung war stets eine vollkommene.

### Caries und Nekrosis der Halswirbelsäule.

Fall 1. Carrie N., 4 Jahre alt, in New York geboren. Familiengeschichte günstig. Seit einem Jahr kyphotisch.

Die Verkrümmung soll sofort nach einem Fall eingetreten sein.

Am hinteren, mittleren Rand des rechten Kopfnickers ein Abscess.

Der Hausarzt machte einen Einschnitt und entleerte ungefähr zwei Esslöffelvoll dicken, übelriechenden Eiters. Da der Zustand der Patientin sich hiernach nicht besserte, wurde dieselbe unserer Abtheilung zugewiesen.

Am 29. Mai 1892 stiess ich bei sorgfältigem Manipuliren mit einer dünner Sonde auf rauhen Knochen. Durch Thürflügelschnitt am hinteren Rand des Kopfnickers konnte ich mich leicht auf stumpfem Wege zum prävertebralen Raum durcharbeiten, woselbst ich ungefähr einen Esslöffel voll käsigen Eiters vorfand.

Der dritte und vierte Querfortsatz, ferner ein Theil des Wirbelbogens, hingen lose an der Wirbelsäule und waren nekrosirt, wesshalb ich sie ohne Weiteres extrahirte.

Die Cavität wurde mit Jodoformgaze ausgestopft, und ein Gipsverband angelegt, welcher Brust und Kopf zugleich einschloss.

Correspondirend mit dem Wundkanal war ein Fenster eingeschnitten worden.

Pat. erholte sich derart, dass sie nach drei Monaten schon in einem nahezu normalen Zustand war, bis sie der damals bösartig grassirenden Grippe zum Opfer fiel.

Fall 2. Jacob R., 2 Jahre alt. Familiengeschichte gut.

Vor sechs Monaten war nach kurzem Unwohlsein in der linken Submaxillargegend eine Geschwulst entstanden, welche vom Hausarzt incidirt worden war.

Eine ziemliche Menge Eiters wurde entleert, die Wunde heilte aber doch nicht „trotz des Gummidrains und der sorgfältigsten antiseptischen Vorsichtsmaßregeln“. — Was überhaupt unter der Flagge *sorgfältigste antiseptische Cautelen* segelt, ist geradezu haarsträubend. —

Wie mancher College schildert mir, wenn ich am Grabe chirurgischen Wissens so zu sagen Gevatter stehen soll, im Brustton der Ueberzeugung, dass er gar nicht begreifen könne, dass es mit dem Patienten bergab gehe. Er habe Alles gethan, was die Wissenschaft von heutzutage ihrem Füllhorn entnehmen lässt, Sublimat, Carbol, Jodoform und alles mögliche Andere. Die striktesten antiseptischen Vorsichtsmaßregeln etc. seien innegehalten worden! Das lautet gerade so, als ob die Chirurgie so ziemlich gleich bedeutend mit der Kenntniss einiger Steinkohlentheerpräparate wäre.

Nun, zu diesem Gipfel wissenschaftlicher Erkenntniss hat sich die sogenannte vielerfahrene gute Familiantante auch emporgeschwungen, und ein moderner Mephisto könnte demnach auch kühnlich behaupten: „Der Geist der Chirurgie ist leicht zu fassen“. —

Am 8. December 1892 ergab eine mit der Sonde auf unserer Abtheilung vorgenommene Untersuchung rauhen Knochen. Ein

longitudinaler Schnitt am hinteren Kopfnickerrande liess mich zum Querfortsatz des Epistropheus vordringen. Da derselbe cariös war, so meisselte ich ihn ab. Unter offener Behandlung, wie im Fall 1, trat elf Wochen später Heilung ein.

Dies Mal immobilisirte ich unter Anwendung meiner Modifikation der KRAMER'schen Schiene. (Vgl. Dr. CARL BECK. Ueber Modifikation der KRAMER'schen Schiene. New Yorker Medicinische Wochenschrift, Januar 1893).

Die leicht adaptirbare Schiene reichte vom achten Brustwirbel vornüber gebogen bis zur Stirn.

Fall 3. Rosalie B., 24 Jahre alt. In Russland geboren. Hausfrau. Mutter zweier gesunder Kinder. Familiengeschichte günstig.

Vor acht Monaten bemerkte sie rechterseits in der Mitte des Halses eine schmerzhaftige Schwellung, welche vier Wochen nach ihrem Bestehen vom Hausarzt eröffnet wurde.

Nachbehandlung mit omnipotenten Schmieralien, unter deren Anwendung Pat. glücklich 27 Pfund verlor. Die leichteste Bewegung des Kopfes verursachte grosse Schmerzen.

Im Januar 1892 wurde Pat. zum ersten Mal auf unserer Abtheilung vorstellig. Es wurde eine Fistel hinter dem cornu majus des Zungenbeins constatirt. Eine in dieselbe vorsichtig eingeführte Sonde wies entblössten Knochen nach.

—„Bei einer Sondenuntersuchung soll man nicht leicht die Geduld verlieren! Man gebrauche niemals Gewalt und lasse es sich nicht verdriessen, Minuten lang mit einem kleinen, biegsamen Instrument leicht drehende Bewegungen zu machen!“—

T-förmige Längsincision am hinteren Kopfnickerrand.

Uebrigter Theil der Operation wie oben. Ein nekrotisches Knochenfragment von Haselnussgrösse, welches leicht dem fünften Halswirbelbogen anhing, konnte ich mühelos entfernen. Offene Behandlung. Vollständige Verheilung schon nach drei Monaten. Vor neun Wochen noch wurde Pat. von einem kräftigen Kind entbunden.

#### Retropharyngealabscess (3 Fälle.)

An dieser Stelle mag es mir gestattet sein, zu erwähnen, dass schon am 18. Mai 1886 Dr. MAX BRACKER und ich eine *äusserliche* Eröffnung eines Retropharyngealabscesses an einem 18 Monate alten Kinde vornahmen, indem wir von der Ansicht ausgingen, dass eine antiseptische Wundbehandlung vom Munde aus ein Ding der Unmöglichkeit ist. Später machte ich es mir zur Gewohnheit, eine Gegenöffnung an der entgegengesetzten Halsseite hinzuzufügen. Ich that dies, indem ich meinen Zeigefinger in die Wunde einführte und auf seiner Spitze am hinteren Rand des gegenüberliegenden Kopfnickers einschnitt.

Sodann führte ich einen mit 50 procentiger Jodoformgaze umwickelten Gummidrain quer durch den Hals ein, wodurch ich mit Sicherheit eine Eiterretention vermieden zu haben glaube. Nach einigen Tagen wurde der Drain derart gekürzt, dass er nur noch bis zum Boden der



ursprünglichen Wundhöhle ragte. Sodann wurde nur mit Jodoformgaze ausgestopft.

Fall 1. Charles H., 4 Jahre alt. In New York geboren. Familiengeschichte gut. Am 10. Mai 1892 wurde ich von einem hervorragenden Arzt gerufen, um einen Luftröhrenschnitt wegen Croup auszuführen. Der kleine Patient hatte an chronischem Nasenkatarrh gelitten und konnte seit sieben Wochen überhaupt nicht mehr durch die Nase athmen. Seit fünf Tagen allmähliche Steigerung von Dyspnoë und Heiserkeit. Bei meiner Visite fand ich ziemliche Dyspnoë, zu gleicher Zeit jedoch deutete das leichte schnarchende Athemgeräusch auf Störungen im Nasenrachenraum.

An beiden Seiten des Halses war eine kaum nennenswerthe Schwellung vorhanden. Dieselbe war auf Druck nicht empfindlich. Drei oder vier Drüsen von höchstens Erbsengrösse konnten ebenfalls nachgewiesen werden. Die Rachenwand liess absolut nichts Abnormes erkennen, speziell konnte auch bei Palpation mit dem Zeigefinger keine Fluktuation nachgewiesen werden.

Die Schwellung jedoch, so geringfügig sie auch erschien, konnte mir den Verdacht nicht nehmen, dass die Athembeschwerden durch einen tiefliegenden, auf den Larynx pressenden Abscess hervorgerufen waren. Ich bestand desshalb wohl oder übel darauf, dass zuerst ein äusserer Einschnitt gemacht werden sollte, bevor der Luftröhrenschnitt in Frage kam.

Und, in der That, als ich am hinteren Rand des Kopfnickers eine Incision, wie man sie bei der Oesophagotomie gewöhnlich vornimmt, ausgeführt hatte, entdeckte ich bei langsamem stumpfem Vorgehen einen Esslöffel voll rahmigen Eiters auf gleicher Höhe mit dem fünften Halswirbel. Geringe aber vorläufig genügende Erleichterung trat sofort ein. Die Heilung nahm nachher im Ganzen sechs Wochen in Anspruch.

Fall 2. Bella N., zwei Jahre alt. In New York geboren. Familiengeschichte gut. Seit vier Monaten Nasenkatarrh. In den letzten zwei Tagen Schnarchen und Störungen beim Athmen und Schlucken.

Am 1. März 1892 fand ich das Kind cyanotisch und mit ängstlichem Gesichtsausdruck, Mund weit offen. Schwere Respiration, Schnarchen und näselndes Schreien. Steifigkeit des ganzen Halses. In der rechten Submaxillargegend ein gänseeigrosser Tumor. Die Untersuchung des Pharynx ergab eine geringfügige Schwellung, welche die hintere Rachenwand nach vorn presste. Palpation ergab Schwappung. Sofortige Incision und Gegenöffnung brachte augenblickliche Erleichterung. Völlige Heilung war nach vier Wochen eingetreten.

Fall 3. Moritz P., 11 Monate alt, in New York geboren. Familiengeschichte gut. Nasenkatarrh seit der Geburt. Die letzten sechs Tage totale Obstruktion beider Nasenlöcher. Charakteristisches Athemgeräusch, wie es bei ausschliesslicher Mundathmung auftritt. Seit zwei Tagen Störungen im Schlucken. Unvermögen die Brust zu nehmen.

Am 27. Juli, dem Tag meiner ersten Untersuchung, erschien das sehr anämisch aussehende Kind unruhig und hatte seinen Mund weit offen. Sein Schnarchen konnte schon vor der Thüre des Krankenzimmers gehört werden.

In der linken Submaxillargegend zeigte sich eine harte Geschwulst von Hühnereigrösse. Der Rachenraum war nahezu von einem Tumor gleicher Grösse ausgefüllt. Fluktuation deutlich vorhanden. Incisionen an beiden Seiten des Halses (in der Narkose) brachten sämmtliche oben beschriebenen Symptome zu sofortigem Stillstand.

Vollständige Heilung nach 4 Wochen.

#### Angina Ludovici.

Fred. A., 40 Jahre alt. In Deutschland geboren. Familiengeschichte gut. War stets gesund gewesen, bis vor 2 Tagen ein Schüttelfrost einsetzte, welchem bald heftige Schmerzen im Rachen folgten. Der Hausarzt diagnosticirte eine Tonsillitis.

Am nächsten Tag nahmen die Symptome einen bedenklichen Charakter an. Eine harte submentale Schwellung entstand.

Am 20. December 1892, als ich Patienten zum ersten Mal zu untersuchen Gelegenheit fand, machte derselbe auf mich den Eindruck eines Septischen.

Temperatur 102. Puls 125. In der Submental- und rechten Submaxillargegend war eine Schwellung von mehr als Gänseeigrösse vorhanden.

Leichte Dyspnoë und prononcirte Dysphagie zeigten sich. Die hintere Pharynxwand erschien nach vorn gedrückt. Ein Längsschnitt am hinteren Kopfnickerrand, an welchen sich eine Querincision längs des unteren Randes der Mandibula anschloss, liess mich auf einen kleinen Eiterherd stossen. In demselben befand sich nur ein Theelöffel voll eines serös-purulenten Liquidums und nekrotisches Gewebe. Die Heilung trat sehr rasch ein.

#### Spondylitis.

9 Fälle. 6 männlich, 3 weiblich. 2 in Deutschland, 3 in Oesterreich 1 in Russland und 3 in New York geboren. 4 unterhalb dreier Jahre, 3 zwischen drei und dreizehn und 2 oberhalb dieser Altersgrenze. In 4 Fällen war die Familiengeschichte günstig, 5 hatten wiederholt an Bronchitis, Pneumonie und Pleuritis gelitten. Sämmtliche Patienten waren mittelst eines Jurymast lokal und innerlich nach denselben Principien, wie sie bei der Behandlung der Tuberkulose massgebend sind, behandelt worden. (Vgl. oben.) Vier Patienten sind gänzlich geheilt, fünf haben sich gebessert und stehen noch unter Behandlung.

#### Partielle Dislocation (Wirbeldiastase).

Fall 1. George N., Brauer, 43 Jahre alt. In Deutschland geboren. Gesund. Vor einer Woche fiel Pat. von einem Bierwagen. Während des Falles traf ein volles, nachrollendes Fass seinen Hals. Zwei Stun-

den lang anhaltende Bewusstlosigkeit. Nachher bestand die einzige Klage in einer Steifigkeit des Nackens und beider Schultern. Ferner machte sich ein brennender Schmerz der Wirbelsäule entlang bemerkbar. Beide Arme konnten nur unvollkommen in die Höhe gehalten werden. Keinerlei Störungen der Sensibilität, jedoch in der Sprache und im Schlucken.

Wirbelsäule unbeweglich. Am 21. Juni 1892, fand ich bei meiner ersten Untersuchung eine sehr bedeutende Prominenz des Dornfortsatzes des vierten Halswirbels. Der Fortsatz des dritten Wirbels war dementsprechend eingesunken. Der in den Pharynx eingeführte Zeigefinger konnte den dritten Halswirbel als Projection deutlich fühlen, während der vierte zurückgewichen war.

Rückenlage und permanente Extension in der Glisson'schen Schwinde wurden 10 Wochen lang fortgesetzt unterhalten.

Pat. hatte sich darnach sehr gebessert. Ueber sein späteres Befinden konnte leider nichts eruirt werden.

Fall 2. Diastase des fünften Halswirbels (vgl. Dr. Carl Beck, New Yorker Medicinische Monatsschrift, Mai 1892). John T., 26 Jahre alt, von grosser Statur. In New York geboren. Spezifiker. Vor sieben Wochen fiel Pat. beim Mauersteintragen von einer Stehleiter und blieb einige Minuten bewusstlos. Eine ganz deutliche Formveränderung in der Nackengegend soll damals schon seinen Kameraden aufgefallen sein. Der Hals blieb steif und sehr schmerzhaft; ebenso die obere Brustwirbelgegend. Keine paralytischen Symptome.

Am 8. Februar 1892, dem Tag meiner ersten Untersuchung, machte Pat. den Eindruck eines Kyphotikers.

Nur mit Hilfe eines immobilisirenden Halskragens war er im Stande zu sitzen oder aufzustehen.

Absolut keine Beweglichkeit. Leichte Störungen beim Schlucken, jedoch nicht in der Sensibilitätssphäre. Stimme matt und heiser.

Vom zweiten Brust- bis zum dritten Halswirbel eine mannesfaustgrosse, auf Druck sehr schmerzhaft Protuberanz. In diesem Stadium war es ein Ding der Unmöglichkeit, die einzelnen Wirbel, welche an der Verletzung Theil genommen hatten, zu unterscheiden.

Eine Inspektion des Rachens liess eine Curvatur der Wirbelsäule erkennen. Bei der Palpation konnte man eine Projection des sechsten und eine Rückwärtslagerung des fünften Halswirbels constatiren.

Dr. FREUDENTHAL, welcher die Güte hatte, eine laryngoskopische Untersuchung vorzunehmen, sah sich ausser Stande, den Larynx zu beleuchten, da dessen Eingang von der Protuberanz nahezu überdeckt war.

Nach einer drei Monate langen Behandlung mit der Glisson'schen Schwinde, verbunden mit gleichzeitiger Inunktionskur, trat Heilung bis zu dem Grade ein, dass ein Vorsprung im Rachen überhaupt nicht mehr gefühlt werden konnte. Aussen dagegen konnte man nach einem Jahr nach dem Unglücksfall eine Erhöhung von Haselnussgrösse bemerken. Irgendwelche Beschwerden waren nicht vorhanden. Es ist

nun fraglich, in wie weit der luetische Zustand an der ursprünglichen Schwellung theilhaftig war.

Unmöglich wäre es nicht, dass die Vitalität der Gewebe durch die Lues derart beeinträchtigt worden war, dass eine Dislokation eben sehr viel leichter, als bei einem sonst normalen Individuum erfolgen konnte.

Tonsillenhypertrophie. (9 Fälle.) In Rücksicht auf diesen Zustand sei bloss bemerkt, dass die Entfernung stets mit einem geknöpften Messer vorgenommen wurde von der Ansicht ausgehend, dass, wenn man mittelst einer seitlich gezähnten Muzeux'schen Zange das hypertrophirte Organ aus seinem Bett hervorzieht, eine viel grössere Portion desselben entfernt werden kann.

#### Entstellende Brandnarben.

Jacob W., 3 Jahre alt. In New York geboren. Am 20. April 1892 Brandwunden dritten Grades an der ganzen rechten Halsseite. Die vollständige Heilung erfolgte nach 3 Monaten unter der Bildung harten Narbengewebes, welches eine derartige Contraktur veranlasste, dass das Kinn beinahe an das Brustbein stiess.

Ruhelage in der Glisson'schen Schlinge übte einen Gegenzug mit so gutem Erfolg, dass nach 6 Monaten der Kopf, gestützt auf eine immobilisirende Halskravatte, aufrecht getragen werden konnte.

#### Fremdkörper im Oesophagus.

Fall 1. Deborah L., 18 Monate alt. In Russland geboren, (vgl. Fremdkörper im Oesophagus von Dr. Carl Beck, New Yorker Medicinische Monatschrift, April 1892.) hatte beim Spielen ein Vierteldollarstück verschluckt. Mehrere Collegen hatten ohne Erfolg versucht, durch Brechbewegungen und Extractionsversuche den Eindringling zu Tage zu fördern.

Die kleine Patientin war im Stande, flüssige Nahrung zu schlucken, zuletzt aber erbrach sie auch diese. Als ich die Krankengeschichte vernahm, welche zudem ergab, dass das Unglück schon vor 4 Wochen passirt sei, glaubte ich ein Märchen gehört zu haben. Ich wagte nicht, es verstehen zu wollen, wie ein Geldstück von solcher Grösse die Speiseröhre eines Kindes in diesem Alter passiren könnte und noch viel weniger, dass ein solcher Zustand 4 Wochen lang ertragen werden konnte, ohne alarmirende Erscheinungen hervorzurufen.

Ich gewann deshalb den Eindruck, als ob Pat. mehr als sonst etwas das Opfer gewaltthätiger medicinischer und chirurgischer Hilfeleistungen gewesen wäre. Desshalb führte ich, mehr um meine Pflicht zu thun, als in der Erwartung, einen veritablen Fremdkörper zu finden, einen Münzenfänger ein, nachdem ich erst die Rachenwandungen sorgfältig untersucht und in normalem Zustande befunden hatte. Sobald ich den Isthmus passirt hatte, stiess ich auf ein Hinderniss. Instinktiv führte ich eine Drehung aus und übte zugleich einen

leichten Zug aus. Nunmehr gab der Widerstand nach. Gleich darauf fühlte ich abermals eine Resistenz und nunmehr war weiteres Ausziehen unmöglich. Jetzt führte ich meinen Zeigefinger in den Rachen ein, wo ich zu meinem freudigen Erstaunen das Geldstück fühlte und extrahiren konnte.

Heilung trat selbstverständlich in Bälde ein. Das Aussehen der Münze hatte sich ziemlich verändert. An einigen Stellen, an welchen sie frei gelegen hatte, sah sie wie polirt aus; an anderen Stellen, wo sie wohl in die Schleimhaut eingepresst war, zeigte sich eine aus getrockneten Sekreten bestehende Kruste auf ihrer Oberfläche.

Fall 2. Willy N., 11 Monate alt. In New York geboren.

(Vgl. CARL BECK, M. D., New York Med. Record, January 21, 1893, pag. 89.)

Vor zwei Tagen hatte Patient beim Spielen einen sogenannten Campagneknopf (von Pennygrösse) verschluckt. Man erschöpfte sich in einer Reihe von Massnahmen, den Fremdkörper aufzufischen oder hinabzustossen, jedoch ohne Erfolg.

Am 7. December 1892 führte ich sofort, nachdem ich Patient zum ersten Mal gesehen hatte, den Speiseröhrenschnitt aus.

Ich fand den Knopf in gleicher Höhe mit dem oberen Rand der ersten Rippe, wo er, in Folge seiner scharfen Contouren, bereits den Oesophagus trachealwärts perforirt hatte.

Zweifellos hatte er während der zwei Tage seines dortigen Verbleibens einen starken Druck ausgeübt. Die Incision war längs des linken vorderen Kopfnickerrandes gemacht worden. Die Wunde wurde theilweise vereinigt und eine Lücke gelassen, welche mit Jodoformgaze ausgestopft wurde. Da die Operation schnell, ohne Nebenverletzung und nennenswerthen Blutverlust hatte ausgeführt werden können, so hegte ich die besten Hoffnungen, welche sich leider nicht realisirten, indem der kleine Patient Tags darauf an Bronchopneumonie starb.

Dieser Fall illustriert von Neuem, wie gefährlich das Hinausschieben der Oesophagotomie ist, nachdem Extractions- oder Hinabstossungsversuche erfolglos geblieben sind.

Zum Schluss betrachte ich es als eine angenehme Pflicht, den Hrn. Drs. F. HAENDEL, A. H. STIEBELING und A. HAYMANN meinen besten Dank für ihre gütige Mitwirkung beim Abfassen der Krankenberichte auszusprechen.

37 OST 31. STRASSE.

## II.

## Werth der Centrifuge zur klinischen Diagnose.\*)

Von

Dr. FREDERIC E. SONDERN,

New York.

Meine Herren!

Obwohl der Centrifugal-Apparat, zum speciellen Zwecke der Sedi-  
mentirung pathologischer Flüssigkeiten durchaus nichts Neues bietet,  
so gestatten Sie mir doch einige Worte über meine eigene Erfahrung  
mit demselben mitzutheilen.

In der Handcentrifuge, die zuerst vor circa zwei Jahren von STEN-  
BECK empfohlen wurde, sind bis jetzt keine besonderen Veränderungen  
gemacht worden — sie besteht wesentlich aus einem Stativ, an welchem  
vier Zahnräder so eingerichtet sind, um die schnellste Geschwindig-  
keit des darüberliegenden Trägers zu erlangen. An diesem Träger  
sind vier Metallhülsen in solcher Weise angebracht, dass dieselben bei  
der Rotation horizontal liegen und wenn die Maschine in's Stehen  
kommt, eine perpendiculäre Stellung einnehmen.

Diese Hülsen dienen zur Aufnahme von kleinen Glasgefässchen, in  
welchen die zu sedimentirende Flüssigkeit sich befindet.

Nach Empfehlung von LITTEN sind die Glasröhrchen an ihrem Ende  
mit einem kleinen, runden Reservoir versehen, um in der Flüssigkeit  
eine Wirbelbildung bei dem Stillstehen des Apparates zu vermeiden.  
So dass sehr spärliche Sedimente noch leichter mit der Pipette aufge-  
fangen werden können, habe ich das untere Ende des kleinen Reser-  
voirs in eine Spitze ausziehen lassen. Mit dieser Maschine können  
zwölf bis fünfzehn Hundert Umdrehungen pro Minute, acht bis zehn  
Minuten lang, ohne besondere Anstrengung gemacht werden. Um je-  
doch die Zeitdauer noch bedeutend weiter zu verkürzen und gleich-  
zeitig die Mühe zu ersparen, habe ich für das Laboratorium des Herrn  
Dr. A. JACOBI eine electricische Centrifuge anfertigen lassen.

Dieselbe wird mittelst Crocker-Wheeler'schen Motors, mit dem  
gewöhnlichen Edison-Glühlampen-Strom bearbeitet und macht halbe  
Kraft achtzehn Hundert bis zwei Tausend, volle Kraft drei Tausend  
sechs Hundert Revolutionen pro Minute, je nach der Belastung.

Mit der Handcentrifuge genügen in meisten Fällen fünf bis acht  
Minuten, das ganze Sediment zu Boden zu schleudern; mit dem elec-  
trischen Apparat dauert es nur zwei bis höchstens vier Minuten das-  
selbe zu erlangen.

Bei einer Rotation von circa drei Tausend Revolutionen ist die  
Schleuderkraft nach dem Centrifugalprincip ja eine enorme und  
beträgt etwa fünfzig Kilogramm. Nach dem fast täglichen Gebrauch

\*) Nach einem in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York  
am 1. Mai 1893 gehaltenen Vortrage.

des Apparates während des letzten Jahres, in welcher Zeit über vier Hundert verschiedene Präparate, mittelst dieser Methode zur Untersuchung kamen, und in den meisten Fällen auch Vergleichsproben mit dem Spitzglas gemacht wurden, habe ich die folgenden Vortheile der Centrifuge als gerechtfertigt gefunden.

I. Die kurze Zeitdauer, das heisst drei bis vier Minuten, in welcher ein völlig sedimentirtes Präparat unter das Mikroskop gebracht werden kann, zur sofortigen Vervollständigung einer Diagnose, ist in vielen Fällen von bedeutender Wichtigkeit sowohl für den praktischen Arzt als wie für den Consultirenden.

II. In verschiedenen Arten von chronischer Nephritis oder Amyloid-Entartung, in deren Urin oftmals nur äusserst wenige Cylinder vorhanden sind, findet man in dem centrifugirten Sediment häufig in einem Feld unter dem Mikroskop mehr solche Elemente als wie nach langem Durchsuchen verschiedener, vom Spitzglas entnommenen Präparate gefunden werden können.

III. Hauptsächlich in solchen Fällen, in denen man äusserst wenige Cylinder findet, welche gleichzeitig eine grössere Quantität Pepton enthalten, ist es allgemein bekannt, dass nach stundenlangem Stehen die Cylinder vollständig verdaut werden können, und deshalb eine Nephritis leicht übersehen werden kann.

In einer Anzahl solcher Präparate ist es mir gelungen in ein paar Minuten mindestens einige Cylinder zu demonstrieren im Gegensatz der entschiedenen Verneinung verschiedener Experten, welche mit dem Spitzglas gearbeitet hatten.

IV. In vielen Fällen von entzündlichen Processen der Niere, Blase, u. s. w. in welchen der Harn schon vor der Entleerung einer beginnenden alkalischen Gährung ausgesetzt ist, schreitet gewöhnlich in dem Spitzglas dieselbe dermassen weiter, dass nach einigen Stunden eine bedeutende Ausscheidung verschiedener chemischer Substanzen stattgefunden hat, und die inzwischen gequollenen und veränderten gesuchten Elemente davon theilweise, wenn nicht ganz bedeckt sind, hauptsächlich wenn dieselben nur spärlich vorhanden.

In solchen Präparaten ist mittelst des sofort centrifugirten Sediments, oftmals eine wichtige Diagnose zu stellen, welche bei der alten Methode doch nur eine sehr fragliche sein könnte.

V. Für solche Präparate von Sputum, worin nur äusserst wenige Tuberkel-Bacillen zu finden sind, hat v. Sehlen seine bekannte Methode empfohlen — welche Mischung seiner Beschreibung nach vier Tage lang stehen muss; mit der Centrifuge wird in ein paar Minuten dasselbe Sediment ausgeschleudert und ein gefärbtes Präparat gesammelter Bacillen kann schon in acht Minuten unter dem Mikroskop liegen.

VI. Für das Aufsuchen von Bacillen im Harn ist die Centrifugal-Methode besonders empfehlenswerth, das erste Präparat einer Probe zeigt oft schon verschiedene charakteristische Gruppen derselben, wogegen dieses in dem Spitzglas Sediment nicht der Fall ist.

VII. Eine sehr geringe Anzahl Blutkörperchen können oftmals mit einer erstaunlichen Leichtigkeit demonstriert werden, welche man bei der alten Methode gänzlich übersieht. LITTEN hat sie oftmals gefunden, nachdem er das Spektroskop und das Sediment im Spitzglas negativ fand.

VIII. In aspirirten Flüssigkeiten, speciell wenn nur eine geringe Quantität entnommen wird—findet man in dem centrifugirten Sediment, weitaus reinere Elemente als wie sich im Spitzglas sammeln, und das Färben von Bakterien ergibt klarere und schönere Präparate als wie die abgestandenen, worin sich alle möglichen Pilze sofort entwickeln.

Dies erleichtert wesentlich die Diagnose, und ist besonders von Nutzen, sind die Präparate zur Mikrophotographie bestimmt. Verschiedene, sehr fibrinreiche aspirirte Flüssigkeiten gerinnen vollständig nach sehr kurzem Stehen; in solchen Fällen ist eine mikroskopische Untersuchung, ohne Gebrauch der Centrifuge, nutzlos.

IX. Zur quantitativen Bestimmung von chemischen Bestandtheilen des Harnes, ist viel für und gegen die Centrifuge geschrieben worden.

Um empfehlenswerthe Resultate zu erlangen, ist es nöthig eine constante Schleuderkraft für eine bestimmte Zeitdauer anzuwenden, hierfür dient der elektrische Apparat; die Handcentrifuge dagegen ergibt nur weit annähernde Resultate und ist deshalb für diesen Zweck durchaus nicht zu empfehlen.—Zur quantitativen Bestimmung von Eiweiss, gebrauche ich eine kleine Röhre nach dem Princip von ESBACH, welche nach vielem Vergleichen mit der gewöhnlichen ESBACH'schen Probe und genauen Abwiegungen für eine Rotation von dreitausend zweihundert pro Minute, drei Minuten lang — graduirt ist. Solche Abtheilungsstriche müssen natürlich nach der Geschwindigkeit etc. des besonderen Apparates eingerichtet werden.

Sind die Röhren einmal genau graduirt, und ist die Rotation eine constante, so sind für praktische Zwecke die Resultate sehr befriedigend, schnell zur Hand und kosten nur sehr wenig Mühe.

In Fällen von reiner Oxalurie oder übermässiger Ausscheidung von Harnsäure können die täglichen Quantitätswechsel mit Leichtigkeit abgemessen werden.

Es ist kein Grund vorhanden, weshalb quantitative Bestimmungen von Phosphaten etc. nicht auf gleiche Weise ausgeführt werden können.

Ich erlaube mir noch ein paar Worte über die GAERTNER'sche Kreiselfuge hinzuzufügen, obwohl mir irgend welche praktische Erfahrung mit dem Apparate fehlt. — Nach Angabe GAERTNER's macht dieselbe circa dreihundert Umdrehungen pro Minute nach jedem Abziehen, sechs Minuten lang.

Da es nicht selten vorkommt, dass in einem verhältnissmässig klaren Präparate nach acht Minuten langem Drehen von zwölfhundert Revolutionen pro Minute kein zufriedenstellendes Sediment ausgeschleudert wird, veranlasst das Bedenken, ob dieselben zufriedenstellenden Resultate, wie bei dem STENBECK'schen Apparat, auch nach verschiedenen Abziehungen erlangt werden können.



## III.

## Diätetik der Magenkranken.\*

von

DR. MAX EINHORN.

Arzt am Deutschen Dispensary und Docent an der N. Y. Postgraduate Medical School, New York.

Die Diätetik, oder die Lehre von der Ernährung, hat seit Hippokrates' Zeiten bei der Krankenbehandlung eine wichtige Rolle gespielt. Während jedoch die Diätetik der acut verlaufenden fieberhaften Krankheiten der Hauptsache nach sich wenig verändert hat, haben sich in bezug auf die Ernährung chronischer Krankheiten jetzt neue Principien Geltung verschafft. Ganz besonders kann man dies von den Magenkrankheiten behaupten, jenem Gebiet der inneren Medicin, welches in den letzten zwei Decennien einen so hohen, ungeahnten Aufschwung genommen hat. — Da die Therapie der Magenkranken zum grossen Theile von der Diätetik eingenommen wird, so erschien es mir von Interesse, dieses Thema hier eingehender zu besprechen.

Es dürfte zweckmässig sein, unser Thema in drei Abschnitte zu zergliedern:

1. Allgemeines über die Diätetik der Magenkranken.
2. Diätetik der acut verlaufenden Magenkrankheiten.
3. Diätetik der chronisch Magenkranken.

## I. Allgemeines über die Diätetik der Magenkranken.

Die letzten Jahre haben zwei wichtige Thatsachen aufgedeckt, welche von der grössten Bedeutung bei der Behandlung der Magenkranken sind, und deren Einfluss sich wie ein roter Faden durch die ganze Diätetik zeigen lässt. Man hat nämlich erstens erkannt (von NOORDEN u. A.), dass die Abmagerung in den chronischen Erkrankungen des Magens in der überaus grössten Zahl der Fälle (wenn nicht gar bei allen), nicht auf specifischen, im Körper kreisenden, Giften beruhe, sondern lediglich durch zu geringe Nahrungsaufnahme zustande kommt. — Andererseits liess es sich — nach der Analogie des so vielfach im Pflanzen- wie Thierleben herrschenden Gesetzes des Eintritts einer vikariirenden Thätigkeit eines verwandten Organs bei Schädigung oder Ausfall des vornehmlich zum betreffenden Zwecke berufenen Organs, erwarten, dass bei schweren Störungen der Magenverdauung, der Darm vikariirend eintreten dürfte. Dieses ist nun in der That sowohl experimentell wie klinisch aufs Schärfste bewiesen worden: mehrere Autoren (LEUBE, EWALD, VON NOORDEN) haben nämlich die Beobachtung gemacht, dass in den Fällen von Atrophie der Magenschleimhaut, wo die Magensaftsecretion bekanntlich vollständig

\* Nach einem in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York am 1. Mai 1893 gehaltenen Vortrage.

versiecht ist, die Patienten sich im Gleichgewicht erhalten können. Aus meiner Arbeit über Achylia gastrica ist zu ersehen, dass die betreffenden Patienten ohne Magensaft sehr gut fertig werden können, ja dass sie sogar unter geeignetem Regime an Körpergewicht zunehmen und ohne jegliche Beschwerden unbegrenzt lange leben können; das heisst also, bei Ausfall selbst der ganzen chemischen Action des Magens, kann der Darm die Magenfunction vollständig ersetzen.

Beide Thatsachen, erstens dass die Abmagerung der chronischen Magenkranken auf zu geringer Nahrungsaufnahme beruhe, zweitens dass selbst bei schweren Störungen der Magenfunction, der Darm vikariirend eintritt und das Verdauungsgeschäft vollständig verrichtet, sind für die Diätetik von grundlegender Bedeutung. Denn man sieht sofort, dass hier die Hauptaufgabe der Krankenernährung darauf hinauslaufen wird, ihnen *genügende* Mengen Nahrung zuzuführen.

Bevor wir nun hier weiter gehen, ist es nothwendig, einen Seitenblick auf die normale physiologische Ernährung des Menschen zu werfen. Wir finden sehr schnell, dass die Kost der Gesunden sowohl was die Quantitäten als auch, was die Wahl der einzelnen Nahrungssubstanzen anbetrifft, grossen Schwankungen und bedeutender Vielfältigkeit unterliegt, gleichviel enthalten sie alle die drei Hauptgruppen: Eiweiss, Kohlehydrat und Fett. So leben und gedeihen die Vegetarianer, beispielsweise, vorzüglich aus Pflanzenkost, die Eskimos dagegen beinahe ausschliesslich aus animaler Kost.

Der goldene Weg liegt jedoch in der Mitte und alle Autoren (VOIT, PETTENKOFER, HOFFMANN, FORSTER und GRUBER) sprechen sich für eine Kombination animalischer und vegetabilischer Nahrung aus. Auch R. VIRCHOW<sup>1)</sup> tritt derselben Ansicht bei und äussert sich diesbezüglich folgendermassen: „Wenn die Kirgisen und Eskimos ein Beispiel dafür abgeben, dass Gesundheit und Leben sich durch viele Generationen hindurch mit ausschliesslicher stickstoffhaltiger, andere ebenso mit vorwiegend kohlenstoffhaltiger Nahrung erhalten haben und noch erhalten (Hindus), so legt die Geschichte Zeugnis davon ab, dass die höchsten Leistungen des Menschengeschlechts von Völkern ausgegangen sind, welche von gemischter Kost lebten und lebel.“ Die (aus dem Pflanzen und Thierreich) gemischte Kost bildet sonach die zweckmässigste Nahrung. Die Hauptmenge der Kohlehydrate entnehmen wir dem Pflanzenreich, während wir das Eiweiss zum grossen Theil aus dem Thierreich beziehen. Nach MUNK und UFFELMANN<sup>2)</sup> soll das Verhältnis des animalischen Eiweiss zum pflanzlichen nicht weniger als 3:7 sein. Was nun die Nahrungsmenge anbelangt, so braucht ein Erwachsener nach diesen Autoren bei mittlerer Arbeit täglich: 118,0 Eiweiss, 56,0 Fett und 500,0 Kohlehydrate. Da die Nahrung nur zum

1) Ueber Nahrungs- und Genussmittel. Berlin 1868, S. 35.

2) MUNK und UFFELMANN: die Ernährung des gesunden und kranken Menschen. Wien, 1887.

geringen Theile zum Aufbau der Gewebe dient, zum grössten Theile jedoch zur Erzeugung der zum Leben nöthigen Wärme verwandt wird, hat man sich daran gewöhnt anstatt von der nöthigen Menge Nahrung, von den in 24 Stunden erforderlichen Calorien zu sprechen. Unter Calorie versteht man bekanntlich jene Menge Wärme, welche erforderlich ist, um ein Gramm Wasser um einen Grad Celsius zu erwärmen; mit grosser Calorie wird jene Wärme bezeichnet, welche 1000 Gramm Wasser um einen Grad Celsius erwärmt. Jede Nahrung wird schliesslich im Körper zu den Endprodukten oxydirt und grösstentheils in der Form von Kohlensäure ausgeathmet; je reichhaltiger ein Nährstoff an C-Atomen ist, desto mehr Calorien wird derselbe liefern. Bei der Bestimmung des Brennwerths der Nahrung werden immer grosse Calorien benutzt, das Wort „gross“ jedoch weggelassen. Ein Gramm Eiweiss hat den Werth von 4,1, ein Gramm Fett von 9,3 und ein Gramm Kohlehydrat von 4,1 Calorien. Die vom Körper täglich abgegebene, resp. für denselben erforderliche Wärmemenge ist annähernd auf 2500 Calorien festgestellt worden. (Koenig, S. 53.<sup>1)</sup> Weiss man nun, wieviel Nahrung eingenommen wurde, so braucht man nur mit den genannten Zahlen zu multipliciren, um die zugeführte Calorienmenge zu bestimmen. Der Brennwerth der Nahrung eines mässig arbeitenden Menschen beträgt nach von Noorden<sup>2)</sup> ca. 40 Calorien, in der Ruhe ca. 34 Calorien pro Kilo und Tag.

Nach K. VIERORDT (Grundriss der Physiologie des Menschen. 1877, 3. Auflage, S. 288—289) nimmt der erwachsene Mensch durch Nahrung durchschnittlich 120 g. Eiweisskörper, 90 g. Fett, 330 g. Kohlehydrate (das Nährstoffverhältnis der N-haltigen zu den N-freien Stoffen stellt sich sonach wie 1 : 4) und 2818 g. Wasser täglich ein.

Abweichend von den eben angeführten Zahlen sind die von F. HIRSCHFELD (Berl. Klin. W. 1893, No. 14), gefundenen; nach diesem Autor scheinen 80,0 Eiweiss die untere Grenze der in einer ausreichenden Kost enthaltenen Eiweissmenge auszumachen.

Die Nahrungsmittel setzen sich grösstentheils aus allen 3 Nährstoffgruppen (Eiweiss, Kohlehydrat, Fett) und Wasser zusammen und enthalten auch in minimalen Mengen die im Körper befindlichen anorganischen Salze.

<sup>1)</sup> KOENIG: die menschlichen Nahrungs- und Genussmittel. Berlin, 1883.

<sup>2)</sup> VON NOORDEN, Berliner Klinik, Heft 55.

Ich lasse hier eine kleine Tabelle über die procentarische Zusammensetzung der gebräuchlichsten Nahrungsmittel folgen, um so die Berechnung der eingenommenen Nährstoffe zu erleichtern.

**Tabelle**  
der Zusammensetzung der gebräuchlichsten Nahrungsmittel.

	Eiweiss. Proc.	Fett. Proc.	Kohlehydrate. Proc.
Kuhmilch.....	4.0—4.3	3.0—3.8	3.7
Butter.....	$\frac{1}{2}$	90	$\frac{1}{2}$
Milchsuppe mit Weizen- mehl.....	5.0	3.25	15.0
Molken, süsse.....	0.5	0.3	3.6
Buttermilch.....	3.0	1.3	3.0
Kumyss (aus Kuhmilch)....	3.35	2.07	} (0.7 Milchsäure 1.9 Alkohol 0.8 Kohl'säure
Fettkäse.....	25	30	3
Magerkäse.....	33	9	5
Rindfleisch, mageres.....	18.0	2.0	1
Kalbfleisch.....	15.5	1.0	—
Briesel.....	22.0	0.4	—
Geflügel, zahmes.....	22.0	1.0	—
Wild.....	23.0	1.0	—
Fleischbrühe, gewöhnl.....	0.4	0.6	—
Fleischsaft, ausgepresst....	6—7	0.5	—
Beeftea.....	0.5	0.5	—
Rindfleischflaschenbouillon incl. Glutin.....	1.84	—	—
Leube's Solution.....	} 9—11 Eiweiss + 1.79—6.5 Pepton	—	—
Austern.....	4.95	0.37	—
Ei.....	12 $\frac{1}{2}$	12	$\frac{1}{2}$
Sago.....	0.5	Spuren	86.5
Malzextract.....	8.0—10.0	—	55.0
Gerstenmehlsuppe.....	1.5	1.0	11.0
Reisbrei mit Milch.....	8.8	3.5	28.6
Weizenmehl.....	8 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{4}$	73
Roggenmehl.....	10	2	69
Weizenbrod.....	6	$\frac{3}{4}$	52
Roggenbrod.....	4 $\frac{1}{2}$	1	46
Semmel.....	6.82	0.77	43.72
Zwieback.....	9.5	1.0	75.0
Blumenkohl.....	2.0—3.0	0.4	4.0
Spargel.....	2.0	0.3	2.5
Reis.....	5 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$	76
Bohnen.....	19 $\frac{1}{2}$	2	52
Erbsen.....	19 $\frac{1}{2}$	2	54
Kartoffeln.....	1 $\frac{1}{2}$	—	20
Hafermehl.....	12.5	5.26	66.77

	Eiweiss. Proc.	Fett Proc.	Kohlehydrate. Proc.
Gerstenmehl .....	8.31	0.81	75.19
Fleischpulver .....	64.5	5.24	2.28
Hecht .....	18½	½	¾
Salzhäring .....	19½	17	½
Caviar .....	28.04	16.26	7.82
Spinat .....	3.49	0.58	4.44
Kaffee (in Wasser löslich)..	3.12	5.18	—
Thee (in Wasser löslich). ..	12.38	—	—
Gurke .....	1.02	0.09	0.95
Fleischbrühe .....	0.4	0.6	—
Bier .....	0.5	5.25	0.3
Porter .....	0.7	6.0	0.3

Um aus eigener Anschauung einen Ueberblick über die täglich aufgenommene Nahrungsmenge zu haben, habe ich an 2. Tagen zunächst bei mir selber, dann bei meiner Frau alle zugeführten Nahrungsmittel und Getränke genau gewogen und notirt.

Es zeigte sich, dass ich am ersten Versuchstage 65,8 Eiweiss, 47,3 Fett und 168,8 Kohlehydrate in Form von Speisen zu mir genommen hatte; die Calorienzahl betrug 1402,3.

(Fortsetzung folgt.)

## FEUILLETON.

### Griechisch als allgemeine Sprache der Aerzte und der Gelehrten überhaupt.

Von

Dr. ACHILLES ROSE.

(Fortsetzung von Seite 236.)

Πραγματευόμενος <sup>1)</sup> ζήτημά <sup>2)</sup> τι, κατάρχεται ἀπὸ τῶν ἀπωτέρων αὐτοῦ ακτίνων, ἀπὸ τῶν ἀφαστέρων αὐτοῦ σημείων ἀπὸ τῶν πρωτίστων αὐτοῦ αἰτίων ἢ σπερμάτων, ἀπὸ τῶν ἐσχάτων αὐτοῦ συνεπειῶν. Ἀρέσκεται νὰ λαμβάνη <sup>3)</sup> κατὰ τὸ γαλλικὸν λόγιον, τὸν δρόμον <sup>4)</sup> τῶν μαθητῶν, τὸν μακρότερον δηλονότι ὅστις, ὡς λίαν ὀρθῶς παρετήρησέ <sup>5)</sup> πού τυγχάνει καὶ ὁ τῶν φιλοσόφων. (Κ. Τ. Καζαντζῆ, Κριτικὰ Ψελλίσματα Ταῖν.)

Dieses sind einige Zeilen aus einem modernen griechischen Schriftsteller, meinem Lehrer. Ich habe die Worte, die vom Altgriechischen abweichen, numerirt.

1) Ein Wort der neueren Zeit aus dem altgriechischen *πρᾶγμα*, dem modernen Sprachgebrauch angepasst.

2) Aus dem Zeitwort *ζητῶ*, hat nur Bedeutung gewechselt.

3) Eine Umschreibung, die im Neugriechischen den Infinitivus ersetzt, statt *λαμβάνειν*.

4) Nur eine Beibedeutung erhalten. Nicht nur das Rennen, sondern auch der Rennweg, der Weg, die Chaussée.

5) Auch eine Beibedeutung im Neugriechischen. Randbemerkung, Glosse, nach dem Sinn der modernen Sprache.

Man ersieht hieraus, dass man ganz modern Griechisch schreiben kann, ohne wesentlich vom Altgriechischen abzuweichen. Das moderne Griechisch ist noch derselbe alte aber lebendige Stamm, der frische Zweige treibt. Wenn man damit Italienisch in seiner Beziehung zum Lateinischen vergleichen will, so kann man sagen: Der alte Stamm, das Lateinische ist todt; aus den Wurzeln desselben sind einige Zweige entsprossen, die als solche noch fortleben, aber von einem ganz anderen Baum überwuchert sind.

Dass die heutige griechische Schrift- oder Hochsprache ganz das alte Griechisch ist, und nur solche Unterschiede bietet, wie sie jede lebende Sprache im Laufe der Zeit erfährt, dafür zeugen die heutigen täglichen griechischen Zeitungen. Man nehme die *Himera*, (*Ἡμέρα*) die in Triest herausgegeben wird, aus der obiges Citat stammt, zur Hand. Wer *nur* schulgemäss Griechisch gelernt hat und zum ersten Mal die Zeitung zu Gesicht bekommt, wird angenehm überrascht sein, dass er sie ohne weiteres verstehen kann. Einen besseren, überzeugenderen Beweis kann man sich wohl nicht denken.

Dass gerade das Griechische sich fast unverändert durch die Jahrtausende in seiner reinen Schönheit erhalten hat, erkläre ich mir daraus: ὅτι τὸ ὄραϊον εἶναι ὡσὰν λάμψις τοῦ ἡλίου ἐπὶ τῆς γῆς, ὅτι τὸ ὄραϊον ζῆ αἰώνιος (*Bikéla*).

Die griechische Sprache ist mit der Aussprache überliefert worden. Die Mehrzahl des unter das Sklavenjoch gebeugten Griechenvolkes im Mittelalter, ja bis in das 19. Jahrhundert hinein, konnte überhaupt nicht lesen und schreiben. Es ist viel über die entarteten Abkömmlinge eines Perikles, eines Socrates, eines Phidias gesalbadert worden; diese entarteten Abkömmlinge haben nun einmal das Glück, eine Sprache zu sprechen, welche von Perikles, Sokrates, Phidias verstanden worden wäre. Eine niemals unterbrochene Kette reicht von Geschlecht zu Geschlecht, aus dem Griechenland des 19. Jahrhunderts in das Jahrhundert des Perikles, des Sokrates, des Phidias.

Griechisch ist unsterblich.

Nicht einmal die Bemühungen der Gymnasialprofessoren mit ihrem grammatischen Unterricht und allen seinen Torturen und Ungeheuerlichkeiten, die vom Griechischen abschreckten und das Erlernen desselben unmöglich machten, haben die Sprache umgebracht.

Ich las, dass unter den in Athen lebenden Deutschen vor einiger Zeit eine Eingabe an den Kaiser Wilhelm in Umlauf gesetzt wurde, worin Letzterer ersucht wird, in den Reformplan für den Gymnasialunterricht auch die Aenderung der bisher üblichen Aussprache des Griechischen aufnehmen zu wollen. Die Bittsteller suchen nachzuweisen, dass die von Erasmus aufgestellte Aussprache des Griechischen eine willkürliche sei, die keinesfalls derjenigen entspreche, welche in der klassischen Zeit des Hellenenthums gebräuchlich war. Obgleich aber heute die gebildeten Griechen ihre Sprache dem Althellenischen wieder fast gleichgestellt hätten, und jeder deutsche Gymnasial-Abiturient ohne weiteres Studium in der Lage sei, die neuesten griechischen Werke zu verstehen, so könne er doch kaum ein einziges griechisches Wort richtig aussprechen. Für die Mitglieder des deutschen archaeologischen Instituts in Athen sei es beispielsweise eine grosse Pein, nachdem sie in Deutschland so viele Jahre hindurch das Griechische unter den grössten Anstrengungen gelernt hätten, nun in Athen diese Sprache noch einmal „umzulernen“, nur weil man in den deutschen Gymnasien fast jedes griechische Wort in abweichender Form ausspreche. Das Schriftstück geht dann auf die Aussprache der einzelnen Laute näher ein. Endlich wird darauf hingewiesen, dass die Aussprache des Erasmus bereits in den Gymnasien Italiens, Belgiens und Hollands und theilweise in England aufgegeben sei, so dass auch

das deutsche Gymnasium mit dieser alten Ueberlieferung brechen könnte.

Ich werde noch näher auf die Erasmische und auf die lebendige Aussprache eingehen.

Vorerst will ich die landläufige Behauptung, Neugriechisch sei ein barbarisches Gemisch aus sehr viel Slawisch, Albanesisch, Türkisch, Italienisch und einigem verderbten Griechisch, widerlegen. Es ist dieses gerade so unwahr, wie die Behauptung, Griechisch sei eine todte Sprache. Es bestehen nun einmal solche irrige Ansichten unter Unkundigen. Wie ich selbst aus Erfahrung weiss, finden sich jedoch solche Unkundige auch unter sonst sehr Gebildeten, die Griechisch auf deutschen Gymnasien gelernt haben. Merkwürdig ist, dass man gerade die griechische Sprache, aus der alle anderen europäischen Sprachen reichlich entnehmen, in dieser Weise verleumdet.

Abgesehen von dem Griechischen Athenischer Zeitungen und Bücher, das Manche ein erkünstelt altgriechisches Neugriechisch zu nennen belieben, ist die lebendige, wirklich geredete Sprache der höheren wie der niederen Stände, des Städters wie des Bauern, kein barbarisches Gemisch, sondern vielmehr Kerngriechisch. Jeder weiss dies, der die Sprache kennt. Ich führe einen Zeugen an: ERNST CURTIUS, ein ausgezeichneter Kenner beider Sprachstufen des Griechischen sagt, in seiner Schrift „Das Neugriechische in seiner Bedeutung für das Altgriechische“: „Mit Ausnahme einiger Grenzpunkte des griechischen Sprachgebietes (wie z. B. der Jonischen Inseln) spricht auch der geringste Grieche Reingriechisch.“

Die Frage nach der leiblichen Abstammung der Neugriechen, die ja von der sprachlichen gar nicht zu trennen ist, erledigt sich am Besten durch die Beantwortung der sprachlichen. Nach neueren Forschungen darf eine slawische Abstammung der Griechen nicht mehr behauptet werden. Man kann den Nachweis führen, dass nicht nur die Neugriechen keine Slawen sind, sondern auch, dass in ihrer Sprache, ausser der sogleich zu erwähnenden, sich keine Spuren slawischen Einflusses finden.

Ein College, der Griechisch gelernt hatte, der das Gymnasium absolvirt, behauptete mir gegenüber, dass das Griechische sehr viel mit Slawischem vermischt sei. Mein Lehrer, als ich ihm diesen Vorwurf mittheilte, erwiderte: „Ich würde dem Herrn sehr verbunden sein, wenn er mir auch nur *ein* slawisches Wort im Neugriechischen nennen wollte.“

Das Slawische beschränkt sich nur auf Benennungen von Wohnorten, Hügeln, Landschaften, Gewässern und dies nur hie und da, keineswegs in ganz Griechenland.

In der Sprache der Bewohner von Epirus, die als die allgemein verständliche demotische der heutigen Hellenen gilt, ist nur die Endung *βα* oder *ουβα* der von Eigenworten gebildeten Femininen geblieben, so z. B. *Τασούλας-τασούλοβα, κοῦκος-κούκουβα, χάρης-χάρουβα*, was übrigens auch als Walachisch angesehen werden könnte. (N. Dossios, die Wortbildung der neugriechischen Sprache). Trotz eines vieljährigen Verkehrs haben die Albanesen womöglich noch weniger Spuren in der griechischen Sprache zurückgelassen.

Etwas anders verhält es sich mit dem Türkischen. Die Türkenherrschaft war Jahrhunderte lang eine effective und drückende, es ist daher nicht befremdend, dass viele Worte der officiellen Sprache in die Sprache des eroberten Volkes eingedrungen sind. In der Schriftsprache ist beinahe Alles fremden Ursprungs sorgfältig vermieden worden. In manchen Fällen haben die Griechen Worte von den Türken entnommen, welche die Türken selbst vom Griechischen entliehen hatten. So z. B. *εφένομη*, was die Türken vom Byzantischen

αἰθένης gebildet haben, und so umgewandelt es den Griechen wieder auf's Neue gegeben.

Bei der Vergleichung des Neugriechischen mit dem Altgriechischen wird oft der Irrthum begangen, unter Altgriechisch das Schriftgriechische der attischen Dichter und Prosaiker der klassischen Zeit zu verstehen. Man vergleicht das Neugriechische der Volkssprache mit einem Dialekt der altgriechischen Schriftsprache. Man vergleicht Ungleiches mit Ungleichen, um nachzuweisen, dass in der wirklich lebenden Sprache sich die Formen des Altgriechischen theils verloren, theils verändert haben. Ausserhalb Attika's wurde in Hellas sehr wenig Attisch vom Volke gesprochen; die Mehrzahl der Griechen sprach Aeolisch-Dorisch. Volkssprachen stammen von Volkssprachen ab, Neugriechisch vom alten aeolodorischen Volksgriechisch.

Aber selbst am Attischen gemessen, erscheint das Neugriechische eine wunderbar zähe Sprache. Die Griechen, in so vielen Beziehungen ein Ausnahmevolk im Alterthum, sind sprachlich noch heute ein Ausnahmevolk.

Man kann die Blutstropfen eines Volkes, sagt ENGEL, dessen Schrift „Die Aussprache des Griechischen“ ich vielfach benutze, nicht unter ein ethnologisches Mikroskop bringen; aber die sprachliche Untersuchung versieht dessen Dienst zur Noth auch. Fast in allen Ländern ehemals altgriechischer Zunge wohnen noch heute Griechisch, *reines* Griechisch sprechende Menschen.

Dasselbe können wir von unserem Deutsch nicht sagen. Nur Alt- und Mittelhochdeutsch waren rein, unser Neuhochdeutsch, „dass Gott erbarm“ möchte man mit dem Capuciner in Wallenstein's Lager sagen, da trifft in Bezug auf fremde Beimischung ein, was man fälschlich dem Griechischen vorwirft.

Glücklicherweise nimmt seit geraumer Zeit die Fremdwörterwirthschaft mehr und mehr ab, und reines Deutsch wird geschätzt und angestrebt.

Engel beschreibt in der schon erwähnten Schrift, wie er zum Zweck einer Reise nach Griechenland das, was man Neugriechisch nennt, erlernte, wie er fand, dass einerseits Neugriechisch Kerngriechisch sei, andererseits dass die auf der Schule erlernte Aussprache von der lebendigen des griechischen Volkes ausserordentlich abwich.

Gründliche Studien brachten ihn zu der Ueberzeugung, dass es für die auf den deutschen Gymnasien gebräuchliche Aussprache ganz und gar keine wissenschaftliche Begründung gäbe.

Er war erstaunt über die erschreckende Unwissenheit im Neugriechischen bei den meisten Derer, die gegen die neugriechische Aussprache des Altgriechischen aufgetreten waren. Er fand, dass Philologen über die Aussprache des Neugriechischen geschrieben, die es niemals aus dem Munde eines lebenden Griechen gehört hatten.

Schulgriechisch wird als Totengriechisch angesehen, die Art, wie es gelehrt, und der Zweck, zu dem es gelehrt wird, haben für das praktische Leben keine Bedeutung. Die die Schule Verlassenden, mit Ausnahme derjenigen, die Philologen von Fach werden, vergessen das Erlernte schneller, als sie es erlernt haben, und so erscheint es den Gymnasiallehrern gleichgültig, ob das Griechische so oder so ausgesprochen wird. Man folgt einem seit 364 Jahren überkommenen Gebrauch und enthebt sich der Mühe, der Sprache den Klang eines lebenden, unzweifelhaft griechischen Idioms zu verleihen.

Genau so wie die deutschen Philologen denken die französischen, die englischen, die russischen Schulmänner, und es wird je nach den betreffenden Ländern Griechisch in neuhochdeutscher, französischer, englischer, russischer Aussprache erlernt und wieder vergessen.



Das Schicksal des Griechischen auf den Schulen scheint denn auch, wenn keine bessere Methode des Erlernens eingeführt wird, besiegelt zu sein. Man hat eine Sprache, die noch heute von sechs Millionen Menschen geredet wird, mit aller Gewalt zu einer todten gemacht. Man beseitige den Staatszwang, vermöge dessen zum Betreten gewisser Laufbahnen ein Examen im Griechischen erforderlich ist, und man stelle sich vor, wie viele Knaben dann noch Griechisch lernen würden. An diesem ist die Lehrmethode an den Gymnasien Schuld.

Eine Schule, die sich ihrer wissenschaftlichen Lehrer rühmt, sollte nichts lehren, was nachweislich und eingeständnermassen unwissenschaftlich, was falsch ist. Auch nicht bei einer todten Sprache. Sie thut es auch sonst nicht. Die lebenden Sprachen werden nicht mit einer erfundenen Aussprache gelehrt, aber selbst beim todten Lateinischen und Hebräischen lehrt die Schule eine Aussprache, die sich überwiegend auf die lebendige Ueberlieferung stützt. Latein lehrt man, wie es durch seine Aussprache in Italien und durch die Aussprache des Italienischen überliefert ist, das Hebräische, wie es die sogenannten portugiesischen Juden wirklich sprechen.

Nur beim Griechischen macht die Schule eine Ausnahme, und gerade hier sollte das Vorhandensein einer lebendigen griechischen Sprache eine Mahnung sein, den Unterricht in engere Beziehung zum Leben zu setzen, so dass der Schüler es später zu lebendigem Gebrauch verwenden könnte; man sollte des Spruches gedenken: *Non scholae, sed vitae discimus.*

Wie niederschlagend wirkt es schon auf den Reisenden, der Griechenland besucht, der sechs bis sieben Jahre oder mehr auf das Studium des Griechischen verwendet hat, und nun, Dank der Gymnasialaussprache, jetzt wie ein Taubstummer unverstanden und nicht verstehend unter den Hellenen herumgeht in dem schönen Land, anstatt berauschende geistige Frische geniessen zu können.

Die Zeit ist längst vorüber, da eine schöpferische Thätigkeit in klassischer Philologie und Archaeologie fast ausschliesslich im heimischen Bibliothekenstaub mit Facsimile und Bilderbuch ausgeübt wurde. Es wächst, besonders seit Schliemann, die Zahl der deutschen Alterthumsforscher, welche die Kunde von dem Leben Altgriechenlands in Junggriechenland zu erweitern trachten. Dazu unterhält das deutsche Reich mit nicht unbeträchtlichen Mitteln das Archaeologische Institut in Athen.

Man ersieht hieraus, dass auch schon ohne den Gedanken, das Griechische zur Weltsprache der Gelehrten zu machen, Anregungen genug bestehen, beim griechischen Unterricht vor allen Dingen die lebendige Aussprache zu gebrauchen.

Es bestehe nicht die geringste Wahrscheinlichkeit, dass die alten Griechen ähnlich wie die deutschen Gymnasiallehrer, gewiss ist jedoch, dass sie ähnlich wie die Neugriechen gesprochen haben.

Die Aussprache der deutschen Gymnasiallehrer ist eine Erfindung des Desiderius Erasmus, genannt „von Rotterdam“. Er hat die Erfindung in seinem Buch: „*De recta latini graecique sermonis pronunciatione dialogus*“ beschrieben, das Buch erschien im Jahr 1528.

Welche Aussprache des Griechischen hatte in Europa geherrscht, bis zur Erfindung des Erasmus? Die *griechische*, in allen Ländern Europas die gleiche, von den Neugriechen erlernte. Als nach der Eroberung Konstantinopels gelehrte Griechen in die Länder Westeuropas flohen und dort in der Sprache ihrer Vorfahren unterrichteten, da zweifelten die Lernenden gar nicht daran, dass die Aussprache jener Neugriechen eine *historische* Berechtigung hatte. Reuchlin, der grösste deutsche Philologe der Renaissancezeit, hat das Griechische mit der

neugriechischen Aussprache gelernt und gelehrt, und nach ihm heissen alle, die ebenso verfahren, *Reuchlinaner*. Die neugriechische Aussprache, obwohl durch Reuchlin nicht erfunden, heisst kurioser Weise die *Reuchlin'sche* im Gegensatz zu der erfundenen *Erasmii'schen*.

Die Geschichte des griechischen Unterrichts auf deutschen Gymnasien ist ein Stück Culturgeschichte, sie bildet einen Theil der Geschichte des Zopfes, und reiht sich an die Geschichte des Kamaschendienstes an. Ich werde darauf noch zu sprechen kommen, einstweilen will ich noch näher auf Erasmus eingehen.

Erasmus von Rotterdam hat sein Lebenlang *Reuchlinisch*, nicht Erasmisch gesprochen! Auch seine Studenten in Löwen hat er die Reuchlini'sche Aussprache gelehrt; ja er hat sich von seinem griechischen Freund Láskaris einen griechischen Lehrer ausgebeten, damit seine eigenen Kinder die richtige Aussprache mit Ohren und Munde erlernten. In einem jener abernen „Colloquia“ finden sich folgende Echoreime: eruditionis, *δνοις*;—episcopi, *κόποι*;—ariolari, *λάροι*;—Astrologi, *λάγοι*;—Grammatici (gesprochen iki) *εϊκῆ*;—famelici, *λύκοι*.

Der oben erwähnte Dialogus, de recta pronounciatione, verdankt nach einer gut verbürgten Ueberlieferung folgender Narrensposse seine Entstehung. Dem auf sein Latein und Griechisch kindisch eitlen Erasmus, der sich gerührt hatte, selbst in der Betrunkenheit besser griechisch zu schreiben als der heilige Chrysostomus (des Erasmus Uebersetzung der Homilien des Chrysostomus wimmelt von groben Fehlern), der in obigem Dialog sich selbst „den lebenswürdigen Fürsten der Wissenschaft“ nennt, dem passirte folgende Menschlichkeit: Ein zu lustigen Schelmereien aufgelegter Besucher aus Paris erzählte ihm die Wundermär: er hätte Griechen, sehr gelehrte Leute, kennen gelernt, welche ganz anders sprächen, als bis dahin alle Welt das Griechische ausgesprochen hätte. Und nun machte er dem Erasmus vor, wie jene merkwürdigen Griechen gesprochen: auf's Haar so, wie wenn Griechisch-Holländisch wäre!

(Fortsetzung folgt.)

## REFERATE.

### Krankheiten des Circulations- und Verdauungsapparates.

Referirt von DR. MAX EINHORN.

- 1) Die Behandlung des Diabetes. Von Dr. F. Hirschfeld. (Berliner Klinik, 1893, Heft 60.)

H. betont in seiner Arbeit die Wichtigkeit, das Fett in der Nahrung des Diabetikers zu vermehren; am besten vertragen wird das Fett in der Form von Butter; fettes Fleisch soll man vermeiden, mit Ausnahme von gekochtem Schinken. Auf medicamentöse Behandlung legte Verf. wenig Werth; am meisten scheint das Opium und seine Derivate, für einen beschränkten Zeitraum gereicht, von Nutzen zu sein. Das Hauptziel der Behandlungsmethoden des Diabetes beruht, nach H., in der Verminderung der Glycosurie durch eine Ernährung, welche dem Stoffbedarf genügt und dem Geschmack der Patienten auf die Dauer zusagt. Bei den leichteren Formen der Krankheit kommt neben einer Verminderung der Kohlehydratzufuhr zeitweise auch eine solche der Gesammternährung in Frage. In den schweren Krankheitsfällen sei die wesentlichste Aufgabe, den Stoffbedarf durch mässige Mengen von Eiweiss und reichliche Gaben von Fett zu decken; auch der Alkohol könne hierbei zur Verwendung kommen, besonders

dann, wenn die Ausnützung der Nahrung verringert ist und die Gefahr des drohenden Kräfteverfalls eine sehr bedeutende ist. Völliger Ausschluss der Kohlehydrate könne nur vorübergehend empfohlen werden. Eine mässige Muskelthätigkeit im Anschluss an das bis dahin gewohnte Mass sei zweckmässig.

Im Anschluss an seine Arbeit stellt H. folgende Kostaätze als Beispiele auf :

### I. Strenge Diät

(Entziehungsdiaät) bei leichter Form des Diabetes.

	Eiweiss- stoffe.	Fette.	Kohle- hydrate
Frühstück: Kaffee, bitter u. schwarz, dazu 2 Eier..	12	10	..
Vormittags: 2 Eier.....	12	10	..
Mittags: Bouillon .....	2	2	..
300 gr. Fleisch (roh gewogen, dann gebraten)	60	30	..
Nachmittags: Kaffee.....	..	..	..
Abends: 200 gr. magern Schinken.....	40	6	..
50 gr. Holländer Käse.....	15	15	..
	141 gr.	73 gr.	..

### II. Strenge Diät.

	Eiweiss- stoffe.	Fette.	Kohle- hydrate.	Alco- hol.
Frühstück: Kaffee, bitter. mit 50 ccm. Rahm	2	12	2	..
2 Eier mit 20 gr. Butter.....	12	28	..	..
Vormittags: 2 Eier mit 20 gr. Butter.....	12	28	..	..
Mittags: Bouillon .....	2	2	..	..
200 gr. Fleisch (roh gewogen, dann gebraten).....	40	25	..	..
Nachmittags: Kaffee mit 50 ccm. Rahm.....	2	12	2	..
Abends: 100 gr. fetten Schinken.....	20	15	..	..
Thee mit 50 ccm. Rahm.....	2	12	2	..
2 Eier mit 20 gr. Butter.....	12	28	..	..
Ausserdem 800 ccm. Rothwein.....	..	..	4	60
	104gr.	162gr.	10gr.	60gr.

### 2) Some Remarks on Oxaluria and its Relations to Certain Forms of Nervous Disease. By I. Adler, (Medical Record, June 3d 1893).

Nach einer eingehenden Erörterung der Litteratur dieses Gegenstandes weist Verf. darauf hin, dass fast sämtliche bis dahin gemachten Untersuchungen des Harns auf Oxalsäure nur qualitativer Natur waren. A. hat es daher unternommen in vielen normalen und krankhaften Zuständen genaue quantitative Bestimmungen der Oxalsäuremengen im Harn (nach der Methode von Schultzen) machen zu lassen, um so zu eruiren, ob sich ein gewisser Zusammenhang zwischen manchen krankhaften Processen und der Oxalurie nachweisen lässt; Hand in Hand mit den Oxalsäurebestimmungen wurden auch die pro Tag ausgeschiedenen Harnsäure—und Harnstoffmengen genau berechnet und verzeichnet. In einer übersichtlichen Tabelle giebt A. die von ihm vorgenommenen Untersuchungen an, aus denen er folgende Schlüsse zieht:

1) Oxalsäure ist ein normaler, wenn auch vielleicht nicht constanter Bestandtheil des Harns.

2) Die in einer bestimmten Quantität Urin gegenwärtige Menge kann nur, mit einem gewissen Grade der Sicherheit, durch eine quantitative Analyse gemacht werden. Alle approximativen Bestimmungen mittelst des Mikroskops sind unzuverlässig.

3) Die Hauptquelle für die Oxalsäure im Harn ist die in der Nahrung enthaltene Oxalsäure, obgleich es wahrscheinlich ist, dass kleine Quantitäten dieser Substanz durch metabolische Prozesse im Körper erzeugt werden.

4) Behinderte Athmung, Krankheiten des Herzens und der Lungen rufen an sich keine vermehrte Ausscheidung der Oxalsäure im Harn hervor.

5) Die Einführung einer „pathologischen Oxalurie“ — als eine Krankheit *sui generis* — scheint, nach den bis jetzt vorliegenden Daten, ungerechtfertigt.

6) Die Nervensymptome, welche als charakteristisch für die pathologische Oxalurie gelten, sind in Wirklichkeit nicht durch einen Excess an Oxalsäure im Blute oder Urin bedingt. Die Analyse hat gezeigt, dass in diesen Fällen die Oxalsäure nicht so häufig vermehrt angetroffen wird, als man früher glaubte.

7) Wo eine solche Vermehrung, die nicht von der eingeführten Nahrung herstammt, vorhanden ist, dann muss dieselbe auf metabolische Alterationen, welche primär von Störungen der nervösen und Verdauungs-Organen herrühren, bezogen werden und nicht als Ursache der Krankheit betrachtet werden.

8) Bei der Betrachtung der Oxalsäureausscheidung im Harn ist es von der grössten Wichtigkeit auch die anderen Hauptexcretionsbestandtheile, vornehmlich Harnstoff und Harnsäure, in Erwägung zu ziehen.

### 3. Certain New Views Concerning the Diagnosis and Treatment of Round Ulcer of the Stomach. By I. Boas, Berlin. (Medical Record, June 17, 1893.)

B. hebt hervor, dass bei *Ulcer ventriculi* ausser der Schmerzempfindlichkeit auf Druck im Epigastrium, sich eine solche am Rücken, in der Regel links vom 10–12 Brustwirbel vorfindet; die Schmerzhaftigkeit auf Druck an dieser Stelle ist für die Diagnose *Ulcer* noch mehr von Belang wie die Druckempfindlichkeit vorn. Um genaue Anhaltspunkte dafür zu haben, bei wie starkem Druck ein Schmerz empfunden wird, hat Boas ein Algesimeter angegeben; dasselbe enthält eine empirisch festgestellte Gewichtsskala auf Druck. Drückt man mittelst des Algesimeters auf die zu untersuchende Stelle und setzt fest, bei wieviel Gewicht Patient Schmerz empfindet, dann hat man so feste Zahlen, welche für die Diagnose von Belang sein können. B. hat nun festgestellt, dass, während im normalen Zustande in der Gastralgegend ein Schmerz erst bei 6–7 Kilo Druck empfunden wird, in pathologischen Fällen bereits ein halb Kilo Druck Schmerz verursachen kann: die bedeutendste Schmerzempfindlichkeit auf Druck finde sich bei *Ulcer ventriculi*. Das Algesimeter kann auch einen Massstab für die Besserung abgeben, insofern als mit einem Fortschreiten der Heilung die Druckempfindlichkeit abnimmt. Inbezug auf die Behandlung des *Ulcer rotundum ventriculi* legt B. in ambulanten Fällen das grösste Gewicht auf *Argent. nitr.*; er giebt dasselbe in steigenden Dosen von 0,2–0,6 : 120,0 also *Argent. nitr.* 0,2, Aq. dest. 120,0 DS. einen Essl. in einem halben Weinglas Wasser 3 mal täglich eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten.

**Kinderheilkunde.—Referirt von Dr. SARA WELT.**

**Diphtheria and other Pseudo-Membranous Inflammations. A Clinical and Bacteriological Study.** By W. H. Park. (Med. Rec. Febr. 1893.)

Im Ganzen wurden 159 Fälle beobachtet; von diesen litten 140 an einfacher Diphtherie, während es sich bei den übrigen (19) Fällen um Diphtherie bei Scharlachpatienten handelte; in der ersten Gruppe wurde der Klebs-Loeffler Bacillus in 54 Fällen, oft im Vereine mit Streptococcen oder andern Bacterien gefunden; in den übrigen 86 Fällen fanden sich verschiedene Formen von Streptococcen vor. In der zweiten Gruppe wurde der Klebs-Loeffler Bacillus im Vereine mit Streptococcen blos zwei mal beobachtet; während bei den übrigen 17 Fällen Streptococcen ausschliesslich vorhanden waren. Die Mortalität betrug in den Fällen von echter (durch den Loeffler Bacillus bedingter) Diphtherie 46½ Prozent, während von den Patienten mit durch Streptococcen bedingter pseudomembranoöser Entzündung, nur 5½ Prozent erlagen.

P. macht darauf aufmerksam, dass es nicht allein von wissenschaftlichem Interesse, sondern auch von grosser praktischer Bedeutung ist, in jedem Falle eine richtige und schnelle Diagnose zu stellen. Die Rücksicht auf das allgemeine Wohl erfordert es, dass jeder zweifelhafte Fall isolirt und als Diphtheritis behandelt werde, bis die Natur der Erkrankung durch bacteriologische Untersuchung festgestellt wird.

**Versuche über ein neues Kindermehl.** Von Dr. D. Galatti. (Archiv f. Kinderheilk., XV. B., VI. und VII. H.)

An der paediatrischen Abtheilung der Wiener Poliklinik wurde das Puezmann'sche Nährmehl bei 40 im Alter von 7 Monaten bis 2 Jahren stehenden Kindern in Anwendung gebracht; bei fast allen hat G. damit günstige Erfolge zu verzeichnen gehabt, und oft wurde eine erstaunliche Hebung der Ernährungsverhältnisse erzielt. Störungen des Verdauungsapparates wurden während der Verabreichung des Mittels nicht beobachtet, und auch bei Kindern, welche mit Dyspepsie in Behandlung kamen, besserte sich der Zustand.

Das Präparat, das von feiner sandkornartiger Consistenz, und von kaffeebrauner Farbe ist, zeichnet sich durch einen hohen Gehalt an grösstentheils verdaulichen Proteinstoffen aus; es verdankt dies der Beimischung von Aleuronat, ein Pflanzeneiweiss, welches als Nebenprodukt bei der Stärkegewinnung aus Weizenmehl gewonnen wird.

**Äusserlicher Weg des Einführens von Chinin in der Kinderpraxis.** Von Dr. J. J. S. Master. (Ibidem.)

Im Ganzen wurden Einreibungen mit Alkoholglycerinlösungen des Chinins an zehn Kindern vorgenommen. Aus den Versuchen wird ersichtlich, dass das Chinin in jedem Falle im Harne nachgewiesen wurde; doch war der Grad der Reaction in ganz gleichen Fällen ungleich ausgedrückt; ein Umstand, der auf bedeutende Schwankungen des auf diesem Wege sich einsaugenden Chinins hinweist. Die Erniedrigung der Temperatur bei der blos äusserlichen Anwendung des Chinins war unbedeutend, und trat nicht jedesmal ein. Das Verfahren scheint deshalb unzuverlässig und unzweckmässig zu sein.

**The Result of Examinations of Sewer-Gas, which escaped in Tenement and Private Houses, wherein Cases of Diphtheria occurred. By L. Fischer, M.D. (Med. Record, Jan. 1893.)**

Im Ganzen wurden 85 Häuser untersucht. Von 40 in verlässlicher Weise durchgeführten Beobachtungen fielen 20 negativ aus; 12 ergaben die Anwesenheit pathogener Bacterien, und die übrigen acht, pathogene Mikroorganismen, und verschiedene Bacillen, Mikrococcen und saprophyte Formen.

Unter den pathogenen Bacterien konnten einige Male Diphtheritis-Bacillen (KLEBS-LOEFFLER) nachgewiesen werden, einmal Typhoid-Bacillen und andere Coccen; in drei Präparaten wurden Streptococcen, und in vier Staphylococcen mit Leichtigkeit erkannt und in der gewöhnlichen Weise gezüchtet. Zur Bestimmung der pathogenen Beschaffenheit der Bacillen, wurden Experimente an Thieren angestellt.

**Scorbutic Haematuria in an Infant. By John Thomson, M. D. (The Lancet, June 1892).**

Bericht über ein 7 Monate altes, von gesunden Eltern abstammendes Kind. Pat. soll nach der Geburt sehr kräftig gewesen sein, und wurde zuerst mit condensirter Milch und rohem Fleischsaft, in den letzten 4 Monaten aber ausschliesslich mit einem Kindernährmehl und condensirter Milch ernährt. Seit dem 6. Monate besteht Haematurie; der Urin reagirt sauer und enthält viel Eiweiss. Unter dem Mikroscope aber scheint das Sediment fast ganz aus rothen Blutkörperchen zu bestehen. T. hält die Haematurie durch Scorbut bedingt, obgleich sonst keine andern Symptome von Scorbut vorhanden sind. Unter Anwendung von frischer Kuhmilch, Fleischsaft und 1 Theelöffel von Orangensaft zweimal täglich tritt Heilung ein.

**Observations upon the Capacity of the Stomachs of Infants under ten Days of Age. By H. E. Tuley, M.D. Archives of Pediatrics, May 1893.)**

Die Beobachtungen wurden an acht gesunden, im Alter von 2—10 Tagen stehenden Brustkindern in der Weise gemacht, dass das Gewicht jedes Kindes direkt vor und nach dem Trinken bestimmt wurde. Im Ganzen wurden 64 Wägungen vorgenommen; dabei stellte es sich heraus, dass der durchschnittliche Gewichtsunterschied vom 2—6ten Tage zwischen 1 und 1½ Unzen schwankte, und vom 6—10ten Tage zu 2½ Unzen anwuchs. (Das Gewicht der Milch, die ein Säugling trinkt, drückt wohl, besonders in den ersten 3—4 Tagen, wo die Brüste oft nur sehr wenig Milch enthalten, die Capacität des Magens in nicht verlässlicher Weise aus. Anm. d. Ref.)

---

### Therapeutische Notizen.

Unter dem Namen Formalin hat neulich die bekannte Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. SCHERING) ein neues Desinfectionsmittel und Antisepticum in den Handel gebracht, welches, einen 40 procentigen Formaldehyd darstellend, eine dem Sublimat ähnliche antibakterielle Kraft ohne dessen Giftigkeit besitzt und sich nicht allein zur feuchten, sondern auch zur trocknen resp. gasförmigen Desinfection eignet. Das Formalin ist eine stechend riechende, wasserhelle Flüssigkeit. Auf thierische Häute gebracht, wirkt es auf letztere Leder bildend ein, macht sie undurchdringlich und hart und bringt sie, ohne

Eiterung oder Wundbildung, zum Absterben; es dürfte sich daher Formalin zur Beseitigung krankhafter Neubildungen auf der Epidermis oder den Schleimhäuten, sowie zur Konservirung von Leichen und anatomischen Präparaten möglicher Weise sehr gut eignen.

Formalin wird zur Anwendung in der Chirurgie nachdrücklichst empfohlen, und zwar:

1) zum Reinigen der Schwämme und anderer derartiger Materialien mit Lösungen von ca. 1 Prozent und nachheriges Ausdrücken; 2) zur Herstellung von sterilen Verbandmaterialien, die gleichzeitig aseptisch sind, zu welchem Zwecke Formalin von Kieselguhr aufgesaugt, mit bestimmtem Gehalte, unter dem Namen „Formalith“ in den Handel gebracht ist; 3) zur Aufbewahrung von Schwämmen, sowie Verbandmaterialien aller Art in Gefäßen, die etwas Formalin enthalten; 4) zum Reinigen der Hände mit Formalinlösungen bis zu 1 Prozent Gehalt.

Mit Formalin gereinigte Instrumente müssen sogleich sorgfältig abgewischt und gut getrocknet werden. — Auch wird es empfohlen zur Desinfection von Räumen und Gegenständen aller Art, und zwar in der Weise, dass man das Formalin durch Erhitzen verdampft, oder dass man eine 1—2 procentige Lösung auf die Gegenstände zerstäubt, wodurch weder Farben noch sonst etwas geschädigt werden. Ferner als Zusatz zum Einweichen infizirter Wäsche, zum Ausspülen von Nachgeschirren etc.

Dr. J. STAHL (Pharmaceut. Zeitung, 1893, No. 22) hat durch bakteriologische Versuche dokumentirt, dass Formalin eine sehr bedeutende keimtödtende Kraft besitzt, die, verbunden mit der leichten und bequemen Anwendbarkeit und der raschen Verdunstung, dasselbe der mannigfachsten Anwendung fähig erscheinen lässt.

Auf dem letzten Balneologen Congress in Berlin hat sich Prof. LEYDEN sehr günstig über eine neue von der Schering'schen Fabrik dargestellte Zuckerart „Diabetin“ (Schering's Laevulose) ausgesprochen. Dasselbe soll von den Diabetikern besser assimiliriert werden, als gewöhnlicher Rohrzucker und andere Kohlenhydrate, u. z. stieg nach Leyden's Versuchen, die Assimilation mit dem längeren Gebrauch, während das Verhältniss beim Rohrzucker umgekehrt war. (Wiener Mediz. Presse).

Betreffs der Behandlung des Diabetes mellitus mit Salol veröffentlicht Nicolaier eine Anzahl von Fällen, in denen er theilweise von diesem Mittel Erfolg gesehen hat. Die günstigen Resultate der Karbolsäure sowohl wie der Salizylsäure beim Diabetes mellitus legten den Gedanken nahe, auch mit dem Salol, das ja aus jenen beiden Säuren besteht, Versuche anzustellen. Empfohlen ist das Mittel für genannte Affektion schon 1886 von Sahli, aber nicht angewandt worden. Verfasser behandelte nun eine Anzahl Diabetiker mit Salol, dreimal täglich zwei Gramm. Die Wirkung war eine sehr verschiedene. In manchen Fällen blieb der Erfolg ganz aus, in anderen wurden die Symptome mehr oder weniger günstig beeinflusst. Jedenfalls verdient das Salol vor allen anderen Mitteln den Vorzug, wenn es auch wie diese gegenüber der diätetischen Behandlung nur eine untergeordnete Bedeutung hat. Die Darreichung geschieht am besten in Oblaten und das Mittel ist sofort auszusetzen, wenn Intoxikationserscheinungen—Appetitverlust, Uebelkeit, Erbrechen, Ohrensausen, Albuminurie—auftreten. Kontraindicirt ist das Salol bei bestehender Nephritis. (Therap. Monatsh., März 1893).

Abführmittel in Form von subkutanen und rektalen Injektionen. KOHLSTOCK hat versucht, einige Abführmittel: *Aloin*, *Cathartin*, *Colo-*

*cynthin* und *Citrullin* in Form von subkutaner Einspritzung anzuwenden. Die Wirkung liess in sämmtlichen Fällen nichts zu wünschen übrig. Hingegen waren die Schmerzen bei dieser Operation, auch unter Hinzuziehung von Cocain, so unerträglich, dass Autor von der Fortsetzung derselben abstehen musste. Dagegen haben sich die Klystiere besser gewährt; die Wirkung ist ebensogut, Kolik stellte sich sehr selten ein, ebensowenig darauf folgende Constipation. Folgende Formeln werden zum Gebrauch empfohlen:

Gegen leichte Verstopfung:

1) Aloin 1,0 Formamid 10,0 in Klystieren von 0,4 bis 0,5; 2) Cathartin 3,0, Aq. dest. 7,0, Natr. bicarb. q. S. bis zur alkalischen Reaktion. In Klystieren bis 0,6 Cathartin.

Gegen chronische Verstopfung:

1) Colocynthin 1,0 Glycerin und Alkohol ana 12,0. In Klystieren von 1-4 Centigr. Colocynth; 2) Citrullin 2,0 Glycerin und Alkohol ana 49,0. In Klystieren von 2 Centigr. Citrullin. (Ther. Monath.)

Das von der chemischen Fabrik „Schering“ dargestellte *Coffein-Chloral* wurde von Prof. C. A. Ewald in wässriger Lösung in Einzeldosen von 0,2—0,3 und in Tagesdosen von 0,4—0,9, subcutan verabreicht. In 11 Fällen von 3—6 tägiger Obstipation traten nach Injectionen von 0,2—0,4 Coffein-Chloral, spätestens nach 3 Stunden breiige Stühle ein. Das Hauptergebniss der Ewald'schen Untersuchungen mit diesem neuen Arzneikörper ergab, dass den Injectionen dieser Substanz neben einer eröffnenden Wirkung in Fällen von Stuhlverstopfung, zugleich ein calmirender und schmerzstillender Einfluss auf Irritationszustände des peripheren Nervensystems zukommt.

Um den Geruch und Geschmack des Rizinusöles zu verdecken, verfährt man nach „Pharm. Era“ wie folgt: Vier Unzen lauwarmer Milch werden in eine weithalsige Flasche gethan und eine Unze des Oeles zugesetzt. Die Mischung wird einigemal heftig durchgeschüttelt, wodurch eine steife Emulsion entsteht, die nach Rizinusöl weder riecht noch schmeckt, in welcher aber alle laxativen Eigenschaften des Oeles enthalten sind. Das Quantum bildet eine Dose für Erwachsene.

Ein Warzenmittel von sicherer Wirkung ist eine Lösung von 90 Mono- (oder Tri-)chloroessigsäure und 10 Weingeist. Mit dieser Mischung werden nach PALM die Warzen täglich einmal überstrichen und lassen sich nach 2-3 Tagen mit einem Messer leicht abheben. Eine Mischung von 1 Salicylsäure, 1 Milchsäure und 2 Collodium täglich 2 mal aufgestrichen, macht die Warze gleichfalls bald verschwinden.

### Allelei.

Prof. NAUNYN in Strassburg ist an Stelle des verstorbenen Prof. KAHLER nach Wien berufen worden. Zum dirigirenden Arzte des städtischen Krankenhauses Moabit in Berlin ist an Stelle des vor Kurzem verstorbenen Dr. P. GUTTMANN, Prof. RENVERS ernannt worden.

Das hiesige Gesundheitsamt fordert die Aerzte der Stadt New York in einem an sie gerichteten Circular auf, in jedem in ihrer Praxis vorkommenden und auf Diphtherie verdächtigen Falle, behufs Sicherstellung der Diagnose, entweder selbst Culturanlagen vorzunehmen, oder die bacteriologische Untersuchung dem Gesundheitsamt zu übertragen, welches sich alsdann verpflichtet, das Resultat der Untersuchung bis spätestens 12 Uhr des nächsten Tages dem betreffenden Arzte per Telephon (No. 1191 Spring) mitzutheilen. Sollte der Arzt



selbst die Untersuchung vornehmen wollen, so hat das Gesundheitsamt Anstalten getroffen, dass ihm die nöthigen Utensilien für Culturanlagen auf Verlangen entweder im Laboratorium des Gesundheitsamtes (42 Bleecker St.), oder in einer der nachstehenden Apotheken *leihweise* und *kostenfrei* zur Verfügung gestellt werden. Diese Apotheken sind:

Fraser, 138. St. und 3. Ave.; Spear, 125. St. und 8. Ave.; Dorn, 93. St. und 9. Ave.; Dougherty, 411 W. 59. St.; Rupp, 36. St. und 9. Ave.; Proben, 42. St. und 2. Ave.; Ottiwell, Ecke Ludlow und Broome St.; Marsh, 125. St. und Madison Ave.; Barnes, 110. St. und Madison Ave.; Hopfendorf, 67. St. und 3. Ave.; Schoonmaker, 42. St. und Park Ave.; Fraser & Co., 29. St. und 5. Ave.; Bigelow, 8. St. und 6. Ave.

Diese Tage wurde mit der Erweiterung des hiesigen „Montefiore Home“ durch einen neuen, vierstöckigen Anbau begonnen. Das in grossem Maassstabe angelegte neue Gebäude wird, mit Ausnahme eines Theiles der unteren Etage, die für eine Synagoge bestimmt ist, ausschliesslich Hospitalzwecken gewidmet sein und auch den Namen „Montefiore Hospital“ führen. Aus einem bescheidenen, zweistöckigen Holzhäuschen an der Ecke der 88. Strasse und Ave. A, welches bis zum Jahre 1886 die Ursprungsstätte des jetzigen „Montefiore Home“ war, hat sich nun dieses segensreiche Institut, welches seine Entstehung und Existenz der Wohlthätigkeit der hiesigen Judenschaft zu verdanken hat, zu einem grossartigen Institut herausgebildet. Aufnahme finden in der Anstalt bekanntlich Kranke aller Confessionen. Der Bau des neuen Gebäudes wird ein Kapital von \$75,000 beanspruchen. Ausserdem sind für die innere Einrichtung des Hospitals \$60,000 ausgesetzt.

Der berühmte Hygieniker **Prof. Max v. Pettenkofer**, Präsident der Münchener Akademie der Wissenschaften, feierte am 1. dieses Monats sein 50-jähriges Doctorjubiläum. Ausser den Auszeichnungen, die dem hochverdienten Jubilar von Seiten des deutschen Kaisers und des Prinz-Regenten von Bayern zu Theil wurden, sind ihm von sämtlichen deutschen Universitäten, wissenschaftlichen Akademien und gelehrten Gesellschaften Glückwunschadressen gewidmet worden. Die englischen und italienischen Universitäten, wie auch ein Theil der amerikanischen, haben dem Gefeierten ehrende Adressen und Glückwünsche gesandt. Die Zahl der aus Amerika eingetroffenen privaten Glückwunschscheiben und Telegramme war eine sehr bedeutende. Ferner haben die europäischen Fürsten und Regenten mit wenigen Ausnahmen ihm durch formelle Kabinetschreiben oder Telegramme ihre Glückwünsche aussprechen lassen. Der Magistrat und die Stadtverordnetenversammlung Münchens haben ihm die goldene-Bürgermedaille zuerkannt. Der Ort der feierlichen Ueberreichung derselben fand im grossen Festsale des Münchener Rathhauses statt.

Nach einem Kabelgramm der „N. Y. Staatszeitung“ stellte Prof. Julius Wolf der Berliner medicinischen Gesellschaft in der Sitzung derselben vom 1. Juli einen Patienten vor, welchem er vor einundehalb Jahren einen von ihm erfundenen künstlichen Kehlkopf eingesetzt hatte, und der jetzt wie jeder andere Mensch zu sprechen und zu singen im Stande ist. Professor HELMHOLTZ erblickte darin eine neuerliche Bestätigung der von ihm aufgestellten Theorie von der Klang- und Stimmbildung: dass der Kehlkopf, den man allgemein als den Stimmbildner betrachtet, nur berufen sei, den Grundton der Stimme zu bilden, während die Klangfarbe der Stimme von den Obertönen herühre, welche durch die verschiedenartige Stellung des Mundes bedingt seien.

## Büchertisch.

Vor einigen Tagen erhielten wir die erste Nummer des von Professor B. FRAENKEL in Berlin herausgegebenen Archivs für Laryngologie und Rhinologie. Das Archiv füllt eine in den letzten Jahren sehr bemerkbar gewordene Lücke in der deutschen medicinischen Literatur aus, indem es eine Sammelstelle für wissenschaftliche Originalaufsätze in den oben genannten Spezialfächern zu werden verspricht. In Wirklichkeit ist das erste Heft sowohl seinem Inhalte, als seiner Ausstattung nach eine ganz vorzügliche und wir können die Lectüre derselben Jedem, der sich für Laryngologie interessirt, nur sehr warm an's Herz legen. Unter denjenigen, die ihre Betheiligung für das Archiv zugesagt haben, bemerken wir folgende wohlbekannte Namen: B. BAGINSKY (Berlin); BRUNS (Tübingen); CHIARI (Wien); J. SOLIS COHEN (Philadelphia); FREUDENTHAL (New York); OERTEL (München); SCHAEFFER (Bremen); M. SCHMIDT (Frankfurt a. M.); u. s. w.

**Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften für praktische Aerzte und Specialärzte.** Herausgegeben von Prof. Dr. A. DRASCHE in Wien. Verlag von Max Merlin, Wien, 1893.

Die „Bibliothek der gesammten medicin. Wissenschaften“ bietet den praktischen Aerzten und Specialärzten eine zusammenfassende und orientirende Darstellung der praktisch wichtigsten Themen aus allen Disciplinen der gesammten Heilkunde.

Die grosse Anzahl hervorragender Fachgelehrter, welche sich zu diesem gemeinsamen Sammelwerke vereinigt hat, ist an sich schon eine Gewähr für streng sachgemässe Durchführung des Ganzen. Unter den zahlreichen Mitarbeitern befinden sich auch folgende, welche wir besonders hervorheben möchten: Boas, Biedert, Chiari, Escherich, Gärtner, Geigel, Freund, Litten, Schauta, Stricker, Uffelmann. Vorliegendes Werk bildet ein durchaus zuverlässiges und praktisches, auf der Höhe der modernen Wissenschaft stehendes Lehr- und Nachschlagebuch.

**Meyer's kleines Konversations-Lexikon.** Fünfte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Zweiter und dritter Band. Leipzig und Wien. Bibliographisches Institut, 1892.

Das prachtvoll ausgestattete Werk ist als Nachschlagebuch von hohem Werth; auch viele medicinische Sachen finden darin eingehende Erörterungen.

---

## Personalien.

VERZOGEN:

Dr. F. W. Klein, nach 111 E. 7th Str.

Dr. BERNARD S. TALMEY, nach 145 W. 61. Str.

Dr. C. E. STAMMLER, 21 Bleecker Str. und Bushwick Ave., Brooklyn, N. Y.

DR. MAX EINHORN, 107 East 65th St.

---

## An die Leser.

*Geschäftliche Zuschriften*, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York.

*Manuscripte*, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

# New Yorker Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

unter Mitwirkung von

Dr. J. Brettauer, Dr. W. Freudenthal, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. H. Goldenberg,  
Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Krug, Dr. S. J. Meltzer,  
Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. A. Schapringer, Dr.  
A. Seibert, Dr. F. Torek, Dr. S. Welt, Dr. Ad. Zederbaum.

Redigirt von

**Dr. MAX EINHORN.**

---

General Agenten: **The International News Co.**, 85 Duane Street, New York.

Verlag der Medical Monthly Publishing Co.,

**C. KAHLER**, Geschäftsführer, 17-27 Vandewater Street, New York.

---

**Bd. V.**

**New York, 15. August 1893.**

**No. 8.**

---

## ORIGINALARBEITEN.

### I.

#### **Traum und Krankheit.**

Von

**Dr. LUDWIG BREMER.**

St. Louis, Mo.

(Vortrag gehalten im Verein Deutscher Aerzte in St. Louis.)

Den Traum oder das Träumen zum Gegenstande eines medizinischen Vortrages zu wählen, mag vielleicht etwas Befremdliches haben. Es handelt sich aber hier nicht um den Traum, wie er in Laien-Kreisen angesehen wird, das heisst, entweder von der prophetischen Seite, oder aber, wie dies wohl heut zu Tage häufiger der Fall ist, als etwas völlig Indifferentes und der Beachtung Unwerthes; es handelt sich vielmehr um den Traum, welcher, je nach seiner Qualität als diagnostisches Moment in der practischen Medizin verwerthbar gemacht werden kann.

Dass Träume Schäume sind, wie es das Sprichwort besagt, ist zwar richtig, in dem Sinne, wie das Sprichwort beabsichtigt. Sie sind aber keine Schäume, d. h. nicht bedeutungslos, wenn es sich um eine gewisse Art von Träumen in gewissen Affectionen, vorzugsweise nervösen Characters handelt.

Früher, in *den* Perioden der Medizin, welche der Einführung der naturwissenschaftlichen Methoden vorausgingen, ist in medizinischen, vorzugsweise aber in philosophischen und theologischen Kreisen viel über die Herkunft und die Natur der Träume gefaselt worden.

Von Homer bis Plato, von Plato bis zu den Theologen des Mittelalters und von diesen herab zu den Philosophen der Neuzeit ist viel Interessantes, aber practisch Unverwerthbares über den Gegenstand geschrieben worden. Je nach dem voreingenommenen Standpunkte des Autors, der den Stoff behandelt, sind mehr oder weniger unerwiesene, unwahrscheinliche und meistens sogar absurde Behauptungen über das Wesen des Traumes aufgestellt worden.

Den ganzen mystischen Wust, der die Ansichten über diesen Gegenstand in neuer Zeit verworren hat, bei Seite lassend, will ich in Kurzem die Physiologie des Traumes, wie sie sich wohl Jedem, der sich mit der Physiologie des Gehirnes eingehender befasst hat, aufdrängen muss, skizziren.

Nach MEYNERT's bahnbrechenden Arbeiten ist das Rindengrau der Sitz der Vorstellungen. Diese kommen zu Stande durch ein passendes, oder wenn man sich medicinisch technisch ausdrücken will, durch ein coordinirtes Aneinanderreihen der Erinnerungsbilder, welche, ebenfalls nach Meynert, in den Ganglienzellen der Gehirnrinde aufgespeichert sind. Durch folgereehte Association der Erinnerungsbilder, welche (die Association) anatomisch durch die Associationsbündel vermittelt wird, entsteht der Gedanke. Damit der Associationsvorgang in logischer Weise verlaufe, und um zu verhüten, dass die Erinnerungsbilder durch Fortleitung mittelst Seitenverbindungspfade zu irrelevanten oder absurden Vorstellungen führen, giebt es Inhibitionscentren, welche gewisse Gebiete von Erinnerungsbildern ausschalten, oder, wie der Name sagt, inhibiren. Auf diese Weise kommt das logische, zielbewusste Denken zu Stande.

Diese Inhibitions- oder regulirenden Centren nun, sind im Schlafe ausser Activität gesetzt. Im traumlosen Schlafe sind auch die Erinnerungsbilder tragenden Ganglienzellen, ausser Thätigkeit. Sind aber die letzteren, aus irgend einer Ursache, nicht in Unthätigkeit versenkt und ist der bio-chemische Process, welcher im wachen Zustande das oder die Erinnerungsbilder lebendig macht, nicht zum Stillstande gebracht, existirt, in anderen Worten, ein Reizungszustand der die Begriffe tragenden Ganglienzellen, und verbinden sich die Begriffe mittelst der Associationsbahnen, ohne die regulirende Oberaufsicht der Inhibitionscentren, so kommt der Traum zu Stande. Man darf nun nicht annehmen, dass das Inhibitionscentrum immer und vollständig unterdrückt ist. Es giebt ja Träume, die gewissermassen ganz rationelle Fortsetzungen eines Gedankenganges sind, der im wachen Zustande seinen Anfang nahm, und in ganz logischer Weise weitergeführt wird. Dies ist jedoch die Ausnahme. Die Folgerichtigkeit der Gedankenassociationen wird hier durch ein gleichsam automatisch arbeitendes Inhibitionscentrum bewerkstelligt, ungefähr in der Weise wie die automatischen zweckbewussten Arm-, Hand- und Beinbewegungen zu Stande kommen.

Meistens sind die Träume absurd; der Gedankengang ist ein zügelloser, ein Erinnerungsbild reiht sich in wirrer Weise an das andere.

Es gibt nun Krankheiten, bei welchen in hervorragender Weise die Träume von so häufig wiederkehrender Gleichartigkeit sind, dass sie als pathognomonisch aufgefasst werden dürfen, oder mindestens als werthvolle Fingerzeige bei schwierigen und verwischten Fällen betrachtet werden können. Dies gilt besonders von der Hysterie und Neurasthenie, die ja so häufig zum Schaden der Patienten verwechselt werden, und deren wohlbekannte differentiell-diagnostische Schwierigkeiten es wünschenswerth erscheinen lassen, sorgfältig alle diagnostischen Hilfsmittel in Berechnung zu ziehen.

Wenn man das alkoholische Delirium, welches nach neueren Auffassungen nichts als ein Traum im wachen Zustande ist, als ein Paradigma pathologischen Träumens ansieht, so bekommt man sofort einen ungefähren Einblick in das Wesen und die Bedeutung des Träumens als Krankheitssymptom im Allgemeinen. Beim alkoholischen Delirium handelt es sich natürlich um eine Vergiftung und speciell einer solchen der Hirnrinde, d. h. der Vorstellungs-Centren. Das klinische Bild dieser Vergiftung ist bekannt genug, ebenfalls die fast photographische Aehnlichkeit des Inhaltes der Delirien, wenigstens bei Individuen desselben Bildungsgrades und derselben Lebensauffassungen. Ein toxisches Element muss es auch nach unseren heutigen Anschauungen sein, welches bei den verschiedenen Infections-Krankheiten die Hirnrinde in anomaler Weise erregt und den Character der Träume bestimmt. Ich will hier nur an die Träume schreckhaften Inhaltes bei der Malaria und solche wie sie öfters in der praefebriken Periode anderer Infections-Krankheiten vorkommen, erinnern. Es sind hier natürlich die von den invadirenden Parasiten ausgeschiedenen Gifte, welche die Träume bedingen. Am offenbarsten ist dieser toxische Ursprung schwerer, d. h. schreckhafter Träume bei der Urämie. Die Träume und Delirien bei dieser Erkrankung haben mit dem klinischen Verhalten des Alkohol Deliriums grosse Aehnlichkeit. Schliesslich lässt sich das Alpdrücken, welches bei praedisponirten Individuen wohl fast immer auf Diätfehler zurückzuführen ist, auch mit toxischer Einwirkung in Verbindung bringen. Die Theorie einer Reflexerregung durch die Vagusfasern auf die Hirnrinde, wie sie früher angenommen wurde, muss, im Einklang mit modernen Anschauungen, der Erklärung durch Autointoxication weichen. Je nach dem Vorstellungskreise der Betreffenden, ist es ein Thier, ein Einbrecher, ein Geist, u. s. w., der sich dem dyspnoëisch Träumenden auf die Brust oder Kehle legt. Meistens ist es ein würgendes Thier, welches von dem Träumenden mit der Athmungsnoth in causalen Zusammenhang gebracht wird. In früheren abergläubischen Zeiten war es, wie der Name besagt, (Alp—Elf) ein böser Geist.

Das Alpdrücken kann aber auch durch einen peripheren Reiz ausgelöst werden, bei solchen Individuen nämlich, welche dieser Art von Träumen unterworfen sind. Dies ist experimentell festgestellt worden, indem man solchen Personen während des Schlafes ein weiches Fell auf die Herzgegend oder die Kehle legte. Der Traum trat unter diesen

Umständen prompt ein, der Pelz suggerirte dem Schlafenden das Thier, welches durch seine Schwere und Umklammerung die Athemnoth erzeugt.

Man muss also annehmen, dass, wenn einmal gewisse Gebiete des Rindengraus habituell in abnormer Weise durch irgend eine Ursache, sage eine toxische Substanz, erregbar geworden sind, diese Erregbarkeit, durch geringe Reize von gewissen peripheren Gebieten wachgerufen, accentuirt werden kann.

Auf diese Weise wird es vielleicht erklärlich, warum bei Hysterischen Schreckbilder den Hauptinhalt ihres pathologischen Träumens ausmachen. Nach neueren Untersuchungen handelt es sich nämlich auch bei Paroxysmen der Hysterie um eine Autointoxication, wie dies durch zahlreiche Experimente mit Urin, der während des Anfalles und nach demselben abgesondert, festgestellt worden ist. Man hat hier also ein Analogon des alkoholischen Deliriums. Der toxische Ursprung und der Trauminhalt sind in beiden Zuständen, wenn auch nicht identisch, so doch ausserordentlich ähnlich. Reissende oder giftige Thiere bilden in ihnen den Hauptinhalt der Träume und Delirien beider und bei beiden Krankheiten ist das Auge die Eingangspforte der Täuschungen.

Diese letztere Eigenthümlichkeit des Traumes in der Hysterie wird erklärlich, wenn man bedenkt, dass bei dieser Krankheit, von allen sensorischen Organen das Auge am meisten und in verschiedener Weise functionell afficirt zu werden pflegt.

Eine toxische Substanz anderer Art, welche zu ähnlichen, oder selbst identischen Träumen, wie bei der Hysterie und beim Alkoholismus Veranlassung giebt, ist diejenige, welche den urämischen Symptomencomplex erzeugt; auch bei dieser Erkrankung bilden thierische Monstra, Reptilien, ungeschlachtete Fische, die den Patienten bedrohen, den charakteristischen Inhalt der Träume.

Grundverschieden sind aber die Träume bei der Neurasthenie, eine Thatsache, die besonders von Charcot hervorgehoben worden ist. In dieser Krankheit sind die sog. Beschäftigungsträume vorwaltend, d. h. der Patient setzt im Schlafe die Handhabungen oder die geistigen Thätigkeiten fort, die ihn während des Tages beschäftigt haben. Der Handwerker wird seine Profession im Traume fortführen, der Advokat seine Playdoyers, etc. Das vorwaltende Gefühl bei solchen Träumen ist das des Unbefriedigtseins, des Nichtfertigwerdens und der Verwirrung. Dies ist der Grund, dass solche Träume etwas sehr Erschöpfendes für den Patienten haben. Bei vielen neurasthenischen Frauen habe ich als Gegenstand des Träumens das Reisen mit Hindernissen und Confusion getroffen. Pferde, Wagen, Koffer, grosse Menschenmengen, dabei sie selbst inmitten des grössten Gedränges, sind Nacht für Nacht die Leitmotive des Träumens. Manchmal ist es derselbe Traum, manchmal ist es eine reichhaltige Abwechslung, welche die träumenden Neurastheniker in Aufregung hält. Bei einigen Patienten, vorzugsweise Frauen, erscheint jede Nacht eine Person, entweder

bekannt oder unbekannt, aber im gegebenen Fall immer dieselbe, welche die Träumende begleitete. Dass dergleichen regelmässige Erscheinungen leicht zu abergläubischen und angsterregenden Deutungen Anlass geben, besonders wenn die begleitende Person zu den Verstorbenen gehört, liegt auf der Hand.

Eine fernere nicht seltene Art des neurasthenischen Träumens ist der Fall aus grosser Höhe. Ich erkläre mir dieses Traumgefühl als einen Anfall von Schwindel im Schlaf. Wohl immer lässt sich bei solchen Personen Vertigo im wachen Zustande constatiren.

Während das hysterische Träumen, wie schon oben bemerkt, vorzugsweise toxischen Ursprungs ist, dürfte der Traum bei der Neurasthenie wohl vorwiegend in functioneller Ueberreizung gewisser Rindentheile, beziehungsweise einzelner Ganglienzellengruppen begründet sein. Hierbei muss jedoch bedacht werden, dass, da Neurasthenie häufig mit der harnsauren (gichtischen) Diathese verbunden, ja wie einige wollen, sogar identisch ist, die Träume dieser Krankheit einen toxischen Character annehmen können.

Dass es ferner Hysterische und Neurasthenische gibt, die sich eines traumlosen Schlafes erfreuen, dürfte schliesslich als Thatsache einfach erwähnt werden. Im grossen Ganzen sind die Traumarten als diagnostische Factoren bei Hysterie und Neurasthenie, so wie bei den anderen oben erwähnten pathologischen Zuständen des Centralnervensystems in Fällen diagnostischer Unsicherheit der Erwägung werth.

Ob die Behauptung mancher Kranken, dass sie die ganze Nacht mit Träumen verbringen, ganz zuverlässig ist, lasse ich dahingestellt. Jedenfalls scheint es durch viele Beobachtungen erwiesen, dass man in unglaublich kurzer Zeit Träume haben kann, welche nach normalen Berechnungen lange Spanne Zeit decken würden.

Es ist ferner sicher, dass es Träume gibt, welche in analoger Weise wie die oben erwähnten, nächtlich wiederkehrenden Traumgesichter, in einer Nacht immer wieder eintreten, ein Zustand, den man Traumobsession nennen könnte. Hier stellt sich bei öfterem Erwachen, stets die Traumidee bei dem Betreffenden ein, dass gewisse Vorkommnisse *doch* statt gefunden haben, dass sie wirklich sind, dass gewisse Lagen und Verhältnisse, vorzugsweise unangenehmen Characters *doch* auf Wirklichkeit beruhen, obwohl man sich überzeugt zu haben glaubte, dass sie Träume seien. Es handelt sich hier um eine Art Doppelbewusstsein, Somnambulismus, wenn man will. Am Morgen nach dem alternirenden Träumen und Wachen erinnert man sich absolut nicht an den Inhalt des Traumes, obgleich er jedesmal als wohlbekannt erscheint. Auch hier handelt es sich um nervöse Aufregungszustände, hervorgebracht durch verschiedene Schädlichkeiten.

Schliesslich sei noch des Traumes bei traumatischen Neurosen gedacht, auf welche Charcot zuerst hingewiesen hat. Der in Folge eines Unglücksfalles neurotisch Gewordene, kennt nur einen Traum: die allnächtliche Reproduction des Unfalles, der seine Krankheit ver-

anlasst hat. Diese Unglücklichen sind dazu verdammt, jede Nacht immer wieder die Schrecknisse in allen Einzelheiten zu durchleben, wie sie bei dem Unfalle erlebt wurden.

Man sollte nun denken, dass bei den, nach intensivem *psychischen* Schock, auftretenden nervösen Krankheitszuständen ein Wiedererleben des schrecklichen Ereignisses im Traume etwas gewöhnliches sei. Dies scheint jedoch nicht der Fall zu sein. Meine Erkundigungen über diesen Punkt haben ergeben, dass Nervenranke (Neurasthenische, Hysterische, oder Hystero-Neurasthenische) welche ihr Leiden einem psychischen Trauma zuschreiben, z. b. dem plötzlichen und gewaltsamen Tode eines Familienmitgliedes, wohl träumen, und zwar mehr oder weniger in der oben angegebenen charakteristischen Weise, aber von dem Unglücksfalle selbst, oder von dem Verunglückten im Besondern, träumen sie zu ihrer eigenen Verwunderung nie, obwohl ihre Gedanken tagtäglich damit beschäftigt sind.

---

## II.

### Die interne Massage bei Nasen- und Rachen-Krankheiten.\*

Von

Dr. W. FREUDENTHAL.

New York.

Die grossen Triumphe, welche die Galvanokaustik in den letzten Jahren feierte, und die Billigkeit und bequeme Handhabung der galvanokaustischen Apparate waren wohl die Veranlassung, dass das „Brennen in der Nase“ in einer Weise überhand genommen hat, wie wir es uns früher kaum ahnen liessen. Besonders der verhältnissmässig billige Preis der anzuschaffenden Batterien mag die Ursache sein, dass man in New York nur wenige Aerzte findet, die keinen solchen Apparat haben, und noch weniger, die nicht beständig mit oder ohne Beleuchtung der betreffenden Theile, und mit mehr oder weniger Urtheil Alles, was nur einigermassen wegzubrennen ist, auch wirklich wegzukauterisiren suchen. Ob dabei dem Patienten nicht häufig direkter Schaden zugefügt wird, will ich nicht untersuchen.

Aber auch erfahrene Laryngologen müssen sehr häufig zu dem galvanokaustischen Brenner greifen als dem besten Mittel, um gewisse Anomalien, besonders hypertrophischer Natur, schnell und bequem entfernen zu können. Indess war man sich in den letzten Jahren schon der Thatsache bewusst geworden, dass durch vielfaches Kauterisiren ein narbiger Zustand der Schleimhaut entsteht, der in gar manchen Fällen die physiologische Thätigkeit derselben beeinträchtigen musste. Da aber der Galvanokautor noch dasjenige Mittel war, welches am wenigsten Schaden anrichtete im Vergleich zu anderen adstringirenden

---

\*) Nach einem am 24. Mai 1893, vor der New York Academy of Medicine (Section für Laryngologie) gehaltenen Vortrage.



Mitteln, so war man doch wieder auf diesen als das *ultimum refugium* zurückgekommen.

Bei anderen, nicht hypertrophischen Zuständen der Schleimhaut wurde mit Vorliebe der Spray mit seinen vielfachen Modificationen und Combinationen in Verwendung gezogen. Auch dieser wird viel mehr hier in den Vereinigten Staaten, als in Deutschland und anderswo angewandt; und wenn man demselben in manchen vereinzelt Fällen einen wohlthätigen Einfluss nicht absprechen kann, so muss doch zugegeben werden, dass der Einfluss sog. adstringirender und tonisirender Sprays auf die zarte Nasenschleimhaut ein deletärer ist, namentlich wenn dieselben in längerer Dauer und wiederholt angewendet werden. Ist es ja bekannt, wie äusserst reizbar die Schleimhaut der Nase ist, so dass selbst destillirtes Wasser in dieselbe eingespritzt reizend wirkt, und es ist eigentlich nur die physiologische Kochsalzlösung mit einer dem Naseninnern gleichkommenden Temperatur, die indifferent ist.

Ein Mittel nun, das uns die Galvanokaustik zum grossen Theil und den Spray vielleicht ganz ersetzen könnte, wurde daher von vielen Rhinologen sehnüchtig erwartet. *Dieses Mittel ist gefunden: Es ist die direkte Massage der Schleimhaut.*

MICHAEL BRAUN<sup>1)</sup> aus Triest war der erste, der auf dem Berliner Congress weitere Kreise für diese Behandlung zu interessiren suchte. Auch ich fing gleich nach dem Congress mit diesen Versuchen an. Zu systematischer Arbeit wurde ich aber erst veranlasst durch die begeisterte Monographie LAKERS<sup>2)</sup>. Und wiewohl es mir bei der Lectüre seines Buches manchmal schien, als ob der Verfasser diese neue Behandlungsweise in etwas zu rosigem Lichte betrachtete, so musste ich mir doch sagen, dass selbst bei der strengsten Kritik immer noch genügend zurückbliebe, um diese Therapie des Versuches zu würdigen. Doch bevor wir auf die Ausübung derselben näher eingehen, müssen wir die Frage beantworten: Welches ist der physiologische Effect der Massage? Sie wirkt, und das ist die Hauptsache, regulirend auf die lokale Circulation des Blutes ein. Durch die Untersuchungen von KRONECKER und STIRLING wurde bewiesen, dass die Massage wie eine vollkommene Perfusion (Durchspülung) wirkt, welche nicht nur neuen Nährstoff zuführt, sondern auch die asphyktischen (unbrauchbaren) Säfte sehr rasch abführt. Dies geschieht dadurch, dass die Massage auch auf den Lymphstrom einwirkt, denn es wird nicht nur der Lymphstrom beschleunigt, sondern auch der Rückfluss des venösen Blutes. So wirkt indirekt die Massage auch auf die Resorption normaler und pathologischer Gewebsflüssigkeiten ein. Sie ist demnach

<sup>1)</sup> Michael Braun : Massage, beziehungsweise Vibrationen der Schleimhaut der Nase, des Nasenrachenraums und des Rachens. Verhandl. des X. intern. med. Congresses, Berlin, 1890. Abtheilung XII., pag. 112.

<sup>2)</sup> Carl Laker : Die Heil-Erfolge der inneren Schleimhaut-Massage bei den chronischen Krankheiten der Nase etc. Graz, 1892.

indicirt „in Fällen, wo es darauf ankommt, die normalen physiologischen Vorgänge im Organismus anzuregen, einen lebhaften Stoffwechsel zu erzeugen, Hyperacmicien, Entzündungen zu beheben; ferner ist sie das beste Resorptionsmittel für alle jene pathologischen Produkte, welche ohne Schaden für den Organismus wieder in den Kreislauf gebracht werden können“. (REIBMAYR<sup>1</sup>).

Auf Grund dieser theoretischen Erwägungen und der von Anderen erreichten Resultate entschloss ich mich nun, die Massage anzuwenden. Doch bot sich mir sofort eine Schwierigkeit dar: Die Ausführung dieser Methode.

MICHAEL BRAUN massirt in folgender Weise: Er nimmt eine 21 centimeter lange Kupfersonde schreibfederartig in die rechte Hand, biegt das Ende der Sonde je nach dem zu behandelnden Theile und umwickelt es mit einem leichten Wattebausch, den er dann in eine 20-prozentige Cocainlösung taucht oder in eine 10prozentige Menthol-Vaselinsalbe oder in 10prozentige Jod, Jodkaliglycerin oder auch nur in Sublimat, Lanolin, Vaseline oder Balsam peruvian. Die Nase wird sodann beleuchtet, dilatirt und die Schleimhaut vibrirt. Diese Vibrationen geschehen aus dem Ellenbogengelenk des Operateurs, indem das Handgelenk unbeweglich bleibt. Sie sind leichte und rasch aufeinander folgende Erschütterungen der Schleimhaut (etwa 400 in der Minute). BRAUN verbindet dieselben mit der Effleurage, indem er nicht allein einen einzelnen Theil vibrirt, sondern von demselben aus langsam weiter streichend eine ganze Parthie der Schleimhaut auf ein Mal behandelt. Für den Nasenrachenraum, den Pharynx und Larynx werden die Sonden natürlich anders gekrümmt.

Während nun BRAUN vor dem Patienten sitzend die Vibrationen ausführt, zieht es LAKER vor zu stehen und ohne Beleuchtung die *innere Schleimhaut-Massage*, wie er sie nennt, auszuführen. Der Daumen der linken Hand hebt die Nasenspitze des Patienten, während die vier anderen Finger den Kopf fixiren. Mit der rechten Hand wird die Sonde gehalten. Der Kopf des Patienten ruht auf einer stellbaren Lehne. Man müsse sich, meint LAKER, vorher genau von der Topographie der einzelnen Theile des Naseninneren überzeugen, dann gewinne man durch Uebung allmähig ein so feines Gefühl, dass man sich mit Leichtigkeit auch im Dunkeln orientiren könne. Vom theoretischen Standpunkte aus schien mir das vollständige Arbeiten im Dunkeln nicht nachahmenswerth, und ich habe deshalb diese Methode nicht versucht.

I. HERZFELD<sup>2</sup>) machte die Erfahrung, dass man Rachenkatarrhe bessern könne, selbst wenn man mit den verschiedensten Mitteln pinselt, und glaubt daher, dass es nur der mechanische Reiz sei, der

<sup>1</sup>) Albert Reibmayr: Die Massage und ihre Verwerthung in verschiedenen Disciplinen der praktischen Medicin. Leipzig und Wien, 1889.

<sup>2</sup>) I. HERRFELD: Die Massage bei Hals- und Nasenkrankheiten. (Deutsche Medic. Zeitung pag. 999, 1890.)

diesen Effect hervorbringe, indem das Pinseln gleichsam als Massage diene. Dieselbe Idee hat übrigens auch der verstorbene Dr. ELSBERG privatim hier ausgesprochen. HERZFELD hat sich Instrumente construiren lassen, welche er durch die sog. amerikanische Bohrmaschine treiben lässt. Nun machen diese Instrumente nur rotirende Bewegungen, es muss also mehr ein Kneten der Theile, als eine Vibration erzeugt werden. Auch scheint mir das Instrument seiner Form nach für die Nase unpraktisch zu sein, denn es hat die Krümmung, die wir gewöhnlich unseren Larynxinstrumenten zu geben pflegen.

Auch LAHMANN<sup>1)</sup> construirte ein eigenes Instrument zu diesem Zwecke, ein Instrument, dessen sondenförmiges Ende durch eine Feder in Bewegung gesetzt wird. Aus mehr als einem Grunde erscheint uns dasselbe als unzweckmässig. Es ist uns nicht bekannt, ob diese Instrumente eine weitere Verbreitung gefunden haben. Erwähnt sei jedoch, dass GARNAULT<sup>2)</sup>, dessen Arbeit wohl die letzte über diesen Gegenstand erschienen ist, ebenfalls dieselbe verwirft. GARNAULT glaubt, dass nur die Hand allein eine Sonde dirigiren könne, und dass alle anderen Instrumente zu verwerfen seien. Er verbindet aber seine Sonde mit einem electrischen Strom und applicirt zu gleicher Zeit Massage und Electricität, eine Methode, gegen die sich wohl so Manches einwenden liesse. Ich habe sie nie versucht.

Was die Erlernung der Vibrations-Massage anlangt, so ist dieselbe, wie ich aus eigener Erfahrung angeben kann, eine recht schwierige. Wenn Sie, m. H., versuchen wollen, auch nur 300–400 Schläge in der Minute zu machen, so werden Sie bald sehen, wie schwierig es ist, dieselben mit gleicher Intensität, und in gleichen Intervallen folgen zu lassen.

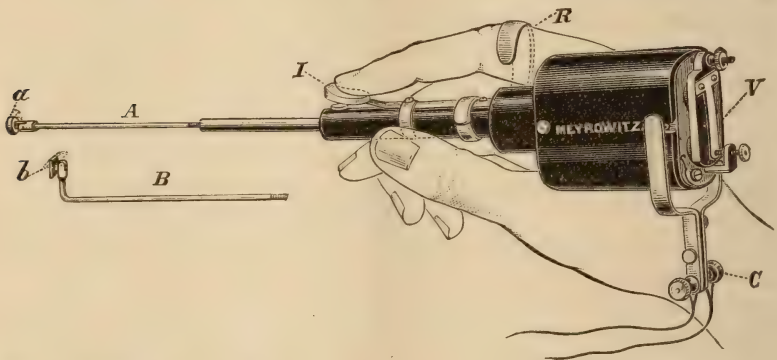
Um wie viel schwieriger wird es nicht sein, 1000–2000 Vibrationen in derselben Weise in einer Minute zu machen, wie es Laker gethan hat? Derselbe bemerkt hierzu, man müsse sich nicht durch anfängliche Misserfolge abschrecken lassen; bei *täglicher Uebung könne man diese Methode in einigen Monaten wohl erlernen*. Wie schwierig dies aber ist und wie das ganze Resultat von der exacten Ausführung derselben abhängig ist, davon giebt Garnault eine sehr richtige Beschreibung, indem er sagt: „Il est absolument nécessaire que les vibrations soient extrêmement rapides, qu'elles soient régulières et de même intensité. Ces trois conditions indispensables sont en même temps inséparables. S'il n'en été pas ainsi, on déchirerait la muqueuse, et l'on augmenterait l'inflammation, que l'on prétend calmer.“

Wenn man also die Methode nicht richtig ausführt, schadet man mehr als man nützt, und um sie richtig ausführen zu können, bedarf es

1) HEINRICH LAHMANN: Die innere Nasenmassage. Allgem. Med. Central Zeitung, pag. 774, 1892.)

2) Le massage vibratoire et électrique des muqueuses du nez, du pharynx et du larynx. La Semaine médicale, p. 354, 1892.)

einer täglichen Uebung von mehreren Monaten. Dies sind doch Uebelstände, mit denen man sehr zu rechnen hat. Dies waren auch die Gründe, die mich trotz aller schon im Voraus gemachten Einwürfe daran denken liessen, als treibende Kraft nicht unsere Armuskulatur, sondern die Electricität heranzuziehen. Doch vorher wollte ich noch einen Versuch machen. Ich hatte mir nämlich hier nach der Vorschrift von Braun und Laquer Sonden anfertigen lassen, mit denen ich sehr langsame Fortschritte machte. Da es nun nicht ausgeschlossen war, dass die Sonden nicht richtig ausgeführt waren, so bat ich Herrn Dr. Laquer in Graz, mir die nach ihm angefertigten Sonden doch gefälligst übersenden zu lassen, und in der liebenswürdigsten Weise kam er meinem Wunsche nach. Doch auch mit diesen neuen Sonden wollte es nicht sehr rasch vorwärts gehen, und ich nahm meine Idee wieder auf, indem ich versuchte, mir einen eigenen Apparat zu construiren. Ich will Sie nicht ermüden mit den vielfachen Versuchen, die ich zu diesem Zweck gemacht habe; Sie alle wissen ja, wie schwierig es ist, sich ein neues Instrument anfertigen zu lassen. Nur



Eins möchte ich erwähnen: die sog. amerikanische Bohrmaschine wollte ich von vornherein nicht zu meinem Zwecke verwenden, da dieses Ungeheuer schon längst aus unserem Armamentarium verbannt ist. Ein hiesiger, wohlbekannter Zahnarzt, Herr Dr. Boedecker machte mich aber auf ein in der Zahnheilkunde jetzt sehr gebräuchliches Instrument aufmerksam, dass unter dem Namen Webb's electric mallet bekannt ist. Es dient dazu, um Füllungen fest in die Zahnhöhlen einzutreiben. Um dieses ermöglichen zu können, steht das vordere Ende des Hammers fest, während von dem hinteren beweglichen Ende die Schläge erfolgen. So schön und elegant dieser Apparat auch gearbeitet ist, so erwies er sich doch auf die Dauer als unzweckmässig, da wir damit keine direkte Erschütterung der Schleimhaut erzielten, sondern eine auf Umwegen fortgeleitete.—Es ist selbstverständlich, dass ich das vordere Ende desselben für unsere Zwecke umgeändert hatte.—Ich dachte also daran, einen direkten Hammer auf electromagnetischem Wege herzustellen. Wiewohl ich meine Idee verschiedenen Instru-

mentenmachern kund gab, vermochte doch keiner mir einen solchen Apparat zusammensetzen, bis Herr Charles Spiro, ein hiesiger Anwalt mir in seinen Mussestunden ein eigenes Modell anfertigte, wofür ich ihm auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank ausspreche. Die Firma E. B. Meyrowitz stellte mir sodann nach diesem Modell und nach einigen vergeblichen Versuchen den electricischen Vibrator in der Weise her, wie Sie ihn jetzt sehen können.

Der *Mechanismus* desselben ist in Kürze folgender: 2 Magnete befinden sich im Innern des Hauptbestandtheiles. Um dieselben läuft ein Draht in vielfachen Windungen. Die stossenden Bewegungen von hinten nach vorne werden von einem zwischen den beiden Magneten befindlichen Stabe ausgeführt, an dessen hinteres Ende eine eiserne Platte befestigt ist, die wiederum eine zweite Metallplatte trägt. An dem vorderen Ende des Stabes befindet sich ein abschraubbarer Theil, den ich die Sonde A nennen will. Das Knopfende derselben a ist beweglich. Das Instrument auf der Hand zwischen Daumen und Zeigefinger. Dabei wird der letztere in den seitlich angebrachten Halter R so weit vorgeschoben, dass er bequem auf den am vorderen Ende angebrachten Elfenbeinknopf I drücken kann. Am unteren, resp. hinteren Ende des Instrumentes sind 2 Schrauben für die electricischen Drähte angebracht. Wenn ich nun auf den Elfenbeinknopf drücke, so wird der Strom geschlossen, die eiserne Platte durch den nun electromagnetisch gewordenen Magneten nach vorn angezogen und damit der ganze Stab natürlich auch nach vorn getrieben. Sowie aber die eiserne Platte vorn angelangt ist, ist auch der Strom direkt vor der Schraube unterbrochen, und die Platte fällt, durch Federkraft getrieben, wieder in ihre ursprüngliche Lage zurück. Kaum ist dies aber geschehen, so ist der Strom wieder geschlossen und das Spiel beginnt von Neuem. Die Qualität und Quantität der Stösse ist durch die beiden am hinteren Ende befindlichen Schrauben zu reguliren. Was nun die Handhabung dieses Vibrators anbetrifft, so sind dazu absolut keine Vorkenntnisse erforderlich. Ich verbinde wie BRAUN die Vibrationen mit der Effleurage, indem ich den Apparat sehr langsam von einer Stelle zur anderen fortbewege.

Um die *Nase* zu vibriren, erweitere ich mir dieselbe mit einem Speculum und benutze Sonde A. Will ich das Septum oder seitlich gelegene Theil berühren, so drehe ich das Knopfende a nach rechts oder links; doch kann man dies auch oft dadurch umgehen, dass man den Kopf des Patienten durch leichte Seitwärtsdrehung in die passende Position bringt.

Um die *pars oralis* des *Pharynx* zu vibriren, benutze ich gleichfalls Sonde A mit gerade gestelltem Endstück. Für den Nasenrachenraum wende ich Sonde B an, indem ich deren bewegliches Ende gerade und dann nach oben stelle, um so alle Theile dieses Raumes treffen zu können. (Siehe die Figur).

Um die Anzahl der Vibrationen, welche der Stab in einer Minute macht, festzusetzen, bat ich HERRN SAM FRANKO mir den durch die

Vibrationen hervorgebrachten Ton-zu bestimmen. Derselbe stimmt nach Herrn FRANKO mit der kleinen Octave überein. Er correspondirt mit dem tiefsten Tone der Bratsche und macht in einer Sekunde 132 Schwingungen, in einer Minute also 7920, also bedeutend mehr, als wir je mit der Hand fertig bringen könnten.

Ich vibrire im Beginne der Behandlung nicht länger als 10 Secunden bis zu einer Minute, entferne aber sofort die Sonde, sowie der Patient Nies- oder Würgebewegungen macht. Später verlängere ich den Zeitraum immer mehr. Ich bemühe mich immer möglichst alle Theile der Nase und des Rachens zu vibriren, und mache das in der Weise, dass ich also mit dem Rachen anfangen, und die hintere Pharynxwand sehr langsam von oben nach unten, von R. nach L. und umgekehrt langsam streichend abvibrire. Dann kommt der Nasenrachenraum in ähnlicher Weise. In der Nase treffe ich sodann zunächst diejenigen Theile, die mir gerade gegenüber liegen, also namentlich häufig hypertrophirte mittlere Muscheln etc. Dann kommen die seitlich gelegenen Theile, also die übrigen Muscheln, die Nasenflügel, das Septum nas. etc.

Um dem Vorwurfe zu begegnen, dass die in Verbindung mit der Vibration gebrauchten Mittel die wirkenden Agentien seien, habe ich von vornherein neben der Massage nichts weiter gebraucht, als Cocain. Ich wende gewöhnlich eine fünfprozentige Lösung an, und war nur selten gezwungen, zu einer 10-prozentigen meine Zuflucht zu nehmen. Ich pinsele gewöhnlich vor der Vibration Nase etc. mit einem in eine 5% Cocain-Lösung getauchten Wattebäuschchen ein.

Wiewohl man mit meinem Instrumente Verletzungen anrichten kann, und es leichter blutet, als mit einer gewöhnlichen Sonde, so kann man doch Alles dieses sehr leicht vermeiden, wenn man sich die Theile gut beleuchtet, und vorsichtig von einer Stelle zur andern weiter geht. Beobachtet man diese Details, dann wird es auch nicht nothwendig sein, das Sondenende mit Watte zu umwickeln. Doch gebe ich zu, dass man dasselbe vielleicht auch aus Hartgummi machen könnte oder aus irgend einem anderen Metall (Aluminium?).

Vor jeder Benutzung wasche ich die Sonde in warmem Wasser ab, nach derselben lege ich sie in 20% Carbollösung, oder wenn ich kochendes Wasser habe, ziehe ich das letztere vor. Die Sonde einer noch stärkeren Desinfection zu unterwerfen, halte ich für unnöthig aus dem einfachen Grunde, weil wir auch andere Instrumente z. B. die Kehlkopfspiegel nicht gründlicher reinigen, ohne eine Infection zu befürchten. Allerdings könnte es sich empfehlen, für Lues etc. Extra-Sonden vorrätig zu haben.

Als Electricitätsquelle benutze ich die Ford'sche Accumulatoren Batterie, von der drei Zellen gewöhnlich genügen, um den Apparat in Bewegung zu erhalten.

Nachdem ich so die für mich bestehende hauptsächlichste Schwierigkeit durch die Construction eines electricen Vibrators überwunden hatte, konnte ich viel leichter an die Arbeit gehen und

die Frage ist jetzt berechtigt: *Welches sind nun die Heil-Erfolge, die wir mit der Vibrationsmethode erreichen können?*

Ich muss gleich hier erklären, dass ich nach jetzt beinahe zwei-jähriger Erfahrung mich nicht so optimistisch über dieselbe aussprechen kann, wie Laker und Andere. Ich stehe aber andererseits auch ganz entschieden nicht auf dem Standpunkte Chiari's, der die ganze Sache mehr als Spielerei anzusehen scheint. Es ist wohl richtig, dass Braun und Laker in dem ungeheuren Enthusiasmus über die Erfolge dieser neuen Methode zu Schlüssen gekommen sind, die auf die Dauer nicht Stand halten. Aber abgesehen davon, ist doch noch so viel Gutes an derselben, dass wir uns vorläufig doch an das wirklich Verwerthbare halten sollten. Und wenn Chiari behauptet, dass er mit der Massage keinen Fall kurirt oder gebessert habe, den er nicht auch mit anderen Mitteln hätte so weit bringen können, so ist das ein merkwürdiger Zufall. Musste er doch von Laker hören, dass ein Patient, der von vielen hervorragenden Collegen, darunter auch von Chiari selbst mit allen möglichen Mitteln vergeblich behandelt worden war, durch die Vibrationsmassage von Laker vollständig kurirt worden sei. Der Patient war ein Arzt. Und wenn Chiari hierauf erwidert, dass es ihm selbst schon passirt sei, dass er Patienten mit einer Methode kurirt habe, nachdem sie vorher vergeblich nach einer anderen behandelt worden waren, so giebt er eben indirekt zu, dass die Massage auch eine Methode ist; dass aber diese eine Heilung Laker's nicht eine zufällige war, werde ich mir erlauben, durch ebenso geheilte Fälle später zu beweisen. Doch nun betrachten wir einzelne von den Krankheiten, die ich behandelt habe.

Um mit den acuten Krankheiten zu beginnen, habe ich *experimenti causa* 10 Fälle von acuter Caryza mit der Massage behandelt. Nicht nur, dass es in diesen Fällen stärker blutete, als gewöhnlich, war auch der Erfolg kein solcher, dass ich mit Bestimmtheit eine Verbesserung gegenüber den alten Methoden erkennen konnte. Solche acute Affectionen heilen ja unter jeder möglichen Behandlungsweise; und eine Verkürzung der Krankheit konnte ich im einzelnen Falle kaum constatiren. Und wenn CRAMER auf Grund zweier Fälle sich für die Behandlung acuter Katarrhe mittels Massage ausspricht, so möchte ich das doch für etwas voreilig halten.

Acute Pharyngitis und Tonsillitis habe ich gar nicht mit der Massage behandelt, ebensowenig Angina follicularis oder gar Diphtherie. Denn ich stimme REIBMAYR vollständig bei, wenn er sagt: „Die Massage ist contraindicirt bei allen parasitären und Infectionskrankheiten . . . . . ferner bei allen jenen Entzündungen und Krankheiten, wo das Entzündungsprodukt eine für den Organismus perniciöse Eigenschaft angenommen hat.“

Eine der häufigsten Erscheinungen auf dem Gebiete der *chronischen Krankheiten*, die uns jetzt beschäftigen sollen, ist die Rhinitis hypertrophica chronica. Hier finden wir schon eine Anzahl von Fällen, die wir erfolgreich mit der Massage behandeln können, fast wäre ich

geneigt zu sagen: *müssen*. Nehmen wir z. B. einen Fall wie den folgenden: Miss B. S. consultirte mich, weil sie durch die Nase spricht und wegen „Katarrhs“, weswegen sie schon seit vier Jahren unter ärztlicher Behandlung steht. Sie hat eine diffuse Rhinitis. Die Nasenlöcher sind beide eng, so dass links, wo eine leichte Deviation des Septums ist, die untere Muschel ganz dem Septum anliegt, obwohl sie nicht sehr stark hypertrophirt ist. Eine Galvanokauterisation wäre hier zum Mindesten misslich gewesen. Merkwürdiger Weise war sie auch noch nicht kauterisirt worden, hauptsächlich aber aus dem Grunde, weil sie eine so ungeheure Furcht davor hatte. Sonst waren aber wohl alle gebräuchlichen Mittel, namentlich sehr viele Sprays mit immer nur temporärer Besserung angewendet worden. Was hätte man aber auch in diesem Falle mit der Galvanokaustik ausrichten können? Herzlich wenig. Man hätte die Schleimhaut partiell an einer Stelle zerstört, ohne sie an einer anderen gebessert zu haben. Und dass auch Sprays, Pulver-Einblasungen, u. s. w. von keinem Nutzen waren, hat die junge Dame zu ihrem eigenen Nachtheil genügend erfahren. In diesem Falle brauchten wir eine Umstimmung der gesammten Schleimhaut in allen ihren Theilen, eine Regulirung der Blutcirculation, und somit eine normale Funktion namentlich der Muscheln. Alles dieses wurde in geradezu wunderbarer Weise erreicht durch die Vibrationsmassage. Bereits nach der sechsten Sitzung waren beide Nasenlöcher frei. Sie erkältete sich aber darauf, so dass alle Symptome wiederkamen. Nach weiterem zehnmalem Massiren sah die ganze Schleimhaut normal aus und blieb es auch bis heute d. h. seit sechs Monaten. Die linke Muschel berührt das Septum nicht mehr, die Sprache der Patientin ist nasal d. h. normal und ihre Augen wässern nicht mehr, wie früher. Ausserdem erkältet sie sich jetzt seltener, und auch dann bleibt ihre Nase frei. Bemerken muss ich nochmals, dass ich absolut keine anderen Mittel neben der Massage angewendet habe, dass die Patientin Lehrerin war und ist, und dass sie in den letzten acht Monaten besonders angestrengt thätig war.

(Schluss folgt.)



## III.

## Diätetik der Magenkranken.

Von

DR. MAX EINHORN,

Arzt am Deutschen Dispensary und Docent an der N. Y. Postgraduate Medical School, New York.

Am zweiten Versuchstage waren die entsprechenden Zahlen etwas höher; die Menge Eiweiss war 79,39, Fett 54,3, Kohlehydrate 263,9; die Calorienanzahl betrug 1912,5.

Als Durchschnittszahl der Calorienmenge pro Tag erhält man

$$\frac{1402,3+1912,5}{2}=1657,4.$$

Da mein Körpergewicht =52 kg. ist, so beträgt die Menge der zugeführten Calorien pro Kilo und Tag

$$\frac{1657,4}{52}=32,2.$$

Meine Frau nahm am ersten Versuchstage 103,19 Eiweiss, 44,99 Fett und 204,64 Kohlehydrate in Form von Speisen zu sich. Die Calorienmenge betrug 1660,5. Am zweiten Tage waren die Zahlen wie folgt: 64,03 Eiweiss, 31,14 Fett, 174,92 Kohlehydrate. Calorienmenge =1269,29.

Die Durchschnittszahl der Calorien pro Tag betrug

$$\frac{1660,50+1269,29}{2}=1464,89.$$

Da meine Frau 55 Kil. wiegt, so beträgt die Menge der zugeführten Calorien pro Kilo und Tag

$$\frac{1464,89}{55}=26,63.$$

Meine Frau sowohl wie ich befinden uns im Gleichgewicht, leben sehr regelmässig, und die zugeführte Nahrung unterliegt bei uns keinen sehr erheblichen Schwankungen, so dürften wohl angeführte Zahlen für mich und meine Frau als Durchschnittszahlen gelten. Dieselben sind aber bei weitem geringer, als die von den Autoren angegebenen Mittelzahlen. Das beweist nur, welchen erheblichen Schwankungen die von verschiedenen Personen normaliter zur Deckung der täglichen Ausgaben erforderlichen Nahrungsmengen unterworfen sind. — Der eine befindet sich bei 26 Calorien pro Kilo und Tag im Gleichgewicht ein anderer kann bei 30 Calorien pro Kilo und Tag abmagern.

Als beste Richtschnur, ob ein gewisses Nahrungsquantum genügend ist oder nicht, ist und bleibt die Wage, welche schnell und sicher zeigt, ob der Körper sich im Gleichgewicht befindet oder nicht.

Nach dieser längeren Auseinandersetzung über die Diätetik der Gesunden kehren wir wieder zu unseren Kranken zurück.

Da der Stoffverbrauch der Magenkranken bei ihrem Lebensunterhalt kein geringerer ist, wie unter physiologischen Verhältnissen, so werden sie jedenfalls 1. ebenso grosse Quantitäten, 2. dieselben Arten Nährstoffe zu sich nehmen müssen, wie wir sie unter normalen Verhältnissen geschildert haben. Der einzige Unterschied, der hier möglich ist, wird Bezug haben auf die Wahl der einzelnen Nahrungsmittel und auf die Form und Zubereitung derselben.

Wir kommen so zu der Frage, welche Beschaffenheit sollen die Nahrungsmittel der Magenkranken haben?

Bei der Behandlung eines erkrankten Organs kann man oft zwei Wege einschlagen, der eine besteht in Ruhigstellung und vollkommener Schonung des erkrankten Organs,—der andere in Kräftigung desselben durch methodische Gewöhnung an Arbeit. Beide Principien werden bei der Behandlung der Magenkranken verwerthet. Der erste Weg wird gewöhnlich in den acuten Erkrankungen und nur selten (und auch dann nur für kurze Zeit) in manchen chronischen Affectionen des Magens eingeschlagen; bei letzteren wird in der Regel das zweite Princip befolgt.

Die Schonung des Magens wird man dadurch erreichen, dass man erstens durch denselben gar keine Nahrung zuführt (höchster Grad der Schonung oder Ruhstellung), zweitens Substanzen reicht, welche bei ihrem Durchtritt durch den Magen von letzterem keiner erheblichen Anstrengung zur Bearbeitung bedürfen, noch denselben zu sehr reizen; hier wird es darauf ankommen, leicht verdauliche Substanzen zu liefern. Beim Uebergange vom Schonungsprincip zum anderen nämlich zur Stärkung des Organs durch methodische Gewöhnung an Arbeit, werden wir natürlich die Diät nicht plötzlich, sondern stufenweise in eine ändern müssen, welche vom Magen zur Bearbeitung mehr Arbeit verlangt. Es ist daher unbedingt nöthig, dass wir eine genaue Skala von der leichteren oder schwereren Verdaulichkeit der Speisen haben, damit wir uns bei der Diätvorschreibung resp. Aenderung nach derselben richten können.

Eine solche Skala ist von verschiedenen älteren Autoren entworfen worden; als Hauptzeichen der leichten Verdaulichkeit einer Speise galt der schnelle Uebertritt derselben aus dem Magen in den Darm; BEAUMONT hat nun durch viele Versuche an seinem Patienten mit der Magenfistel den Aufenthalt der verschiedensten Speisen im Magen bestimmt und eine Skala entworfen.

Nach demselben Princip, aber mehr zuverlässig und von höherem praktischen Werth, ist die von LEUBE durch Ausheberung des Mageninhalts festgestellte Verdaulichkeitsskala, welche wir hier genau wiedergeben möchten.

#### I. Kost.

Bouillon, LEUBE-ROSENTHAL'sche Fleischsolution, Milch, weiche, rohe Eier, Zwieback, englische Cakes (Albertsorte—nicht zuckerhaltig), Wasser, natürliche Sauerlinge (Apollinaris, Kronthaler, Selterser, u. A.)

## II. Kost.

Gekochtes Kalbshirn, gekochte Thymusdrüse (Briesel) vom Kalb, gekochtes Huhn (jung, ohne die Haut), gekochte Taube, gekochte Kalbsfüsse, Milchbrei aus Tapioca, Eierschaum.

## III. Kost.

Rohes Rindfleisch (fein gehackt), roher Schinken (fein gehackt), Beefsteak (in frischester Butter oberflächlich gebraten), feines Schabe-fleisch von der Lende, Kartoffelpurée, Weissbrod (altbacken), Milch- kaffee, Milchthee.

## IV. Kost.

Gebratenes Huhn, gebratene Taube, gebratenes Reh, Rebhuhn, Rostbeef (kalt), Kalbsbraten (Keule, Rücken), gesottener Hecht, gesot- tener Schill, Maccaroni, Reisbrei, fein gehackter Spinat, Spargel, ge- dämpfte Aepfel, leichteste Abzüge von Roth- und Weisswein.

Diese Skala ist jedoch erstens noch nicht durch weitere Versuche an Gesunden nachgeprüft und constant gefunden worden, zweitens aber würden derartige Versuche nur beweisen, welche Speisen weniger lange im Magen verbleiben und insofern vielleicht als für den Magen leichtverdaulich betrachtet werden können, nicht aber was im Ganzen genommen leichter verdaulich ist, d. h. für die Oekonomie des Körpers mit dem geringsten Aufwand von Arbeit verwerthet wird.

Massgebend für die Verdaulichkeit einer Speise ist erstens die Form und Beschaffenheit derselben, zweitens der Gehalt derselben an verwerthbarem Material.

„Corpora non agunt nisi fluida“ ist das altbekannte Axiom und danach würde man folgende Skala, welche vornehmlich nach dem verschiedenen Aggregatzustande construirt ist, für die leichte Verdaulichkeit aufstellen :

1. Obenan die Speisen in flüssiger Form a) von vornherein flüssig: Milch, Fleischsaft, Bouillon, Flaschenbouillon, Pepton in Wasser gelöst, Brodwasser, Schleimabkochungen, Reiswasser, Austernsuppe Eierweisswasser; b) flüssig bei Körpertemperatur: Gallerten, Frucht- gelée, Kalbsfussgelée, Gefrorenes, Fruchteis.

2. Breiige Form; die Speisen sind mechanisch recht fein zerkleinert und in Flüssigkeiten gut vertheilt: Suppen in Breiform; (Gerste, Hafer, Gries, Reis, Sago); Ei in Bouillon; Leube's Fleischsolution; pulverisirtes Fleisch; pulverisirte Crackers in Milch, Wasser oder Bouillon, Buttermilch, Kumyss, Sahne, Butter.

3. Speisen, die in Wasser durch leichtes Reiben gelockert werden und in kleine Partikelchen auseinanderfallen: Weissbrod in Milch oder Wasser, die Enden gut gekochter Spargel, Karotten, Püréekartoffel, gebackene Kartoffel, hartgekochtes Eigelb, Austern.

4. Feste Form: Weissbrod, Roggenbrod, Fleisch, hartgekochte Eier, Fisch, Käse.

5. Schwer verdauliche Substanzen: Fleisch mit zu straffer Faser: Hummer, Wurst, Schweizer Käse wegen ihres zu festen Gefüges. Alle

viel Cellulose enthaltende Substanzen, vornehmlich, wenn dieselben roh gegessen werden sollen: Kraut, alle Salate, Gurken; rohe Früchte: Aepfel, Birnen, Ananas; ferner Früchte, die viel Säure enthalten, also: alle unreifen Früchte, Erdbeeren; ferner Substanzen, die wegen ihres hohen Schwefelgehalts Anlass zu viel Gasbildung im Darm geben: alle Kohlarten, vornehmlich Weisskohl; Bohnen.

Diese theoretisch aufgestellte Verdaulichkeitsskala ist auch zugleich die, welche sich von Altersher in den Hauptsachen empirisch bewährt hat, und nach welcher ich mich gewöhnlich richte.

Nach diesen allgemeinen Auseinandersetzungen gehen wir zum speciellen Theil über:

## II. Diätetik der acut verlaufenden Magenkrankheiten.

Obenan steht hier das Schonungsprinzip.

Beim acuten Magenkatarrh reicht man in den ersten 2—3 Tagen, wo der Appetit in der Regel ganz brach liegt, nur wenig Nahrung, und zwar in flüssiger Form, hauptsächlich Stärkesubstanzen enthaltend, Gersten-, oder Haferschleimabkochungen, Bouillon, schwachen Thee Wasser. Man kann als Regel gelten lassen, Pat. zur Nahrungsaufnahme während des ersten, zuweilen auch während des zweiten Tages keineswegs zu zwingen. Die Anorexie ist in diesen Zuständen gleichsam eine weise Vorkehrung der Natur, dem Magen Schonung zu gewähren. Getränke sollen, wenn Durst vorhanden ist, nur in geringen Mengen genommen werden und weder sehr kalt noch heiss sein. Sobald sich der Appetit etwas einstellt, reiche man etwas Zwieback, Milch, weichgesottene Eier oder Austern, und geht so langsam, indem man dann geringe Mengen Fleisch und Weissbrod erlaubt, zur gewöhnlichen Kost über.

### Ulcus ventriculi.

Während der v. ZIEMSEN-LEUBE'schen Ruhekur 2—3 Wochen flüssige Diät, vornehmlich aus Milch bestehend. Bekanntlich hat CRUVEILHIER<sup>1)</sup> zuerst die Milch zu diesem Zwecke empfohlen, und auch jetzt noch giebt es Manche, die sich auf die Milch allein beschränken. In der Regel jedoch ist es zweckmässig, neben der reinen Milch, Milch in Combination mit Gersten- oder Haferschleim oder Reiswasser zu gestatten; ferner sind hier am Platze die verschiedenen Peptonpräparate. Ich gebrauche das hier zu Lande fabricirte RUDISCH'sche Sarcopenton, weil dasselbe ein gut schmeckendes und an Nährwerth gehaltreiches Präparat ist. (Es enthält nämlich 40 Procent Stickstoffsubstanzen, darunter 20 Procent Pepton.) Am zweckmässigsten reicht man alle drei Stunden 1—2 Tassen voll Milch mit oder ohne Zusatz der Schleimabkochungen (4mal täglich) und (2mal) Sarcopenton. Die Kranken sollen diese Flüssigkeiten nicht trinken, sondern mit dem Löffel essen.

Bei Magenblutungen soll man während der ersten 3—4 Tage gar keine Nahrung per os reichen und anstatt dessen per rectum ernäh-

<sup>1)</sup> Anatomie pathol., 1829-1835, Lieferung 10.

ren. Da EWALD nachgewiesen hat, dass die Dickdarmschleimhaut im Stande ist, Albuminate ohne besondere vorherige Zubereitung zu resorbieren, kann man Folgendes als Nährklystier reichen:

1. 3—5 Eier werden mit 150 Cc. Wasser, in welchem 30,0 Traubenzucker aufgelöst ist, versetzt, etwas Kochsalz zugefügt und ordentlich durchgequirlt, — man kann auch etwas Stärkelösung oder Mucilago zufügen.

2.  $\frac{1}{4}$  Liter Milch + 2 Eier + 50 Traubenzucker.

3. 1—2 Esslöffel vom RUDISCH'schen Sarcocopton in einer Tasse voll Wasser aufgelöst.

Die Nährklystiere sollen etwa 3—4 Mal täglich gereicht werden; man muss darauf achten, dass die Temperatur der zu injicirenden Flüssigkeit etwa Blutwärme hat; ferner soll die Eingiessung vermittelt Irrigator und weichem Schlauch (soft rubber rectal tube) geschehen. Jedem Nährklystier soll ein Reinigungsklystier von 250,0 lauwarmem Wasser vorausgeschickt werden, damit die Darmschleimhaut rein wird und resorptionsfähig ist.

Um den Durst zu löschen, lässt man kleine Eisstückchen von Zeit zu Zeit im Munde halten.

Nachdem drei Tage hindurch kein Blut mehr zum Vorschein gekommen ist, geht man langsam zur flüssigen Kost über.

### III. Diätetik der chronischen Magenaffectionen.

Während wir bei den acuten Magenkrankheiten unser Hauptaugenmerk darauf richteten, den Magen zu schonen, — denn selbst eine ungenügende Ernährung und der Verlust von einigen Pfund des Körpergewichts hat hier nichts zu sagen, da der schnell gesundende Organismus das während der Krankheit eingebüsste sehr bald durch eine vermehrte Nahrungsaufnahme wieder ersetzt, — gilt es bei den chronischen Zuständen zunächst *und vor Allem* darauf zu achten, dass eine *genügende* Menge Nahrung aufgenommen wird.

Die grösste Zahl der Magenkranken, welche nach längerem Bestehen ihres Leidens, den Arzt consultirt, hat bereits mehr oder weniger beträchtlich an Körpergewicht eingebüsst, der Hauptgrund dafür liegt in dem Umstand, dass der Körper zu wenig Nährmaterial bekommen hat, um seine für das Leben nöthigen Ausgaben zu decken. Der gewöhnlich mangelnde Appetit oder das sich zu früh einstellende Gefühl der Sättigung, die häufig nach dem Essen auftretenden Schmerzen, weniger häufig das Erbrechen, sind die Hauptschuldträger der Unterernährung. Es ist nun hier nöthig, die Magenkranken in zwei grosse Klassen zu trennen:

1. Solche mit organischen Störungen der Magenthätigkeit.

2. Solche mit functionellen Störungen.

Die erste Klasse umfasst: a) die malignen Erkrankungen des Magens selber oder seiner Ostien (Carcinoma ventriculi, cardiae, pylori), b) narbige Stricturen der Cardia oder des Pylorus, c) Ausfall der secretonischen Thätigkeit des Magens: Achylia gastrica.

In dieser ganzen ersten Klasse, mit Ausnahme von Gruppe c, welche so zu sagen in der Mitte steht zwischen der ersten und zweiten Klasse, werden wir weder durch Medicamente noch Diätetik viel ausrichten können. Bei bestehenden Stricturen an der Cardia oder dem Pylorus, wird man stets chirurgische Hilfe suchen müssen, auch bei Krebs der Magenwand ist die Resection des betreffenden Theiles, wo es angeht, anzurathen. Ich kann nicht umhin hier auf die glänzenden Resultate der neuen Magen Chirurgie, wie sie in der letzten Zeit auch hier zu Lande vielfach geübt wird (F. Lange, N. Senn, Abbe, Willy Meyer, u. A.) hinzuweisen. Bei den carcinomatösen Stricturen kann man einen neuen Weg für die Zuführung der Speisen, sei es nach dem Magen (durch Anlegung einer Magen fistel) oder nach dem Darm (Gastroenterostomie) etabliren und so wenigstens temporär den Zustand und die Ernährung dieser Unglücklichen erleichtern und erträglich machen.— Bei den narbigen Stricturen der Cardia und des Pylorus kann man den Patienten jetzt durch operatives Vorschreiten (bei der Cardia stricture zuweilen auch durch methodische Erweiterung derselben) vollständige Genesung versprechen. Die Pyloroplastik (Heineke-Mikulicz) und die Cardiotomie oder Cardiofissur (Abbe) gehören zu den schönsten und segensreichsten Operationen, die je geübt worden sind. Die Patienten sind nach ausgeführter Operation dauernd im Stande Alles zu essen und ohne Beschwerden zu leben, d. h. sie sind vollkommen geheilt.

Vor den Operationen oder da, wo solche unausführbar sind, wird man eine leichte, wenig reizende Kost haben müssen und die Menge der zugeführten Nahrung zu erhöhen trachten; wenn Erbrechen hartnäckig und beständig ist, wird man zu den oben beschriebenen Nährklystieren schreiten müssen.

Gruppe c, Achylia gastrica wird am besten in Bezug auf Diätetik unter Klasse II. besprochen werden.

Die II. Klasse der functionellen Störungen, umfasst das grösste Contingent sämtlicher Dyspeptiker. Hier steht obenan der chronische Magenkatarrh, die Atonie des Magens, die Magendilatation, Gastropiose, Superacidität mit oder ohne Supersecretion, nervöse Gastralgie, nervöse Dyspepsie,— und als Mittelglied zwischen Klasse I. und II. die Achylia gastrica.

Wir möchten zunächst einige Sätze erörtern, welche diese ganze Klasse betrifft, und dann spezielle Anweisungen für die verschiedenen Gruppen geben.

Flüssige oder theilweise vorverdaute Nahrungsmittel (wie alle Peptonpräparate) zu reichen, ist hier nicht am Platze; denn durch zu geringe Forderung an den Magen wird die Erschlaffung desselben aufrecht erhalten und mit der Länge der Zeit gesteigert.

Das Princip der Stärkung des Organs durch zweckmässige Arbeit muss uns hier stets vor Augen stehen.

Delafield\*) soll sich in seinen Vorlesungen in Bezug auf die Diätetik der Dyspeptiker folgendermassen ausdrücken:

“When a dyspeptic patient asks you the question: “What shall I eat?” reply: “Eat what you like.” If he asks: “How much shall I eat?” say to him: “Eat as much as your appetite demands.” If he still asks: “When shall I eat?” answer: “Eat when you are hungry.”

Obgleich ich keineswegs ein Freund von zu strengen und zu straffen Diätregeln bin, so halte ich doch eine solche Aeusserung für viel zu weit gehend. Anders wie im normalen gesunden Zustande, wo uns der Instinkt den richtigen Massstab giebt, weder zu wenig noch zu viel Nahrung zu uns zu nehmen, haben Magenkranke sehr oft dieses Gefühl der Selbstregulirung verloren und nehmen in der Regel zu wenig Nahrung zu sich. (Nur in manchen Fällen von Boulimie kann ein gesteigerter Wunsch nach Nahrung und eine zu reichliche Aufnahme derselben stattfinden.)

Es wird daher nothwendig sein, die Kranken darauf aufmerksam zu machen, *mehr* zu essen, resp. ihnen genauere Angaben über die nöthigen Quantitäten zu geben. Am zweckmässigsten lässt man Pat. sich jede Woche wiegen, um so sicher zu wissen, ob sich Pat. genügend ernährt. Ausserdem muss man den Patienten einschärfen, dass sie eine regelmässige Lebensweise führen müssen, dass sie *langsam* zu essen haben (— wieviel wird doch, namentlich hier zu Lande, gegen diese Naturnothwendigkeit gesündigt! —) und dass sie die Speisen ordentlich zerkauen und zerkleinern müssen. Extrem kalte und heisse Kost soll vermieden werden. Zu reichliche und zu complicirte Mahlzeiten sind streng zu verbieten.

Ich habe es mir zur Regel gemacht, nichts zu verbieten, ausser was nach unserer Ueberzeugung für den betreffenden Fall schädlich ist, — um so den Patienten eine recht grosse Mannigfaltigkeit in ihren Speisen zu lassen. Man läuft dann weniger Gefahr, die Pat. in einen Zustand der Unterernährung zu bringen. Auch in Bezug auf die Zahl der Mahlzeiten und die für dieselben festgesetzten Zeiten sind nur dann Aenderungen vorzunehmen, wenn dazu specielle Indicationen da sein sollten.

Gegen manche Nahrungsmittel sind beim Publikum sowohl, wie auch vielfach in medicinischen Kreisen, Vorurtheile vorhanden. So wurde früher in allen dyspeptischen Zuständen alles Fett, auch die Butter, aufs strengste verboten. Fett aber gehört zu der Gruppe der Nährstoffe, welche den grössten Calorienwerth hat, und ausserdem als Nahrungsmittel (Butter) wenig voluminös ist; das Fett in unzersetzter Form, passirt den Magen ohne weitere Behelligung desselben und wird im Darm verarbeitet; es ist also kein Grund gegen die Darreichung von Butter vorhanden, — und sollte dieselbe im Gegentheil aufs wärmste anempfohlen werden. Der Genuss von Brod und anderen

\*) F. Delafield citirt nach Kellogg: *Methods of Precision in Disorders of Digestion*, 1893, p. 4.

kohlehydratreichen Nahrungsmitteln wird sehr oft aus Furcht vor Gährungsprocessen sehr eingeschränkt oder ganz verboten. Wenn es auch wahr ist, dass Kohlehydrate leicht fermentativen Processen unterliegen, so sind doch die Fälle, wo erhebliche Gährungsprocesse im Magen vorkommen, ziemlich selten und zwar nur dort, wo eine erhebliche Stase des Mageninhalts statthat. In diesen Fällen ist allerdings für einige Tage eine vornehmlich aus animalischem Eiweiss bestehende Diät angebracht; durch Magenausspülungen und andere zweckmässige Behandlung gelingt es bald den Gährungsvorgängen ein Ende zu machen und kann man dann auch Kohlehydrate reichen. Der erwachsene Mensch verzehrt täglich nach KOENIG \*  $\frac{1}{3}$ — $\frac{3}{4}$  kg. Brod; er deckt 50—60% der Gesamtnährstoffe und 50—75% der Kohlehydrate allein in Form von Brod. Daraus erhellt aufs Deutlichste die wichtige Rolle des Brodes, und ist der Genuss desselben in der Regel anzurathen. Es wird gewöhnlich behauptet, dass die Brodrinde, ferner altgebackenes Brod und Zwiebacke leichter verdaulich sind, weil die Stärkesubstanzen in denselben in reichlicherem Masse in Dextrose umgewandelt sind. Wenn ich auch glaube, dass man zu frisches Brod meiden soll, so finde ich selten bei den Patienten einen grossen Unterschied zwischen der Verdaulichkeit von Brodrinde oder dem anderen Theile von gut gebackenem, feinen Weissbrod.

Der Gebrauch der Genussmittel (Wein, Bier, Kaffee, Thee) ist im Allgemeinen gleichfalls nach Bedürfniss zu gestatten, nur muss man dieselben in beschränktem Masse reichen und in zweckmässiger Form. Starke Spirituosen sind zu vermeiden, ebenso alle starken Gewürze.

Die Appetit erregenden Speisen, wie ein wenig Caviar, Sardellen oder Anchovis auf etwas Brod oder Cracker  $\frac{1}{4}$  Stunde vor der Mahlzeit, sind nicht nur gestattet, sondern häufig direct indicirt.

Was nun die speciellen Vorschriften für die verschiedenen Erkrankungsformen der II. Klasse anbetrifft, so wird man bei allen Zuständen, welche mit einer Verringerung der HCl. Secretion einhergehen, (Gastritis chr. gland., Atonie und Subacidität), darauf achten zeitweise das eingenommene Fleischquantum etwas zu reduciren und dafür die an Kohlehydraten reiche vegetabilische Kost erhöhen. Kumyss, Matzoon, dicke saure Milch, Milch mit etwas Cognak (7,–10,0 Cognac oder Arrac auf 200 oder 250 c.c. Milch) kann bei den Mahlzeiten oder zwischen denselben mit etwas Cracker genommen werden.

In allen Zuständen mit Superacidität wird man die zugeführte Eiweissmenge vermehren; hier kann man viel Fleisch (auch Wild) geniessen lassen. Bei der Superacidität mit Supersecretion wird man am besten häufigere und kleinere Mahlzeiten aus consistenter Kost bestehend nehmen lassen, — und bei sich einstellendem Hunger ausserhalb der Mahlzeiten das Weisse von hartgekochten Eiern anordnen (Eiweiss bindet bekanntlich Säure und macht dieselbe so zu

\* J. Koenig. Die menschlichen Nahrungs- und Genussmittel. S. 430. Berlin, 1883.



sagen inert). Die Menge der Getränke wird sehr eingeschränkt werden müssen; am besten lässt man hier etwas Vichywasser nehmen.

Bei der Magendilatation, sowie bei Tiefstand des Magens (Gastropose) wird man gleichfalls häufige und kleinere Mahlzeiten anordnen und die zugeführte Flüssigkeitsmenge beschränken. In diesen Fällen wird Milch, ebenso Bier gewöhnlich schlecht vertragen. Kleine Mengen Wein oder importirtes dunkles Bier, sowie Porter können erlaubt werden.

Bei der nervösen Dyspepsie und Gastralgie muss man systematisch für eine grössere Nahrungsaufnahme sorgen; hier spielen Milch und ihre Derivate (Kumyss, Matzoon, saure Milch, Buttermilch, Rahm), zwischen die Mahlzeiten eingeschaltet, eine grosse Rolle (WEIR-MITCHELL'sche Kur).

Bei der Achylia gastrica, wo die chemische Action des Magens ganz erloschen ist, und wo infolge des Wegfalls der eiweisslösenden Kraft des Magensaftes sowohl vegetabilische (wegen der die Stärkekörnchen umhüllenden Eiweisssubstanz), als auch animalische Nahrung unverändert und unzerkleinert nach dem Darm gelangt und hier, wenn nicht von früh auf eine genügende Adaption für diese Verhältnisse eingetreten ist, Reizzustände hervorruft, ist es von der grössten Bedeutung, dass jede Nahrung in flüssiger oder in recht fein zerkleinerter (pulverisirter) Form genossen wird. Die vegetabilischen Nahrungsmittel werden wegen ihres reicheren Gehalts an Kohlehydraten auf dem Speisezettel dieser Affection dominirend sein. Die Achylia gastrica steht so, die Diät anlangend, halbwegs zwischen der ersten und zweiten Klasse; der ersten Klasse schliesst sie sich an durch die Nothwendigkeit einer flüssigen oder mechanisch recht fein zerkleinerten oder pulverisirten Nahrung, der zweiten Klasse durch die Gestattung einer reichlichen vegetabilischen Kost.

Manche Leser werden in meiner Arbeit bei der Diätetik der chronischen Magenaffectionen die Angaben genauer Speisezettel vermissen; allein hier spielt die Individualität eine Hauptrolle, und wir müssen uns mehr von dem Patienten, als von theoretischen Sätzen leiten lassen, Unser ganzes Streben muss dahin gehen, für eine genügende Ernährung zu sorgen. Nur die angeführten Hauptsachen in Bezug auf die Wahl der Speisen kommen in Betracht, und auch die müssen eventuell nach Bedürfnis modificirt werden. Schon HIPPOKRATES, <sup>1)</sup> sagte diesbezüglich: „*Dandum aliquid temporis, regionis, aetatis et consuetudini.*“ Jetzt sind wir in noch grösserem Massstabe zu dieser Ansicht gelangt.

<sup>1)</sup> Citirt nach MUNK und UFFELMANN, l. c. p. 433.

## FEUILLETON.

## Griechisch als allgemeine Sprache der Aerzte und der Gelehrten überhaupt.

Von

Dr. ACHILLES ROSE.

(Fortsetzung von Seite 272.)

Ob Erasmus diesem Narrenstreich vollen oder nur halben Glauben geschenkt, jedenfalls wollte er ihn seiner Eitelkeit nutzbar machen, er wollte vor der Gelehrtenwelt als der Entdecker dieser nagelneuen Weisheit gelten.

Der Dummpfiffikus verfertigte obigen Dialog vom Jahr 1528. Die meisten Streiter im Kampf um die griechische Aussprache haben die Schrift gar nicht gelesen. Sie ist in Form eines Zwiegespräches zwischen einem Bären und einem Löwen, tödtlich langweilig, ein saft- und kraftloser Wälzer in trivialem Latein.

Der Bär äusserte zum Löwen die Vermuthung, die alten Griechen möchten wohl die holländische Aussprache, hier und da mit Anklängen an's französische besessen haben, und wie ein Wildfeuer griff dieser Blödsinn um sich. Eine Fluth von Schriften ergoss sich, welche jenem Dialog zustimmend folgten.

So und nicht anders ist die Erfindung der Erasmischen Aussprache vor sich gegangen. Die deutschen Philologen können nicht stolz auf die Geschichte ihrer Aussprache des Griechischen sein, sie zeigt nichts weniger als wissenschaftliche Grundlage.

Diese Geschichte, heisst es von dem *Wettlopern tüschen dem Hasen un dem Swinegel up de Buxtehuder Heid, is lögenhaft to vertellen, aber wahr mut se sin, susl künn man se nich vertellen.*

Sie ist wirklich wahr die Erasmus'sche Geschichte; das Actenstück, eben jener Dialogus, ist noch zu haben.

Man braucht sich über diese ungläubliche Posse nicht zu sehr zu verwundern. Der Dialogus erschien zu einer Zeit, zu der, trotz grösster Gelehrsamkeit, kaum eine Ahnung vom innern Wesen einer Sprache, oder gar vom wahren Verhältniss der Sprachen zu einander in der Philologenwelt bestand, zu einer Zeit, zu welcher der denkbar grösste Blödsinn in gelehrter Form angebracht wurde. Beispiele davon sind die lateinischen Abhandlungen, dicke Bände umfassend, über die Frage, ob Adam mit einem Nabel erschaffen worden, ob Christus die Welt habe erlösen können, wenn er in Form eines Kürbisses gekommen wäre. Mit grossem Aufwande von Gelehrsamkeit wurde damals auch der Beweis geführt: Adam und Eva müssten im Paradies vor dem Apfelbiss Holländisch (oder auch Baskisch, Bretonisch u. d. g.), nach dem Sündenfalle aber Französisch gesprochen haben.

Nur eine kleine Probe der erschütternden Naivität aus dem Dialogus:

Der Löwe fragt: Quo sono credis haec veteres extulisse?

*Ursus*: Referam quod in Senatu grammaticorum audivi (nämlich von dem Pariser Blagueur).

*Leo*: Sat erit.

*Ursus*: Conjecturam faciebant ex linguis popularibus, in quibus utrumque corruptis resident antiquae prononciationis vestigia; oi diphthongus gallis quibusdam est familiarissima, quum vulgari more dicunt: mihi, tibi, sibi (moi, toi, soi); aut quum prononciant fidem, legem ac regem (foi, loi, roi). Hic enim audis evidentem utramque vocalem o et i.

*Leo*: Sic est profecto.

*Ursus*: Ad eum prope modum sonuisse veteres arbitror *μοί, σοί, αἱ, τοῖα et κίριοι.*

*Leo*: Probabile narras.

In diesem Stil geht es weiter.

Lauter dummes Zeug im schlampigen Latein.

Die Bewunderer des grossen Rotterdammers ausserhalb Hollands zogen die Nutzenwendung. Sie nahmen ein beliebige Schriftzeichen, setzten an seine Stelle dasjenige der eignen Muttersprache, welches jenem am ähnlichsten sieht, und sprachen es nach den Gewohnheiten der Muttersprache.

Seit dem 16. Jahrhundert herrscht in Europa eine babylonische Verwirrung bezüglich der griechischen Aussprache. Kein Mensch versteht das Griechische eines Ausländers, geschweige das eines Griechen.

Während die Engländer und die Franzosen eingestehen, dass ihre Aussprache des Griechischen nichts anderes ist, als Englisch und Französisch, dass man sie nur als Nothbehelf beibehalte, setzen sich in Deutschland viele Philologen auf's hohe Pferd, und reden sich und ihren Schülern ein, dass die neuhochdeutsche Aussprache des Griechischen die einzig wahre sei.

Es ist gewiss merkwürdig, dass sich die vollkommen willkürliche, sinnlose Erfindung eines schrullenhaften Pedanten seit dem Jahre 1528 in Kraft erhalten hat. Alle Versuche zu ihrer Rechtfertigung, die seit 1528 eine grosse Literatur bilden, beruhen auf Spiegelfechtereien. Die Erasmianer haben sich bis auf den heutigen Tag bemüht, die wissenschaftlichen Beweise für die Richtigkeit ihrer Aussprache hinein zu erfinden.

Ein deutscher Fürst hatte einmal seiner Academie die Aufgabe gestellt: Warum sind die Schwänze der Fische im Winter grösser als im Sommer? und die gelehrten Academiker brachten die treffigsten Beweise aus Plinius, Galenus und anderen Quellen.

Wer aber glaubt, dass es solche Gelehrte nicht mehr gebe, der braucht nur die Abhandlung von Friedrich Blass „Ueber die Aussprache des Griechischen“, Berlin, Weidmann, 3. Auflage, 1888 zu lesen, darin wird wirklich bewiesen, dass die Schwänze der Fische im Winter grösser sind, als im Sommer. Engel führt recht drastische Stellen aus dieser sehr gelehrten Arbeit an, und vergleicht Herrn Blass mit Molière's Sganarelle im Arzt wider Willen:

Der Charlatan Sganarelle spielt den Arzt und erzählt dem Vater einer stummen Tochter den Grund der Stummheit:

SGANARELLE: Die Stummheit rührt her—vom Verlust der Sprache.

GÉRONTE: Sehr schön. Aber bitte, die Ursache, durch welche sie die Sprache verloren?

SGANARELLE: Alle unsere besten Schriftsteller werden Ihnen sagen, dass die Ursache in einer Hemmung der Thätigkeit der Zunge liegt.

GÉRONTE: Ja, aber wie denken Sie sich diese Hemmung entstanden?

SGANARELLE: Aristoteles sagt darüber — sehr schöne Dinge etc.

Der Grundstein der Erasmischen Aussprache bildet das Gefühl, sie besteht einmal, d. h. wir werden von Staat und Stadt dafür bezahlt, dass wir sie lehren. Verfügt der oder jener Kultusminister demnächst eine andere, so werden wir auch die lehren und ihre Richtigkeit beweisen.

Einige ehrliche Philologen geben zu, dass die Erasmische Aussprache nicht begründet sei, dass sie sich aber durch praktische Bequemlichkeit empfehle. Falsch, aber bequem! Bequem für den Schulzweck, das Griechische mit den Augen, nicht mit Ohren und Mund zu erlernen.

Mit der Aussprache des Griechischen im Laufe der Jahrtausende verhält es sich wie mit allen anderen Sprachen auch. Im Laufe der Zeiten ändert sich die Aussprache entsprechend den Veränderungen der Sprache selbst. Dies können wir an einem Beispiel in unserer Nähe ersehen: Die canadischen Franzosen, die isolirt geblieben sind, sprechen das Französische heute noch so aus, wie es im vorigen Jahrhundert in Frankreich geschrieben und ausgesprochen wurde. Am wenigsten Veränderung erleidet die Volkssprache, dies lässt sich ersehen, wenn man die Werke Zwingli's, die im ächten Zürcher Dialect geschrieben sind, mit dem heutigen Zürcherdeutsch vergleicht. Wir können noch weiter zurückgehen, indem wir die Manesische Handschrift, die Lieder Zürcher Dichter aus dem 13. Jahrhundert enthält, vornehmen. Man findet, dass die Sprache geschrieben ist, wie noch heute die Zürcher in ihrem Dialect sprechen.

Ich bin kein Sprachforscher von Fach, und erwähne nur diese mir zufällig geläufigen Beispiele. Es wird vielleicht noch bezeichnendere geben. — Die Nutzenwendung, auf das Griechische bezogen, liegt nahe. Es ist nicht wahrscheinlich, dass die Aussprache in gleichem Zeitraum sich stärker ändert, als die Sprache selbst.

Die neugriechische Volkssprache hat das Wesentlichste der alt-hellenischen (nicht attischen) Grammatik und des Wörterschatzes treu bewahrt.

Altgriechisch war eine wohl lautende Sprache, das wissen wir von den Griechen selber und von den Römern.

Auch die Aussprache des Neugriechischen giebt eine schöne und lautere Harmonie. Das Griechisch von heute gehört zu den wohlklingendsten Sprachen.

Gegen den Vorwurf des angeblichen Vorherrschen's des i-Lautes ist Folgendes zu sagen: Der Vorwurf ist den Unkundigen, oft solchen, die überhaupt kein Griechisch kennen, geläufig. Sie sprechen einfach diese, wie die anderen Verleumdungen nach. Der i-Laut im Altgriechischen nach neugriechischer Aussprache herrscht nicht ungewöhnlich vor. Das i in der neugriechischen Aussprache ist nicht häufiger, als das i im Latein, bedeutend seltener, als das e im Deutschen und andere Vocale in anderen Sprachen.

Auf Einzelheiten z. B. bezüglich der so viel \*besprochenen Aussprache des η als ae oder i kann ich hier nicht eingehen. Es ist hinlänglich nachgewiesen, dass der Vers des Kratinos: Ὁ δ' ἡλίθιος ὡς περ πρόβατον, βῆ, βῆ, λέγων βαδίσει nicht als Beweis für die ae Aussprache des η gelten kann.

Engel hat mit seinem Buch über die Aussprache des Griechischen zwar einen Schnitt in einen Schulzopf geführt, er hat gezeigt, dass ein plumper Scherz, den man sich mit Erasmus von Rotterdam erlaubt hatte, durch sein ehrwürdiges Alter nicht zur Wissenschaft wird, sondern in Form eines Zopfes noch immer hinten hängt. Indem er aber nur gegen die Aussprache des Griechischen auf deutschen Gymnasien seine Angriffe richtete, ist er auf halbem Wege stehen geblieben, oder vielmehr er hat die Wurzel eines Uebels, das in Bezug auf griechischen Unterricht besteht, gar nicht berührt.

Gerade er, der das lebendige Griechisch erlernt hat, wäre befähigt Alles, was widersinnig am griechischen Unterricht auf den Gymnasien ist, in greller Beleuchtung, die die Sache beanspruchen darf, zu zeigen.

Würden wir nicht den bedauern, der das Erlernen des Deutschen heute noch mit dem Studium der epischen Dichtungen des 12. Jahrhunderts beginnen und der sich vorerst mühsam durch die mittelhochdeutsche Grammatik durcharbeiten wollte?

Auf welchem Umwege würde der endlich zum Verständniss der Eigenart und der Höhe der Schiller'schen Sprache kommen, wie lange

würde es dauern, ehe er von einem Genuss derselben sprechen könnte, wenn er das Deutsche nur aus Schiller erlernte und beim Erlernen jeden Satz grammatikalisch zu zerlegen gezwungen wäre?

Die Färbung der Sprache und die Stilgattung eines Literaturwerkes sind nur Demjenigen recht erkennbar, der ermessen kann, wie weit sich solche von der Alltagssprache abheben.

Wie mein schon erwähnter griechischer Lehrer in einer seiner Schriften sagt, nimmt man einen edlen Wein nicht erst zur chemischen Zerlegung mittelst Säuren und Salzen zum Stadtchemiker, um sich von seinem Werth zu überzeugen.

Wenn der sächsische Schulmeister die Bürgerschaft von Schiller mit seinen Zöglingen in folgender Weise vornimmt: „Zu Dionys, mit dem weichen D, dem Tyrannen, mit dem harten D, schlich, Möros, den Dolch mit dem weichen D, im Gewande mit dem weichen D“, so klingt dies für uns vielleicht nicht lächerlicher, als es einem Griechen klingen mag, wenn er hört, wie die elementaren grammatischen Regeln der griechischen Sprache in unseren Schulen an Citaten aus griechischen Classikern geübt werden.

Ich erhielt einen Theil meiner Schulbildung auf dem Lyceum eines kleinen Städtchens im Herzen Thüringens. Es ist wohl möglich, dass damals, als noch kein Eisenbahnverkehr bis zu uns reichte, und das dortige Leben ein recht idyllisches war, wenig Fremde zu uns kamen, keiner der Einwohner geläufig Französisch zu sprechen vermochte. Unsere Lehrer, die französischen Unterricht erteilten, von diesen weiss ich es ganz bestimmt, dass sie eigentlich gar nicht Französisch sprechen konnten, und ich wusste es damals schon.

Einmal in jedem Jahr erschien in dem alten ehrwürdigen Schulgebäude mit der Aufschrift „Deo, Virtuti et Litteris“ ein alter corsischer Bergmann, um uns das Modell eines Bergwerkes mit beweglichen Figuren, beweglichen Apparaten und klingenden Glöckchen, eine Illustration des Bergmannlebens zu zeigen und zu erklären.

Das Fremdländische an dem Alten, seine Herkunft aus dem Geburtslande Napoleon's, alles dies übte eine gewisse Anziehung aus.

Lehrer wie Schüler, die wir schon Noël und Chapsal's Chrestomathie durchgelesen hatten, die sich an Charles XII. von Voltair geübt, und die wir Lamartines Voyage en Orient übersetzen konnten, versuchten vergeblich eine Unterhaltung mit dem Manne. Wir hätten so gern ein paar Worte aus seinem Munde über den grossen Corsen gehört.

Der grammatische Unterricht beschränkte sich auf das, was der kleine Ahn bot, und ich habe in meinem Leben nie eine andere französische Grammatik zur Hand genommen, seit dem auch den kleinen Ahn nicht wieder.

Englisch war nicht obligatorisch. Wir erbatan uns eine Stunde wöchentlich für den englischen Unterricht, und ein Lehrer machte sich das Vergnügen diese zu übernehmen. Der kleine Munde war unsere einzige Grammatik und ist auch für mich die einzige geblieben. Wir lasen bald den classischen Roman GOLDSMITH's und andere Musterwerke.

Trotzdem unsere Lehrer selbst sehr schwach im Englischen und Französischen, trotzdem unsere Aussprache eine recht barbarische war, hätten wir es in diesen Sprachen recht weit bringen können, wenn wir nur nicht uns sogleich an Musterstücken der französischen und englischen Literatur geübt, sondern mit den allereinfachsten Kindergeschichten begonnen hätten.

Diese Einsicht kam mir, als ich hier in New York französisch nach meinem eignen System oder Instinct erlernte. Frankreich habe ich nie besucht. Ich ging täglich für eine halbe Stunde, um meine Hauptmahlzeit einzunehmen, in eine französische Garküche, in der aus-

schliesslich französisch gesprochen wurde, und befeissigte mi hemit Mund und Ohr zu lernen.

Beim Erlernen der englischen sowohl wie der französischen Sprache fiel mir eines auf, dass ich, um schnell vorwärts zu kommen, im Anfang nur solche Schriften lesen durfte, die im leicht fasslichen Stil geschrieben waren und deren Inhalt leichte Unterhaltung bot. Versuchte ich mich an schwereren, ernsteren oder langweiligen Lesestücken, so machte ich nicht Fort- sondern Rückschritte; ich quälte mich unnöthigerweise ab. Am nützlichsten erwiesen sich mir im Anfang Schauer- oder Criminalromane der allergewöhnlichsten Sorte. Um der Sprache willen gefiel mir oder unterhielt mich selbst das abgeschmackteste Zeug, leidenschaftlich stahl ich mir die Zeit, um zu lesen. Ich erstaunte, wie bald ich das Wörterbuch entbehren konnte, da ich neue Worte aus dem Zusammenhang errieth und erlernte. Ich vermochte sehr bald in der fremden Sprache zu denken. Fortschreitend wählte ich besseren Lesestoff, erst gut geschriebene Romane, dann mit Vorliebe historische Werke. Meine Ansprüche an die Literatur wuchsen mit meinen Sprachkenntnissen, ebenso meine Begeisterung für die Schönheiten der Sprache, der ich mich gerade widmete. In dieser Beziehung erging es mir beinahe, wie meinem Kinde, als ich es fragte, was es am meisten liebe, Aepfel, oder Birnen, oder Trauben; die Antwort war: „ich liebe Aepfel am meisten, und Birnen am meisten, und Trauben am meisten.“ Jede Sprache gefiel mir am meisten, während ich sie in meiner Weise erlernte. Das Griechische jedoch hat mich schliesslich mehr als alle anderen gefesselt.

Wie mir so wird es auch unserem JACOB GRIMM, dem grössten Kenner der deutschen Sprache ergangen sein, als er sagte, dass vor allen lebenden Sprachen der englischen der Vorrang gebühre, und dass an Reichthum, Vernunft und gedrängter Fuge keine sich ihr an die Seite setzen lasse, auch unsere deutsche nicht. Ganz gewiss hat selbst der berühmte JACOB GRIMM die griechische zu den toten Sprachen gerechnet.

Es besteht durchaus keine Gefahr, dass man sich den Geschmack für das Schöne verdirbt, wenn man zum Zweck des Erlernens mit alltäglicher, gewöhnlicher Literatur beginnt.

Ich erinnere mich noch lebhaft des Eindrucks, den es auf mich machte, als ich in einem hiesigen französischen Theater Sandeau's Mademoiselle de la Seglière sah. Ich war ganz bezaubert von der Schönheit der Sprache. Es war zum ersten Mal, dass ich überhaupt ein französisches Theater besuchte. Ich glaube nicht, dass im ganzen Haus jemand einen grösseren Genuss haben konnte, als ich. Ich fühlte mich besonders stolz und glücklich, dass kein Wort des Stückes meinem Verständniss entging.

Das grösste Vergnügen gewährte mir später das Lesen von THIER'S Histoire du Consulat et de l'Empire, dieses Meisterwerk schönen Stils, welches mich wieder anregte, deutsche Geschichtswerke, namentlich von DROYSFN, über dieselbe Epoche der Geschichte Deutschland's und Frankreich's zu studiren.

Ich bin überzeugt, dass ich zu diesem Resultate in sehr kurzer Zeit und ohne Anstrengung gekommen bin, weil ich ohne Grammatik, ohne Schulsystem hauptsächlich durch Lesen dessen, was mir gerade zusagte, die Sprache erlernte. Die Grammatik würde mich aufgehalten haben.

Ich habe einen Neffen in Deutschland, der mir Briefe in englischer Sprache schreibt. Er hat das Englische sorgfältig, schulgemäss, nach einem System gelernt. Kein Verstoss gegen Orthographie oder Grammatik wird von ihm verübt, aber sein Englisch ist ein künstliches. Er hat nur gute Bücher in gewählter Sprache gelesen. Hätte

er sich vorerst mit der alltäglichen Ausdrucksweise vertraut gemacht, so würde sein Englisch natürlicher sein. Wie viel leichter wäre ihm das Erlernen geworden!

Denselben Eindruck erhalte ich jedesmal, wenn ich einen unserer wissenschaftlich hervorragenden amerikanischen Aerzte in einer medicinischen Versammlung Deutsch unter deutschen Aerzten sprechen höre. Seine Perioden, die er baut, und die er richtig durchführt, sind Kunststücke. Er würde sich nicht so viel Mühe mit kunstvoller Satzbildung zu geben brauchen. Man hört es immer durch, dass er nicht an alltäglichem Deutsch, sondern an sorgfältig gewählten Lesestücken allein sich im Deutschen geübt hat. Wie mühsam muss dies gewesen sein!

Es klingt ganz anders, als das Deutsch anderer amerikanischer Collegen, die viel unbefangener sprechen, weil sie beim Lernen zuerst mit alltäglichem Deutsch bekannt geworden waren.

Professor JOHN WILLIAMS WHITE von Harvard College hat im New England Journal of Education im Jahr 1878 eine Reihe von Artikeln, betitelt „Greek and Latin at Sight“ veröffentlicht, in welchen er befürwortet, den Unterricht in den classischen Sprachen nach Art des Unterrichts im Deutschen und Französischen umzugestalten, die Schüler baldmöglichst daran zu gewöhnen at sight d. h. ohne Vorbereitung, oder, wie man in der Musik sagt, prima vista zu lesen. Er führt an, wie die Schüler so viel schneller und besser Deutsch als Lateinisch lesen lernen, trotzdem auf den Unterricht in letzterer Sprache zweimal so viel Zeit verwendet werde, als auf den Unterricht in ersterer. Ueber Griechisch sagt er in dieser Beziehung „Es ist in Anrechnung zu bringen, dass es schwieriger ist Griechisch lesen zu lernen als z. B. Deutsch, aber es besteht nicht ein solcher Unterschied zwischen den zwei Sprachen, um die Thatsache zu rechtfertigen, dass derselbe Schüler nach Jahre langem Studium um das Griechische noch nicht im Stande ist, es ohne Lexicon und sonstige Hilfsmittel zu lesen, während er in viel kürzerer Zeit geläufig Deutsch lesen lernt.

Um diesem Uebelstand abzuhelpfen, wird von Professor WHITE unter Anderem empfohlen, dass die Schüler keine höhere griechische oder lateinische Grammatik studiren sollten, ehe sie diese Sprachen mit einer gewissen Leichtigkeit lesen könnten, und viel in denselben gelesen hätten. Classische Literatur sollte nicht allein zum Zweck des Studiums der Grammatik gelehrt werden. Wie er erwähnt, liess man vor 40 Jahren noch die Knaben in Boston ein ganzes Jahr lang Formen, Regeln und Ausnahmen der lateinischen Grammatik lernen, ohne diese an einem einzigen Beispiel zu erläutern. Demnach muss es dorten noch schlimmer bestellt gewesen sein, als je auf deutschen Schulen.

Professor WHITE ist in seinen Anforderungen sehr bescheiden. Er sagt, das Studiren der Grammatiken sollte, besonders in den ersten Jahren, practischer gemacht werden. Der Schüler sollte, nachdem er drei oder vier Jahre Griechisch oder Latein getrieben, Griechisch wie das des XENOPEON, LYSIAS und HERODOT und Latein wie das des CAESAR und CICERO ohne Vorbereitung und ohne Lexicon lesen.

Hohe Grammatik, philologische Forschungen in Bezug auf Formen und Gesetze der Construction sollten erst von weit vorgeschrittenen Schülern unternommen werden, von vielen überhaupt niemals.

„Studium der Classiker ist ein sicheres Bildungsmittel, aber theoretische Grammatik bietet nicht das beste Feld der Geistesbildung“ sagt WHITE. Wie wir gesehen haben, sagt VIRCHOW mit anderen Worten dasselbe: „Die grammatische Schulung ist nicht dasjenige Hilfsmittel fortschreitender Entwicklung, welches unsere Jugend braucht. Sie erzeugt nicht jene Lust am Lernen, die eine Voraussetzung der selbstständigen Entwicklung ist.“

(Schluss folgt.)

## REFERATE.

## Nervenheilkunde.

Referirt von Dr. GEO. W. JACOBY.

**Betruhe bei Epileptischen. Von Clemens Neisser. (Therapeutische Monatshefte, März, 1893.)**

Aus administrativen Gründen wurden der Irrenanstalt, welcher Neisser vorsteht, 7 chronische, meistens verblödete Epileptiker überwiesen. Dieselben wurden in einem gemeinschaftlichen Raum ins Bett gelegt, und diese Betruhe wurde nur an schönen Tagen durch einen 1-2 stündigen Gartenspaziergang unterbrochen. Bei sämtlichen Patienten trat von der ersten Woche ab, eine Körpergewichtszunahme ein, welche während 4 Wochen anwuchs und dann Schwankungen unterlag. Die epileptischen Anfälle zeigten bei 6 der Patienten eine erhebliche Frequenzabnahme, doch nahm später die Zahl der Anfälle wieder zu. Auf die Dauer trat also diesbezüglich keine Besserung ein. Psychische Störungen aber, welche neben den Krampfanfällen auftraten, wurden entschieden durch die Betruhe gemildert. Verf. glaubt, dass bei Fällen, in welchen überhaupt von einer Cur noch Erfolg erhofft werden kann, der Versuch gerechtfertigt ist, die Wirkung der Brompreparate, durch die Betruhe zu unterstützen.

**Ueber den therapeutischen Werth des Chlormethyl. Von Dr. Hertmannin. (Therapeutische Monatsschrift, April, 1893.)**

Erst jetzt, nachdem in Frankreich und hier die Benutzung von Chlormethyl seit 8 Jahren zu den alltäglich gebrauchten Mitteln bei Behandlung von Neuralgien gehört, wird in Deutschland auf seine Vortheile aufmerksam gemacht.

H. berichtet über 19 von ihm mit Zerstäubungen von Chlormethyl behandelte Fälle; dieser Bericht ergiebt, bei 15 Fällen von Ischias, 2 Misserfolge, 3 Besserungen, 10 Heilungen. Geheilt wurden ferner 3 Intercostal Neuralgia, 2 Fälle von Pleurodynie, je ein Fall von Lumbago und Coccygodynie und 4 Fälle von rheumatischen Erkrankungen.

Verf. verwehrt sich gegen die von anderer Seite dieser Methode gemachten Vorwürfe.

Bei über 70 Aufstäubungen ist ihm nichts mehr als Blasenbildung oder Hautpigmentirung vorgekommen.

**Note on Arsenical Neuritis Following the use of Fowlers Solution. By Wm. Osler. (The Montreal Medical Journal, April, 1893.)**

Osler, welcher seit Jahren grosse Dosen Arsenik bei Chorea und pernicioser Anaemie anwandte, hatte niemals irgend welche Symptome einer chronischen Arsen Vergiftung beobachtet. Dass solche Vergiftungen aber vorkommen, wird durch die Krankengeschichte erwiesen, welche Osler nun hier mittheilt. Der Patient bekam vom 27. October bis zum 10. Januar etwa 1.00 acidi arsenici in Form von Solutio Fowleri, und entwickelte neben Pigmentation der Haut Symptome, welche nur als Neuritis gedeutet werden können.

**Some of the Tropho-Neuroses Associated with Abnormality of the Thyroid Gland. By Solis Cohen. (The American Lancet. April 1893.)**

In einem am 8. Februar gehaltenen Vortrag berichtet COHEN über zwei Fälle von Akromegalie, bei welcher die Schilddrüse zu fehlen



schien; bei einem der Fälle bestanden noch andere Symptome von Seiten der Roehrenknochen und der zweite Fall bot diverse Gehirnerscheinungen dar. Da embryologisch die Schilddrüse und die Zirbeldrüse nahe verwandt sind, wäre es annehmbar, dass in jenen Fällen von Akromegalie, bei welchen eine Vergrößerung der Zirbeldrüse mit Schwund der Thyreoidea gleichzeitig besteht, es sich um eine compensatorische Hypertrophie handle. C. hat eine Reihe von Fällen gesehen, bei welchen die Thyreoidea nicht nachzuweisen war, und welche einige der bei Akromegalie gefundenen Symptome darboten.

Sodann sprach C. über trophische und vasculäre Störungen, welche in Verbindung mit Vergrößerung der Thyreoidea auftreten. Hierbei handelt es sich besonders um Goitre Exophthalm, um Myxoedem und Cretinismus. In einem vom Vortragenden beobachteten Fall von Raynaud'scher Krankheit bestanden zeitweilig Tachycardie und intermittirende Vergrößerung der Thyreoidea.

Das Zusammentreffen von Rheumatismus und Basedow'scher Krankheit, das Auftreten von Tetanie nach Thyreoidectomie, und von epileptoiden Zuständen mit Vergrößerung der Thyreoidea, wurde ebenfalls erwähnt. Es muss gewiss ein enger Zusammenhang zwischen der Schilddrüse und dem vasomotorischen Nervensystem bestehen. Selbstverständlich wird es schwer halten, hier die Beziehungen zwischen Ursache und Wirkung auseinanderzuhalten; um mehr Klarheit hier hineinzubringen, möchte Verf. sehen, dass klinisch sowohl wie pathologisch der Schilddrüse mehr Aufmerksamkeit gewidmet werde. Durch derartige Beobachtungen lassen sich die nebensächlichen von den Haupt-Vorkömnissen sichten.

**Tabes mit Zwerchfellsähmung.** Von C. Gerhardt. (Berliner klinische Wochenschrift, April 17, 1893.)

Den bisher bekannten Ursachen der Zwerchfellsähmung (Progressive Muskelatrophie, bei durch Geschwülste hervorgebrachtem Druck, Diphtheritis, Multiple Neuritis) fügt G. noch die Tabes hinzu. Hierbei berichtet er über einen Fall von Tabes bei einer 45jährigen Frau, bei welcher sich als Complication eine unvollständige Zwerchfellsähmung hinzugesellte. Die objectiven Zeichen dieser Lähmung waren:

1. Durch leichten Druck liess sich jede Vorwölbung des Unterleibs durch das Zwerchfell verhindern.
2. Bei tiefem Athmen trat der untere Leberrand nach oben anstatt nach unten.
3. In aufrechter Stellung stand der untere Lungenrand tiefer als im Liegen.
4. Durch Druck der Hand auf den Unterleib liess sich der untere Lungenrand beträchtlich nach oben schieben.

Durch obige Zeichen wird erwiesen, dass genaue Percussion des unteren Lungen- und Leberrandes in verschiedenen Stellungen des Körpers, beim Ein- und Ausathmen und bei Druck auf den Unterleib, sehr wichtig für die Erkennung dieser Lähmung ist.

**A Note on the Use of Trional as a Hypnotic.** Von W. C. Krauss. (N. Y. Medical Journal, April 22, 1893.)

KRAUSS hat Trional bei einer Reihe von Nervenkrankheiten in Dosen von 0,5 bis 0,75 mit Erfolg als Schlafmittel angewandt. In keinem Fall wurden unangenehme Nebenerscheinungen bemerkt. Bei schmerzhaften Erkrankungen empfiehlt K. die Verbindung von Trional mit Antifebrin.

**A Case of Cornet Player's Cramp.** Von W. A. Turner. (The Lancet April 29, 1893.)

Die Liste der Beschäftigungs-Neurosen ergänzt TURNER durch Beschreibung eines Falles von Zungen-Neurose bei einem Cornetspieler. Es handelt sich hier um eine Inhibition gewisser Bewegungen, so dass Patient nicht im Stande ist, Staccatonoten auf irgend einem Blas-Instrument hervorzubringen. Objectiv liess sich an der Zunge etwas febrilläres Zittern nachweisen. Die electricische Erregbarkeit war unverändert. Es wird sich also hier um Ermüdung derjenigen Zellen-Gruppen handeln, welche dieser gewissen Zungen-Bewegung vorstehen.

**A Contribution to the Pathology of Traumatic Epilepsy.** By Ira Van Gieson. (Medical Record, April 29th, 1893.)

In zwei Fällen von Epilepsie nach Trauma unterwarf Van Gieson die Theile der Gehirnrinde, welche bei der Operation entfernt wurden, einer sorgfältigen mikroskopischen Untersuchung.

Der erste Fall betraf einen 24jährigen Mann, welcher drei Jahre nach erlittener rechtseitiger Schädelfractur von allgemeinen Krämpfen, welche im linken Arm anfangen, befallen wurde. Drei Wochen nach vorgenommener Trepanation wurde er als geheilt entlassen. Bald traten die Krämpfe wieder ein, und unter schweren Convulsionen erfolgte nach vier Monaten der Tod.

Der zweite Fall betraf einen 14jährigen Jungen, bei welchem im vierten Jahre infolge einer linksseitigen Schädelfractur, rechtsseitige Hemiplegie mit Hemianästhesie, aber ohne Aphasie, eintrat. Im zwölften Jahre erlitt er abermals ein Trauma, wonach er anfangs, an Jacksonschen Krämpfen zu leiden. Bei der Operation wurde eine in der Rinde gefundene Cyste entfernt. Nach drei Monaten, während welcher Zeit Patient frei von Krämpfen war, traten diese wieder ein. Infolge dessen wurde wieder trepanirt, seit welcher Zeit (etwa drei Monate) keine Krämpfe eingetreten waren.

Verfasser betont die Schwierigkeiten, welche dem Forscher bei Untersuchungen der Gehirnrinde im Wege liegen, und welche hauptsächlich in Kunstproducten oder in der natürlichen complicirten Anordnung des Cortex liegen. Daher sind nur gröbere Veränderungen zu erkennen, und die Anfangsstadien dieser Veränderungen entgehen fast gänzlich unseren Beobachtungen.

Die hier untersuchten Fragmente wurden direkt vom lebenden Körper in die Härtungsflüssigkeit transferirt, so dass von post mortaler Veränderung keine Rede sein kann.

In beiden Fällen wurden neben größeren Veränderungen, feine Alterationen in den Ganglien und in der Neuroglia, welche von hohem Interesse sind, gefunden. Es handelt sich um ein allmähiges Absterben der Ganglien infolge von degenerativen Prozesse, verbunden mit einer Wucherung der Neuroglia in der grauen sowohl wie in der weissen Substanz. Van Gieson meint, dass derartige Veränderungen (deren Beschreibung im Originale nachzulesen ist) besser die Symptome der Epilepsie erklären als andere schon beschriebene, und dass nicht nur Trauma allein, sondern vielerlei Ursachen im Stande sind, diese Veränderungen in den Ganglien und in der Neuroglia hervorzubringen.

**Strontium Bromide in the Treatment of Chronic Epilepsy.** By Henry J. Berkley. (Johns Hopkins Hospital Bulletin, May, 1893.)

Bei einer Reihe von Epileptikern, welche von B. mit Brom Strontium (Paraf. Javal) behandelt worden, ergab sich neben der dauernden Ab-

wesenheit von Brom acne, dass die Patienten weniger somnolent erschienen, als bei Anwendung anderer Brom Salze, auch waren einige erregbare Patienten nach ihren Anfällen weniger laut und streitsüchtig als vor Gebrauch des Mittels.

Die Anfälle selbst, welche in ihrem Wesen nicht von der Medication beeinflusst schienen, traten während der Strontium Behandlung nicht so häufig auf.

Im grossen Ganzen, erklärt Verfasser, ist die Anwendung des Brom Strontium bei Behandlung der Epilepsie zu empfehlen, besonders weil der Geisteszustand der Patienten so wenig davon betroffen wird.

**An Experimental Study of the Seat of Cutaneous Sensations. By C. L. Dana.** (Medical Record, May 13., 1893.)

Die ziemlich allgemein angenommene Ansicht, dass das Gefühls-centrum der Haut practisch identisch sei mit den motorischen Rindengebieten, ist auch diejenige, welche Dana vertritt. Als bestätigend für die Stellung, die er zu dieser Frage einnimmt, theilt er folgendes psychologisch sehr interessante Experiment mit: Einem Patienten, welcher an Chorea Hereditaria litt und der die 5te Generation, bei welcher die Krankheit auftrat, darstellt, wurde als ultimum refugium ein Knochenstück von etwa 3—4 Zoll aus der rechten Schädelconvexität, über den mittleren Theil der vorderen Centralwindung entfernt. Da nach Verlauf von 3—4 Monaten die Operation als verfehlt anerkannt werden musste, wurde mit Zusagung des Patienten das Experiment ausgeführt.

Eine aus 2 insulirten Nadeln bestehende Gehirnelectrode wurde durch die Kopfhaut, und durch die Dura in das corticale Arm Centrum hinein gestochen. Sodann wurde durch diese Electrode ein Faradischer Strom durchgeleitet und so Zuckungen des linken Armes und der Schulter hervorgebracht. Die Electrode wurde dann sofort entfernt und der Patient nach seinen Empfindungen befragt. Er gab an, zur Zeit der Zuckungen der Armmuskeln ein Gefühl von Taubheit und Schwere im Arm gehabt zu haben. Schmerz bestand weder im Kopf noch im Arm. Das Experiment wurde dann mit einem stärkeren Strom wiederholt, so dass Zuckungen in der ganzen linken Seite eintraten und wieder gab Patient an, Schwere und Taubheit aber keinen Schmerz in der ganzen Seite gehabt zu haben.

Dana hält dieses Experiment für beweiskräftig, dass wir in der motorischen Gehirnrinde ein der motorischen Ursache sensorisches Correlativum besitzen.

(Ganz abgesehen von der Berechtigung, ein solches Experiment wenn auch mit Einvernehmen des Kranken vorzunehmen, muss hier die weitere Frage auftauchen, ob ein an Chorea hereditaria leidender Patient, bei dem eine Schädelaufmeisselung vorgenommen worden ist, während und nach Vornahme des Experiments psychisch im Stande ist, eine Antwort von wissenschaftlichem Werthe zu geben? Ref.)

**To what Extent can Epilepsy be Prevented by Early Recognition and Treatment. By G. M. Hammond.** (Medical Record, May 20, 1893.)

HAMMOND betont die Nothwendigkeit, epileptische Krämpfe bei Kindern richtig als solche zu diagnosticiren, da zu dieser Zeit eine zweckmässige hygienische, diätetische und medicamentöse Behandlung besser im Stande ist, die Krankheit zu heilen, als im späteren Lebensalter; auch sollen Convulsionen infolge von Magen- oder Darmreizung als ernst betrachtet werden, indem diese wiederholte Insulte leicht zur Entwicklung genannter Epilepsie Anlass geben. Der Aufsatz enthält nur Bekanntes.

**Ueber Hereditäre Ataxie (Friedreich'sche Krankheit.) Von H. Senator.** (Berliner klinische Wochenschrift, Mai 22., 1893.)

SENATOR beschreibt einen Fall von hereditärer Ataxie bei einem 19-jährigen Menschen, welcher das vollständige Symptomen Complex dieser Krankheit (ererbte Anlage, Schwäche und Unsicherheit in den Beinen mit statischer Ataxie, Schwerfälligkeit der Sprache und Nystagmus) darbietet.

Infolge der Arbeiten von KAHLER, PICK und Anderen, welche bei der hereditären Ataxie, Erkrankungen der Hinter- und Seitenstränge gefunden haben, ist es allgemein angenommen worden, dass es sich bei dieser Krankheit wesentlich um eine combinirte Systemerkrankung des Rückenmarks handle.

S. tritt nun hier dieser Ansicht scharf entgegen. Klinisch macht die Krankheit in ihren reinsten Zügen durchaus den Eindruck einer Kleinhirnaffectio, und durch eine solche Annahme lassen sich alle Symptome zwanglos erklären.

Anatomisch kann es sich nur um eine Entwicklungshemmung, um eine mangelhafte Anlage des ganzen Kleinhirns oder nur Theile desselben handeln. SENATOR sucht also nachzuweisen, dass die FRIEDREICH'Sche Krankheit in ihren wesentlichen Zügen auf einer meist durch familiäre Anlage bedingten congenitalen Atrophie des Kleinhirns beruht, und dass diese wahrscheinlich zugleich mit einer ebensolchen Atrophie des Rückenmarks (einschliesslich des verlängerten Marks) einhergeht.

Solche congenital mangelhaft entwickelte Organe sind sehr zu nachfolgenden Erkrankungen entzündlicher und degenerativer Natur geneigt; wahrscheinlich also ist es, dass die Veränderungen, welche im Rückenmark bei dieser Krankheit gefunden worden sind, secundärer Natur sind.

**Ueber die Berechtigung und die Wirkung der Quecksilbercuren bei Tabes dorsalis.** Von M. Dinkler. (Berliner klin. Wochenschrift, 10., 17., 24. April und 1. und 15. Mai 1893.)

Aus der Erb'schen Klinik berichtet Dinkler über 71 Fälle von Tabes, welche mit Hg. Inunctionen behandelt wurden.

Dem Befunde nach der Behandlung gemäss, werden die Beobachtungen in drei Gruppen getheilt, wovon die erste Gruppe diejenigen Fälle enthält, bei welchen eine Besserung einzelner oder mehrerer Krankheitssymptome eingetreten ist, die zweite diejenigen, in welchen sich keine wesentliche Aenderung, und die dritte, die, in welchen sich eine Verschlimmerung gezeigt hat. 58 Fälle gehören der ersten, 11 der zweiten und 2 der dritten Gruppe an. Für die Einzelheiten sämmtlicher Krankengeschichten muss auf das Original verwiesen werden.

Die einzelnen Symptome werden von der Behandlung verschieden beeinflusst. Unter den sensiblen Störungen werden die leichteren Formen der Parästhesien gebessert, die schwereren Formen blieben jedoch unbeeinflusst. Von den neuralgischen Erscheinungen sind es hauptsächlich die lancinirenden Schmerzen in den Beinen, welche von der Hg.-Behandlung gemildert erscheinen. Die verschiedenen Crises bleiben unbeeinflusst. Auch bei objectiv nachweisbaren Sensibilitätsstörungen tritt häufig eine Besserung ein. Die Besserungen im Bereich der sensiblen Sphäre treten im Verlauf oder bald nach Beendigung der Schmiercur ein. In einer Reihe von Fällen sind die atactischen Symptome geringer geworden und in mehreren auch vollständig geschwunden. Die Besserungen sind aber nicht immer dauernd. Besonders gebessert wurden die motorischen Erscheinungen im engeren Sinne

(Schwäche, Parese). Motorische Reizerscheinungen zeigten gelegentlich eine Besserung; der Patellarsehnenreflex soll in einzelnen Fällen von der Behandlung beeinflusst, ja wiederhergestellt worden sein, und in einzelnen Fällen ist die trüggewordene Pupillenreaction wieder schnell geworden oder die Pupillenstarre zurückgegangen. Auch die Sehnervenatrophie ist in einzelnen Fällen günstig beeinflusst worden. Nach dieser Richtung ist der Fall J. E. (Gruppe A., No. 25) sehr bemerkenswerth. Dieser Patient war vor dem Hg.-Gebrauch so amblyopisch, dass er überall geführt werden musste; nach 56 Einreibungen Unguenti cinerei zu 5.00, konnte er Schlittschuhlaufen. In Fall 27, Gruppe 1a, ist die Atrophie zum Stillstand gekommen und in No. 13, Gruppe 1b, hat die Atrophie während fünf Jahren keinen Fortschritt gemacht.

Blase, Mastdarm, sexuelle Sphäre, weisen Besserungen verschiedener Art auf, aber ganz besonders hat sich bei der Mehrzahl der Patienten der Allgemeinzustand gebessert.

Verf. lässt es dahingestellt sein, ob in allen Fällen die Besserung der Einzelsymptome der Behandlung zuzuschreiben ist, schliesst aber mit der Aussage, dass „die mercurielle Behandlung der Tabes auf Grund der ätiologischen, pathologischen, anatomischen und klinischen Forschung berechtigt ist; dass sie ferner, nicht nur keine schädlichen Folgen hat, sondern bei der Mehrzahl der Kranken zweifellose Besserungen herbeiführt“.

### Gynäkologie.

Referirt von Dr. BRETTAUER.

**Atresia of the Cervix uteri following Electrolysis.** By H. B. Stehman, M. D. (Ann. Gynaec. and Paediat., No. 8, 1893.)

Eine an chronischer Endometritis leidende Frau wurde sechs Monate lang mittelst galvanischem Strome intrauterin behandelt. Um diese Zeit cessirten die Menses, es stellten sich Symptome ein, die an Schwangerschaft denken liessen. Nach einigen Wochen kam sie in Verfassers Behandlung, der dann die Frau über ihren wirklichen Zustand aufklärte und den vorhandenen Verschluss der Cervix operativ beseitigte und dadurch dem, im Uterus angesammelten Blute, Abfluss verschaffte. Was jedoch Verf. unter dem festen Exsudate, das das Herabziehen des Uterus gehindert haben soll, versteht, ist dem Ref. nicht klar, lässt doch der Status praesens, wie ihn S. beschreibt, nur an eine einfache Haematometra denken.

**Die Alquié-Alexander'sche Operation zur Beseitigung des Prolapsus und der Retroflexio uteri nach Kocher.** Von Dr. Otto Lanz. (Arch. f. Gyn., Bd. XLIV, Heft 2.)

Verf. berichtet über die Resultate, die an Prof. Kocher's Klinik in Bern mit der Alexander'schen Operation bei Retroflexio und Prolapsus uteri gewonnen wurden. Die schlechten Erfolge, die in Deutschland mit der Originalmethode erreicht wurden, lassen es leicht erklärlich finden, dass die Operation von der Ventrofixation daselbst in den Hintergrund gedrängt wurde. Kocher hat nun eine Modification des Verfahrens angeeignet, nach der nicht nur das Auffinden der Ligamenta rotunda erleichtert, sondern der Erfolg auch gewissermassen gesichert sein soll. Die Alexander-Kocher'sche Operation besteht in folgendem: Langer Hautschnitt, parallel dem Poupart'schen Bande, Aufsuchung des Ligamentum rotundum im Leistenkanal, nachdem derselbe gespal-

ten (wie auch von EDEBOHLS angegeben) Ablösung desselben von der Spina pubis. Nun wird das periphere Ende durch einen Schlitz der Fascie in der Nähe der Spina anterior durchgezogen und nach starkem „nach auswärts“ gerichtetem Zuge daselbst fixirt, nach unten umgeschlagen und der Canal wie bei der Radikaloperation einer Hernia unter Mitfassen des Ligaments vernäht; dasselbe auf der andern Seite; fortlaufende Naht der Haut, ohne Drainage. Der Erfolg bei sieben nach dieser Methode operirten Fällen war genau den Erwartungen entsprechend, d. h. ein dauernd guter.

Eventuell nöthige Hilfsoperationen wie vordere oder hintere Scheidennaht werden entweder gleichzeitig oder nachträglich ausgeführt.

**The Treatment of Uterine Fibroids.** By W. P. Carr, M. D. (Virginia M. Month., 1893. No 1.)

Dass Myome des Uterus nicht so ungefährlich sind, wie sie von mancher Seite hingestellt werden, beweist Verf. an der Hand von 4 Fällen, bei denen die Autopsie zeigte, dass Myome die indirekte Todesursache gewesen. Zwei davon zeigten Compression der Urethern mit Hydronephrose, der dritte Compression des Rectums. Der letzte Fall war eine kurz nach der Entbindung verstorbene Primipara. Die Contraction des von kleineren Myomen durchsetzten Uterus verursachte die Ruptur von Adhaesionen, aus denen die tödtliche Blutung erfolgte. Verf. ist der Ansicht, man solle sofort nach gemachter Diagnose operativ einschreiten. Bei kleinen Geschwülsten wird die Castration als vollständig hinreichend empfohlen, während bei grösseren die radicale Operation in ihr Recht tritt.

Electricität betrachtet Verf. nur als Palliativmittel zur Besserung von Blutung und Schmerz.

**Accumulation of Pus in the Fallopian Tubes.** By George Wackerhagen, M. D. (Brooklyn M. S., No. 5, 1893.)

In frischen Fällen von Pyosalpinx räth Verf. zu folgendem Verfahren: Nach Reinigung der äussern Genitalien, Auswischen des Endometriums mit reiner Carbolsäure, Dilatation der Cervix, und zwar allmählich, so dass im Verlaufe von einigen Tagen, die Cervix für einen Uterinkatheter gut zugänglich wird. Jetzt beginnt die eigentliche Behandlung, d. i., tägliches Auswaschen des Uterus. Ist die Cervix weit genug dilatirt, so beginnt die Entleerung des Eiters der Tubensäcke, dieselben schrumpfen und sollen zur normalen Grösse zurückkehren.

Verf. kann für diese Thatsachen, die er durch Wiedergabe der Krankengeschichten von vier Fällen zu erhärten sucht, keine Erklärung finden; es müsste denn sein, dass auf reflektorischem Wege die Tube an ihrem uterinen Ende erschlaffe. Den als No. 2 beschriebenen Fall möchte Ref. nicht so ohne Weiteres als Pyosalpinx anerkennen, vielmehr scheint es ihm, dass es sich hier um ein Exsudat gehandelt hat; und ist es gewiss eine allbekannte Sache, dass solche Exsudate oft ohne Behandlung zur Resorption gelangen. Jedenfalls darf nicht vergessen werden, zu bemerken, dass Verf. in allen Fällen neben der Dilatation auch von antiphlogistischen und resorbirenden Mitteln Gebrauch gemacht hat.

## Dermatologie und Urologie.

Referirt von Dr. H. GOLDENBERG.

## 1. Behandlung des acuten Trippers. Von Dr. Funk, Warschau. (Monatshefte für pract. Derm., Bd. XVII. No. I.)

Verfasser berichtet über die Behandlungsweisen, die sich ihm in den letzten Jahren am besten bewährt haben. Er verwirft die Abortivmethode, wie sie von französischer Seite vielfach geübt wird als einen rohen, primitiven Eingriff, der eine heftige Reaction verursacht, ebenso spricht er gegen die frühzeitigen Irrigationen mit Lapis oder Kal. permang. als unsicher. Er befürwortet die zuletzt genannte Methode „nur in leichten Fällen und besonders bei neuerlicher Tripperinfection.“ Dagegen empfiehlt er als leicht schmerzlos und sicher wirkend die folgende, im initialen Stadium anzuwendende Behandlungsweise: Nach dem Uriniren und Ausspritzen der Harnröhre wird der Ultzmannsche Pinselapparat, mit Glycerin bestrichen, 8 cm. tief in die Harnröhre eingeführt, der Pinsel in eine 3-4% Lapsilösung eingetaucht und in zahlreichen Spiraltouren herausgezogen. In der fossa navicularis angelangt, wird der Pinsel nochmals in die Höllesteinlösung eingetaucht. Am dritten Tag Wiederholung der Bepinselung, in der Zwischenzeit Ricord's Einspritzung 3-4 mal täglich.

Im acuten Stadium ist jeglicher active Eingriff erfolglos und unzweckmässig, er überlässt die Eliminirung der Gonococcen dem Organismus und behandelt symptomatisch und hygieinisch. Unter expectativer Behandlung bleibt der Kranke später vor acuten Nachschüben geschützt durch eine relative Immunität des Schleimhautgewebes gegen die Gonococcen. (? Ref.)

Im terminalen Stadium des acuten Trippers, wo der Ausfluss spärlich, fadenziehend, schleimig eiterig geworden ist, wendet Verfasser Santalöl an bei Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr, da das Mittel unsicher wirkt, wenn zuviel Flüssigkeit getrunken wird.

## 2) Ueber Ichthyol-suppositorien bei der Behandlung der Prostatitis. Von Dr. A. Freudenberg, Berlin. (Centralblatt für Klin. Med., No. 26, 1893.)

Angeregt durch die ausgezeichneten Erfolge, welche die Gynäcologen mit Ichthyol erzielten, hat F. dasselbe als Resorption beförderndes Mittel in 30-40 Fällen von chronischer und subacuter Prostatitis angewandt, und zwar in Form von Mastdarmzäpfchen von Ammon. sulf. Ichth. und Cacaobutter. Die Anfangsdosis beträgt 0,3 Ichthyol pro Zäpfchen, dieselbe kann auf's Doppelte gesteigert werden. Wichtig ist eine gleichmässige Vertheilung des I. im Zäpfchen. Verf. gibt ein Supp. nach dem eventuellen Stuhlgang am Morgen, ein zweites vor dem Schlafengehen, wenn nöthig noch ein drittes am Mittag. Er beobachtete unter dem Gebrauch der Zäpfchen in allen Fällen in überraschend kurzer Zeit Rückgang, in fast allen Fällen Heilung der subjectiven Beschwerden und objectiven Symptome. Nebenbei wurde, wo es nöthig war, die Harnröhre local mit Sonden und Lapisätzen behandelt.

## 3) Zur Kasuistik der spastischen Aspermie. Von Dr. Max Schlifka. (Wiener med. Wochenschr., '93. No. 26.)

Der Aspermatismus zerfällt in eine symptomatische und eine funktionelle Form. Erstere ist bedingt durch organische Veränderungen der Samen leitenden Gänge (Verschluss der Ductus ejaculat. oder Ver-

legung derselben) enge Stricturen, Hypertrophie der Prostata etc. Bei der functionellen Form sind die Genitalorgane normal, das Fehlen von Spermatozoen im Urin und nächtliche Pollutionen weisen darauf hin, dass kein Hinderniss in den Samenwegen besteht. Es findet bei Vorhandensein von Libido und Erektion keine Ejaculation statt, entweder durch einen Spasmus der Constrictores urethrae oder der glatten Musculatur der duct. ejac. oder durch psychische Momente.

Der vom Verf. beobachtete Fall betraf einen 22jährigen Pat., der bei Masturbation im Knabenalter stets ejaculirte, ebenso wurde bei in späteren Jahren aufgetretenen Pollutionen normales Sperma gefunden. Die A. bestand 2 Jahre, daneben Harndrang, Entleerung des Urines in dünnem Strahl unter grosser Anstrengung. Der obj. Befund zeigte: Penis klein, beide Nebenhoden hart, vergrössert (in Folge einer später acquirirten Gon., die mit der Erkrankung in keinem aetiologischen Zusammenhang steht) Prostata und Samenblasen normal, Urin klar. Hyperaesthesia der pars prostat. urethrae (endoscop. Befund? Ref.) Nach mit Condom ausgeführten Coitus findet sich keine Flüssigkeit. Besserung durch dicke Sonden, so dass „Patient sogar ejaculirte.“ Recidiv einige Wochen nach dem Aussetzen der Behandlung. S. sieht die Erkrankung als temporäre spastische Form des Aspermatismus an.

### Bakteriologie.

Referirt von Dr. LOUIS HEITZMANN.

Ueber den Keimgehalt der Frauenmilch. Von Dr. T. Ringel. (Münchener Med. Wochenschrift, No. 27, 1893.)

R. untersuchte die Milch von 12 gesunden und 13 kranken Wöchnerinnen. Um die Milch, welche vom letzten Säugen etwa noch in den Ausführungsgängen der Drüse zurückgeblieben war, nicht mit zur Untersuchung zu bekommen, sondern nur die in den tieferen Partien der Brustdrüse befindliche, wurden erst 1—2 ccm. Milch ausgepresst, dann die Desinfection durch Abwaschen der Warze mit Alkohol und 1 pro mille Sublimatlösung vorgenommen. 0,25—0,5 ccm. Milch wurden auf je eine Nährgelatineplatte ausgesät, ausserdem einige Tropfen in Bouillon und auf schräge erstarrten Agar gebracht. Das Resultat war folgender Befund: 3 mal Sterilität, 17 mal der *Staphylococcus pyogenes albus*, 2 mal der *Staphylococcus pyogenes aureus*, 1 mal der *Staphylococcus pyogenes albus* und *aureus*, 2 mal der *Staphylococcus pyogenes albus* und der *Streptococcus pyogenes*. Die *Staphylococci* fanden sich bei 11 gesunden und bei 9 fiebernden Wöchnerinnen, und ist es wahrscheinlich, dass dieselben von der Luft aus, und zwar schon zur Zeit der Gravidität in die Brustdrüse eindringen. Warum gerade die *Staphylococci* stets in Reincultur in der Frauenmilch gefunden werden, obwohl dieselben in Vergleich zu anderen Mikroorganismen nur in spärlicher Zahl in der Luft vorhanden sind, kann R. nicht beantworten. Dass die Cocci mit den Rosenbach'schen Eitercocci identisch sind, konnte durch Infectionsversuchen an Mäusen, wobei Abscesse erzeugt wurden, bewiesen werden. Warum sie in der Brustdrüse nicht zu Entzündungen derselben führen, liegt wohl in der Beschaffenheit der Milch selbst, da die Frauenmilch thatsächlich bacterienfeindliche Eigenschaften hat.

Ueber den Befund des *Bacterium coli commune* in einem Panaritium bei Typhus abdominalis. Von Dr. A. Bernheim. (Centralblatt für klinische Medicin, No. 13, 1893.)

Bei einer an Typhus abdominalis leidenden Patientin zeigte sich zu Beginn der Erkrankung ein Panaritium am Nagelgliede des rechten



Ringfingers, welches unter antiseptischen Kautelen incidirt wurde. Die bakteriologische Untersuchung ergab Reinculturen des *Bacterium coli commune*. Andere Mikroorganismen fanden sich nicht vor. Den Befund erklärt B. damit, dass durch die hochgradige Obstipation, welcher die Patientin unterworfen war, einerseits, und die den Typhus einleitenden Veränderungen des Darmepithels andererseits, diejenigen Momente gegeben sind, welche ein Eindringen von Fäcesbacillen, speciell des *Bacterium coli commune*, in das übrige Körpergewebe begünstigten und hervorriefen.

**Ueber das Wachsthum der Cholera-bacillen auf Kartoffeln.** Von Dr. O. Voges. (Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. Band XIII., No. 17.)

V.'s Versuche erstrecken sich auf das Wachsthum der Kommabacillen auf gewöhnlicher, leicht sauer reagierender Kartoffel, sowie auch auf Kartoffeln, nachdem sie mit eins bis sechs procentiger Kochsalzlösung imprägnirt waren; Soda und Aetznatron in  $\frac{1}{4}$  bis ein proz. Lösungen in destillirtem Wasser wurde ebenfalls verwandt. Das Ergebniss seiner Versuche war folgendes: 1. Auf der gewöhnlichen Kartoffel fand kein Wachsthum der Cholera-bakterien statt. 2. Das günstigste Wachsthum der Cholera-bacillen auf Kartoffeln findet bei Zusatz einer 2-3 proz. Kochsalzlösung statt. 3. Ein annähernd ähnlich günstiges Resultat ergiebt ein  $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$  proz. Sodazusatz. 4. Dasselbe bietet ein  $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$  proz. Natronlaugezusatz, jedoch ist die Kartoffel etwas weniger brauchbar, als die Sodakartoffel. 5. Das Gedeihen tritt nicht nur bei 37° sondern schon bei 20°, wenn auch etwas langsamer ein. Mit Kalium und Magnesiumkartoffeln wurden ebenfalls Versuche gemacht und hatten folgendes Ergebniss: 1. Kaliumkarbonatkartoffeln im Brütöfen zeigen mittelkräftiges Gedeihen am besten bei  $\frac{1}{4}$  Proz., bei 20° ein sehr unsicheres Wachsthum. 2. Aetzkalkkartoffeln lassen ein sehr langsames Wachsthum aufkommen, am besten bei  $\frac{1}{4}$  Proz. sowohl im Thermostaten wie bei 20°. 3. Chlorkaliumkartoffeln lassen nur bei Brüttemperatur am besten in 2 proz. Lösung eine Vermehrung der Kommabacillen zu. 4. Chlormagnesiumkartoffeln bleiben steril.

**Ueber die bakterienfeindlichen Eigenschaften des Cholera-bacillus.** Von G. Gabritschewsky und E. Maljutin. (Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. Band XIII., No. 24.)

In den Stuhlentleerungen von Cholera-kranken kommen die Kommabacillen oft in fast reiner Kultur vor und könnte diese Thatsache entweder dadurch erklärt werden, dass alle normalen Mikrophyten des Kothes durch die starken und profusen Entleerungen auf mechanischem Wege aus dem Darmkanale entfernt sind oder dass die Kommabacillen antagonistisch auf andere Mikrophyten wirken, welche dadurch in ihrem Wachstume gehemmt werden. Da die erstere Erklärung nicht die richtige sein kann, indem bei anderen katarrhalischen Darmerkrankungen mit copiösen Entleerungen die verschiedensten Mikrophyten gefunden werden, machten G. und M. Versuche, welche bestätigen, dass das Verschwinden der normalen Mikrophyten aus dem Darne thatsächlich von einer bakterienhemmenden und vielleicht baktericiden Wirkung der Cholera-bacillen abhängen. Sie gelangten zu den Schlüssen dass 1.) der Kommabacillus chemische Stoffe produziert, welche das Wachsthum nicht nur von *Bacterium coli commune*, sondern auch von *Bacillus anthracis*, *Bacillus pyocyaneus*, *Bacillus typhi abdominalis* bedeutend hemmen, 2.) dass diese Umsetzungsproducte des Kommabacillus die Ursache sind, weswegen in manchen Fällen das *Bacterium coli commune* aus den Darmentleerungen der

Cholerakranken auf den Gelatineplatten nicht wächst, und 3.) dass diese bakterienhemmende und vielleicht auch baktericide Kraft der Umsetzungsprodukte des *Bacillus cholerae asiaticae* sich auch in dem thierischen Organismus manifestirt und unter Umständen die Mäuse gegen Milzbrandinfektion immun machen kann.

**Versuche über die antibakterielle Wirkung des Oxychinaseptols (Diaphtherin.)** Von Dr. F. Rohrer. (Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. Band XIII, No. 17.)

Praktische Versuche die Verwendbarkeit des Diaphtherins bei Ohren- und Nasenleiden betreffend, gaben so günstige Ergebnisse, dass R. sich veranlasst sah, eine genauere bakteriologische Prüfung des Mittels zu unternehmen. Das Resultat seiner Versuche ist ein positives und beweist, dass das Oxychinaseptol eine hervorragende entwicklungshemmende Einwirkung auf Reinkulturen und Mischkulturen von Eiterbakterien, sowie auf Reinkulturen von Milzbrand entfaltet. Die ein proz. Lösung hemmt die Entwicklung von *Staphylococcus pyogenes aureus* bei Zusatz von 2-4 Tropfen zu 9-12 cem. Bouillon, während Mischkulturen aus Ohreiter bei Zusatz von 3-4 Tropfen zu 12 cem. Bouillon gehemmt werden. Gegen Milzbrand erwiesen sich Lösungen von ein proz. und 0,5 proz. Oxychinaseptol bei Zusatz von 1-4 Tropfen zu 12-14 cem. Bouillon als wirksam zur Hemmung der Entwicklung.

### Allelei.

Prof. Naunyn hat die an ihn ergangene Berufung nach Wien abgelehnt.

Die Zahl der in Paris erscheinenden medicinischen Zeitschriften betrug zu Anfang dieses Jahres nicht weniger als 220!

Der kürzlich verstorbene Bankier und Philantrop A. J. Drexel bedachte in seinem Testament auch das Deutsche Hospital in Philadelphia mit dem Betrage von \$100,000.

Von bekannten deutschen Aerzten, die mit Bestimmtheit zum Pan-Amerikanischen Congress in Washington zu kommen versprochen haben, ist in erster Reihe Prof. CZERNY aus Heidelberg zu nennen, der bereits in wenigen Tagen hier eintreffen wird.

Die Medicinische Facultät des „Columbia College“ (College of Physicians and Surgeons) in New York zeigt an, dass vom nächsten Jahre ab der obligatorische Cursus für das Studium der Medicin und Erlangung des Doctorgrades an der erwähnten Anstalt auf vier Jahre angesetzt ist.

Die französische Gesellschaft zur Erforschung der Tuberculose, deren Präsident bekanntlich Prof. VERNEUIL ist, giebt unter dem Titel „Revue de la Tuberculose“ eine Zeitschrift heraus, von der alle drei Monate ein circa 100 Seiten starkes Bändchen erscheint. Der dritte Congress der Gesellschaft fand in Paris vom 27. Juli bis zum 2. August d. J. statt.

Prof. Henoeh in Berlin beabsichtigt noch in diesem Jahre seine langjährige Lehrthätigkeit in der Kinderabtheilung der Charité aufzugeben. Der berühmte Kliniker und Kinderarzt ist jetzt 73 Jahre alt. Er docirt seit 43 Jahren. Als Nachfolger HENOCH's werden genannt:

Prof. KOHTS in Strassburg, SOLTSMANN in Breslau, HEUBNER in Leipzig. Bis auf Weiteres wird die Leitung der Klinik Prof. GERHARDT übernehmen.

Eine neue Publikation „Bibliotheka medica“ wird jetzt, nach der „Berl. klin. Woch.“, von den Herren BORN, FLÜGGE, GRUETZNER, HITZIG, KAST, KOCHER, KÖNIG, MIKULICZ, NAUNYN, NEISSER, PONFICK und WEIGERT im Verlage von THEODOR FISCHER herausgegeben und soll ein Organ bilden, welches seine Spalten solchen Abhandlungen öffnet, die wegen ihres Umfanges und der beigegebenen Illustrationen in anderen Zeitschriften keine Aufnahme finden. Es sollen Abhandlungen in deutscher, französischer, englischer und italienischer Sprache zur Veröffentlichung kommen.

Ein Cablegramm aus Rom vom 2. August bringt die Nachricht, dass, in Anbetracht der um sich greifenden Cholera in Italien, der XI. Internationale Medicinische Congress bis zum April nächsten Jahres hinausgeschoben ist. Beiläufig bemerkt, waren die Aussichten für den Erfolg des Congresses im September äusserst günstig. Man rechnete, nach der Zahl der bisherigen Meldungen, auf eine Betheiligung von 8 bis 10 Tausend Aerzten. Von Korphäen der Wissenschaft sind u. A. Vorträge angemeldet worden von VIRCHOW („Morgagni und das anatomische Denken“), CHARCOT, NOTHNAGEL, BROUARDEL u. s. w.

Ein Ausschuss, vornehmlich aus Professoren der deutschen Universitäten bestehend, erlässt einen Aufruf, dem wir Folgendes entnehmen: „An die Deutschen im Auslande! Ein Ruf aus der Heimath ergeht an Euch zur Mitarbeit an einer Aufgabe, die, in Eurem wie unserem Interesse gelegen, nur gelöst werden kann, wenn die Deutschen des In- und Auslandes Hand in Hand gehen. Viele in Deutschland sehen sich zu demselben Streben gedrängt, das Euch aus der Heimath in die Ferne getrieben: einen Boden zur Bethätigung von Kräften zu suchen, die im Vaterland schon überreich wirksam und deshalb unverwendbar sind. Insbesondere auch in den gelehrten Berufszweigen greift eine Ueberfüllung um sich, die es vielen tüchtigen Kräften wünschenswerth erscheinen lässt, sich im Ausland Raum für auskömmliche Berufsthätigkeit zu verschaffen. Geistliche hat von jeher der Missionsdrang hinausgetrieben, aber auch Aerzte, Apotheker, Chemiker, Ingenieure, Juristen u. A., namentlich Lehrer möchten heute in höherem Masse ihr Augenmerk auf das Ausland richten, wenn Jemand wäre, der sie ruft, der wenigstens Auskunft giebt, wo man ihre Fähigkeiten am reichlichsten gebrauchen könnte. Sollen diese überschüssigen Kräfte nicht hilflos und nutzlos in der Heimath bleiben oder, allein aufs Geradewohl hinausgezogen, in der Fremde an unrechtem Ort hilflos und nutzlos sich vergeuden, so bedarf es an einer Nachweisstelle für akademische Berufarbeit im Ausland. Nur von einer solchen Centralstelle aus lässt sich die Auswanderung von Angehörigen unserer gelehrten Berufszweige planmässig regeln, Erkundigung einziehen, Auskunft ertheilen, Angebot und Nachfrage vermitteln. Vor Eröffnung einer solchen Nachweisstelle bedarf es der Uebersicht, in welchem Umfang das Bedürfniss nach akademisch gebildeten Deutschen im Ausland vorhanden ist. Wir richten deshalb namentlich an alle Deutschen im Ausland die dringende Bitte um Auskunft, ob sich an ihrem Wohnort lohnende Thätigkeit für deutsche Lehrer, Aerzte, Apotheker, Chemiker, Ingenieure, Juristen, Geistliche oder dergleichen bietet, sei es einzeln oder in grösserer Zahl. Gleichzeitige Darlegung der einschlägigen Verhältnisse ist erwünscht. Wir hoffen auf die Bruderhülfe der Deutschen im Auslande. Alle Mittheilungen sind an Sanitätsrath Dr. Konr. Küster in Berlin SW., Tempelhofer Ufer 21, zu richten. Stellen-

bewerbungen sind bis auf weitere Veröffentlichungen zwecklos. Alle deutschen Zeitungen, die im Ausland erscheinen oder dort gelesen werden, bitten wir um Abdruck dieses Artikels.“ Unterzeichnet ist der Aufruf von folgenden Professoren: v. Gneist (Berlin), Jürgen Bona Meyer (Bonn), Mikulicz (Breslau), Rosenthal (Erlangen), Aug. Weismann (Freiburg i. B.), Oncken (Giessen), v. Bar (Göttingen), Felix Störk (Greifswald), Hitzig (Halle), Osthoff (Heidelberg), E. Haeckel (Jena), v. Esmarch (Kiel), Lehmann-Hohenberg (Kiel), Klaus-Groth (Kiel), Hans Prutz (Königsberg), Wislicenus (Leipzig), Ernst Küster (Marburg), v. Ziemssen (München), Madelung (Rostock), Freund (Strassburg), v. Schönberg (Tübingen), Fick (Würzburg), Ferd. Cohn (Breslau).

### Therapeutische Notizen.

In seiner bekannten Arbeit „Die Cholera-Epidemie in Hamburg“ (Berl. klin. Wochenschr. 1893, No. 4 und 7), empfiehlt HUPPE auf Wärmste den Gebrauch des HEYDEN'schen *Tribromphenol-Wismuth* in allen Fällen von Cholera. Das Tribromphenol-Wismuth bindet einerseits einen Theil des Choleragiftes und überzieht andererseits die entblösste Darmschleimhaut mit einer schützenden Decke. Die Tagesdosis von Tribromphenol-Wismuth beim Erwachsenen ist 5–7 Gramm; wenn die Nachtwache richtig geschult ist, ist es am vortheilhaftesten, am Tage das erste Mal 1 gr. zu geben, 4 gr. über den Tag in Dosen von 0,5 gr. zu ertheilen und Nachts 1–2 gr. gleichfalls in Halbgrammdosen zu geben, wenn der Patient wach wird. Diese Dosis bleibt 2–5 Tage, dann geht man herunter.

Zur palliativen Behandlung des Uterus-Carcinoms wird von Lucas-Championnière folgendes Verfahren empfohlen. Bei jauchenden Ausflüssen sind zunächst möglichst heisse Injectionen mit Kaliumpermanganat- oder Salol-Lösungen anzuwenden; stärker reizende, giftige Antiseptica sind zu vermeiden, ebensowenig dürfen die papillomatösen Excrescenzen dabei verletzt werden. Unmittelbar nach der Injection ist das Carcinom mit einer aus Benzoin, Jodoform und Magnesiumcarbonat zu gleichen Theilen bestehenden Pulvermischung zu bestreuen. Bei Blutungen sind ebenfalls heisse Scheidenausspülungen mit darauffolgender Ausstopfung mittelst aseptischer Gaze anzuwenden. Um Blutungen vorzubeugen ist ferner eine palliative Operation am Platze, welche in Ausschabung und nachfolgender Thermocauterisation besteht; nach der Operation soll täglich eine Bestreuung mit der oben angegebenen antiseptischen, austrocknenden Pulvermischung bis zur Ablösung des Brandschorfes vorgenommen werden. (*Revue gén. de clin. et de thérap.* 1893, No. 21.)

### Briefkasten.

„Riviera“.—Es thut uns leid über die gestellte Frage keine Auskunft ertheilen zu können.

DR. MAX EINHORN, 107 Ost 65 Strasse.

### An die Leser.

*Geschäftliche Zuschriften*, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: „Medical Monthly Publishing Co.“ 17–27 Vandewater Street, New York.

*Manuscripte*, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

# New Yorker Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

unter Mitwirkung von

Dr. J. Brettauer, Dr. W. Freudenthal, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. H. Goldenberg,  
Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Krug, Dr. S. J. Meltzer,  
Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. A. Schapringler, Dr.  
A. Seibert, Dr. F. Torek, Dr. S. Welt, Dr. Ad. Zederbaum.

Redigirt von

**Dr. MAX EINHORN.**

---

General Agenten: **The International News Co.**, 85 Duane Street, New York.

Verlag der Medical Monthly Publishing Co.,

**C. KAHLER**, Geschäftsführer, 17-27 Vandewater Street, New York.

---

<b>Bd. V.</b>	<b>New York, 15. September 1893.</b>	<b>No. 9.</b>
---------------	--------------------------------------	---------------

---

## ORIGINALARBEITEN.

### I.

#### Ueber die Fortschritte der Bakteriologie in den letzten Jahren.\*

Von

**Dr. LOUIS HEITZMANN.**

New York.

In der Geschichte der gesammten Medicin dürfte es wohl schwerlich ein Kapitel geben, welches in wenigen Jahren so unendliche Fortschritte aufzuweisen hat, wie das der Bakteriologie. Vor noch kaum 15 Jahren war die Lehre der Bakterien so gut wie unbekannt, heute gibt es wenige Krankheiten, welche, obgleich nicht immer mit Recht, auf Bakterienursachen zurückgewiesen werden. Dass man in dieser Beziehung zu weit geht, und auch dort wo Mikroorganismen an der Entstehung der Krankheit unschuldig sind, solche nachzuweisen sucht und oft auch nachgewiesen zu haben behauptet, ist sicher. Trotzdem ist nicht zu leugnen, dass von Jahr zu Jahr Bakterien in einer immer grösseren Anzahl Krankheiten als primäre Ursache für Entstehung derselben gefunden werden.

Die Idee, dass das Eindringen von Organismen in den menschlichen Körper manche Krankheiten verursache, ist sehr alt. Schon bei den Schriftstellern des römischen Alterthums war zum Beispiel die Mei-

---

\* Vortrag gehalten in der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York, am 5. Juni 1893.

nung vertreten, dass manche Sumpffieber durch niedere Organismen, welche in den lebenden Körper eindringen, zu Stande kommen. Eine thatsächliche Unterlage erlangten diese Vorstellungen indessen erst Ende des 17. Jahrhunderts, als LEEUWENHOCK die Infusorien entdeckte. Die erste sichere Beobachtung über die Existenz mikroskopisch kleiner lebender Wesen in unserer steten Umgebung rührt von EHRENBURG her, der im Wasser und im Staube im Jahre 1828 zahlreiche Organismen fand und dieselben als „Infusionsthierchen“ bezeichnete. Von SCHWANN wurde dann in 1837 die stete Beladung der atmosphärischen Luft mit Gährungs- und Fäulniskeimen, sowie das Abhängigkeitsverhältniss gewisser Gährungsprocesse von dem Zutritt lebender Gährungskeime auf Grund von Experimenten behauptet, und ist SCHWANN der Begründer der Keimtheorie, welche von PASTEUR weiter ausgebildet wurde.

HENLE war der Erste, welcher, schon im Jahre 1840, den Gedanken entwickelte, dass das charakteristische Verhalten der ansteckenden oder Infections-Krankheiten nur durch die Annahme von mit eigener Vermehrungsfähigkeit ausgestatteter Krankheitserreger erklärt werden könne, und dass diese letzteren somit nothwendig als belebte Wesen gedacht werden müssten. Bereits im vorhergehenden Jahre 1839 wurde von SCHÖNLEIN der Pilz des Favus entdeckt, welcher nach ihm *Achorion Schönleini* genannt wurde, in 1844 der *Trichophyton tonsurans* von GRUBY und MALMSTEN und zwei Jahre später der *Microsporon furfur* von EICHSTEDT. Bald darauf kam die grosse Entdeckung von RAYER 1851, POLLENDER 1855 und BRAUELL 1857, welche im Blute lebender Milzbrandkranker Thiere constant eigenthümliche Stäbchen nachwiesen, deren organisirte Natur zuerst wegen ihrer Bewegungslosigkeit noch vielfach angezweifelt wurde, die aber bald durch die Untersuchungen von DAVAINÉ, KLEBS, TIEGEL und anderen als die einzige Ursache des Milzbrand anerkannt wurden, an deren Anwesenheit die Ansteckungsfähigkeit der Milzbrandstoffe unbedingt gebunden sei.

Die Entdeckung der Recurrensspirillen durch OBERMEIER in 1873, welcher im Blute von an Rückfalltyphus Erkrankten während der Fieberanfälle eine Schraubenbakterie als constante Erscheinung nachwies, war einer der wichtigsten Schritte zur Erkenntniss der parasitären Natur der menschlichen Infectionskrankheiten, da hier zum ersten Male bei einer typischen menschlichen Infectionskrankheit die Gegenwart eines eigenartigen Lebewesens aus der Klasse der Bakterien dargestellt wurde, an deren ursächlicher Bedeutung für den Krankheitsprocess bald kein Zweifel bestehen konnte. Weitere Entdeckungen auf dem Gebiete der Spaltpilze, *Schizomyceten*, folgten jetzt ziemlich rasch.

Die frühesten, hierher gehörigen Befunde wurden zunächst bei den Wundinfectionskrankheiten erbracht. Schon RINDFLEISCH in seinem Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre 1866 erwähnt einen Befund von Kokken in metastatischen Eiterherden des Herzfleisches. Dann

kamen die Arbeiten von VON RECKLINGHAUSEN, von den Schülern KLEBS, ZAHN und TIEGEL, von HÜTER, WALDEYER bei Puerperalfieber und BIRCH-HIRSCHFELD bei Pyämie. Eine klare und bestimmte Beschreibung der pyogenen Staphylokokken und später der pyogenen Streptokokken stammt freilich erst von OGSTON, dessen erste Arbeit in 1880 erschien. NEISSER'S Entdeckung der Mikroorganismen bei Gonorrhoe, der Gonokokken, wurde in 1879 gemacht, dann kamen KOCH und FEHL-EISEN, welche den *Streptococcus Erysipelatis* beschrieben und die Arbeiten von FRIEDLÄNDER, A. FRÄNKEL und KLEBS, über die Pneumonie-Kokken. In den Jahren 1880 bis 1886 wurden weiter entdeckt: der Typhusbacillus durch KLEBS, EBERTH und KOCH, der Tuberculosebacillus durch KOCH und BAUMGARTEN, der Leprabacillus durch HANSEN und NEISSER, der Cholerabacillus durch KOCH, der Rotzbacillus durch LÖFFLER und ISRAEL, die Malaria-Plasmodien durch LAVERAN, MARCHIAFAVA und CELLI, der Diphtheriebacillus durch KLEBS und LÖFFLER und der Tetanusbacillus durch NICOLAIER und ROSENBACH. Alle diese Bakterien, mit Ausnahme vielleicht der Malaria-Plasmodien, werden jetzt als die Ursache der betreffenden Krankheit anerkannt, während manche andere, wie zum Beispiel die so wichtige Entdeckung der Syphilisbacillen durch LUSTGARTEN in 1885, heute noch sehr zweifelhaft ist, ja von den meisten Forschern verworfen wird.

Es würde zu weit führen, wollte ich auch nur annähernd einen Ueberblick der bis jetzt entdeckten Bakterien, deren Zahl heute schon Legion ist, geben. Es vergeht kaum eine Woche, in welcher nicht irgend ein neuer Mikroorganismus entdeckt wird, die meisten freilich um früher oder später wieder verworfen zu werden. Während der letzten zwei oder drei Jahren sind es besonders zwei Bakterienarten, welche in der Literatur eine grosse Rolle spielen, nämlich, erstens die Influenzabacillen, und zweitens, die sogenannten Carcinomparasiten, welche letztere wir, wegen der grossen Wichtigkeit des Gegenstandes, etwas näher betrachten werden. Die Frage ob einer der ältesten Pilze, nämlich der Erreger des Favus, *Achorion Schönleini*, nur in einer einzigen Form oder in vielen Formen auftritt, wird vielfach erörtert, und in den letzten Monaten hat den *Trichophyton tonsurans* dasselbe Schicksal ereilt.

Bevor ich jedoch einige dieser Punkte bespreche, muss ich, um meiner Aufgabe für heute Abend, nämlich denjenigen Herren, welche sich mit Bakteriologie nicht befassen, einen kurzen Ueberblick zu geben, gerecht zu werden, vorerst noch kurz einige allgemeine Punkte betrachten.

Die ganze Klasse der Mikroorganismen kann am besten in 4 Hauptabtheilungen, nach dem System von FLÜGGE, formirt werden. Diese sind: 1. Die eigentlichen oder Schimmelpilze, *Hypho-* oder *Thallo-myceten*, zu welchen die Erreger des Favus, des Ringworms und der Tinea versicolor, ebenso wie der Strahlenpilz, *Actinomyces*, gehören; 2. Die *Mycetozoen*, welche ein rein botanisches Interesse bieten; 3. Die Spross- oder Hefepilze, *Blastomyceten*; und 4. die Spaltpilze oder

*Schizomyceten.* Die letzteren können nach COHN wieder in 3 oder sogar 4 Abtheilungen getheilt werden, und zwar: 1. *Mikrokokken*, kugel- oder eiförmige Körperchen, die sich durch Theilung vermehren und dabei stets wieder kuglige Körper bilden; diese sind mit wenigen, erst vor kurzem beschriebenen Ausnahmen, ohne Eigenbewegung. 2. *Bacillen*, Stäbchen, bei welchen der Längedurchmesser den Querdurchmesser um das Doppelte, Dreifache oder um ein Vielfaches übertrifft. Von diesen haben manche keine Eigenbewegung, andere eine langsame, wieder andere eine rasche Bewegung. Sporen können in vielen, aber nicht in allen beobachtet werden. 3. *Spirillen*, schraubenartig gewundene Fäden, welche durch Theilung neue Schrauben bilden. Bei vielen beobachtet man deutlich die Zusammensetzung der Schrauben aus kurzen gekrümmten Stäbchen, und bilden diese oft die vorherrschende Wuchsform. Als 4. Abtheilung kommen noch Spaltpilze mit variabler Wuchsform.

Zu der ersten Klasse der Kokken gehören besonders die wichtigsten Eiterreger, die Staphylo- und Streptokokken, ferner die Gonokokken, Pneumokokken und die gewöhnlich harmlosen Sarcinæarten. Die zweite Klasse, die der Bacillen, ist die grösste. Die wichtigsten für den Menschen, pathogene Bacillen, sind der Tuberkel-Bacillus, der Bacillus des Abdominaltyphus, der Diphtheriebacillus, Anthraxbacillus, Lepra-bacillus, Tetanusbacillus, Rotzbacillus, Bacillus des malignen Oedems und Influenzabacillus. Für Thiere pathogene, besonders aber saprophytische, das heisst nicht pathogene Bacillen, auch nur zu erwähnen, würde zu weit führen. Die wichtigsten Spirillen sind wohl der KOCH'sche Kommabacillus der asiatischen Cholera und die *Spirochaete Obermeieri* des *Febris recurrens*. Die Malaria-Plasmodien gehören nach den neueren Untersuchungen zu den niedersten thierischen Wesen, den Protozoen, könnten aber vielleicht zu der Klasse der Mycetozoen gerechnet werden. Die sogenannten Carcinomparasiten gehören nicht hierher.

Obwohl die Untersuchungen der Bakterien mit dem Mikroskope, mit Anilinfarben gefärbt, enorme Fortschritte zu verzeichnen haben, würde wohl auch heute noch die Bakteriologie ohne die *Culturmethode*n auf ziemlich schwachen Füßen stehen. Diesen letzteren allein ist es zu verdanken, dass die Lehre der Bakterien so enorme Fortschritte gemacht hat, und ist es vor Allen ROBERT KOCH, welcher die jetzt gebräuchlichsten Culturmethode n einführt. Erst als die Bakterien auch ausserhalb des Körpers rein gezüchtet und auf ihre pathogenen Eigenschaften geprüft werden konnten, als man dann mit ihnen die gleichen Krankheitserscheinungen durch Ueberimpfen hervorrufen konnte, war aller Zweifel betreffs der Ursache der Erkrankung gehoben. Ob es die Bakterien als solche sind, welche die Krankheit verursachen, oder gewisse Ptomaine, die durch die Bakterien hervorgerufen werden, ist ja eigentlich für den Arzt Nebensache. Die That-sache, dass ohne den charakteristischen Mikroorganismus eine be-



stimmte Krankheit nicht hervorgerufen werden kann, ist wohl für allgemeine Zwecke genügend.

Flüssige Nährmedien verschiedener Art wurden schon von PASTEUR und COHN angegeben, doch stellte es sich bald heraus, dass denselben nur eine geringe Brauchbarkeit zukam und ist die bekannte LÖFFLER'sche Nährbouillon so ziemlich das einzige flüssige Medium, welches jetzt noch im allgemeinen Gebrauch ist. Diese Bouillon wird aus Fleischwasser hergestellt, zu dem man 1 Prozent Pepton und  $\frac{1}{2}$  Prozent Kochsalz fügt. Da alle Bakterien, mit Ausnahme der Schimmelpilze, auf neutralem oder leicht alkalischem Boden besser wachsen, als auf saurem, wird die heisse Lösung mit Natriumcarbonat oder Natriumphosphat neutralisirt, gekocht und dann sterilisirt. Auch Milch wird häufig als Nährmedium verwendet.

Die grossen Mängel, die dem Züchtungsverfahren in Flüssigkeiten, in welchen es beinahe unmöglich ist, wirkliche Reinkulturen zu erlangen, anhaften, führten zu dem Gebrauch von festen Nährmedien und wurden die Kartoffeln, auf welchen beobachtet wurde, dass einzelne Colonien stets nur Bakterien ein und derselben Art enthielten, zuerst angewendet. Jedoch haftete diesen Kulturen der grosse Fehler an, dass sie undurchsichtig waren, und verdanken wir es KOCH, die durchsichtigen, festen Nährmedien in Anwendung gebracht zu haben. Er wandte in 1881 die Gelatine als erstarrende Substanz an, und setzte ungefähr 10 Prozent feingeschnittene Gelatine zu einer der bewährten Nährbouillon. Diese Nährgelatine ist auch jetzt noch eine der beliebtesten und verbreitetsten Media. Man verwendet jetzt ebenfalls eine Glycerin-Gelatine, indem man 3 bis 10 Prozent Glycerin zusetzt. Da die Gelatine indessen bei einer Temperatur von 24° Celsius und ausserdem durch manche Bakterienarten verflüssigt wird, wandte man häufig das Agar-Agar, eine Pflanzengallerte, an, welches zuerst von Frau HESSE eingeführt wurde. Ein- bis höchstens zwei Prozentiges Agar genügt vollkommen und verflüssigt erst bei Bluttemperatur. Ausser diesem wird noch Blutserum gebraucht, da manche Bakterienarten auf Gelatine nicht wachsen. Ungemein wichtig für Gewinnung von Reinkulturen ist das KOCH'sche Plattenverfahren, durch welches die einzelnen Arten leicht aus einem Bakteriengemisch gezüchtet und isolirt werden können. Obwohl die Anzahl der Methoden für Erforschung der Bakterien hiermit lange nicht erschöpft ist, so sind die eben angegebenen doch die wichtigsten und am meisten gebrauchten. Leider lassen hie und da alle bis jetzt bekannten Culturmethoden im Stich und sind wir dann gänzlich auf die mikroskopische Untersuchung angewiesen, die oft genug glänzende Resultate liefert, manchmal aber auch zu ganz falschen Schlüssen gelangen lässt.

Nach diesen allgemeinen Betrachtungen wenden wir uns zu einigen der neueren Arbeiten, und sind wohl die wichtigsten diejenigen über die sogenannten Parasiten des Carcinoms. Trotz unermüdlichen Forschens ist die Ursache der so gefürchteten Krankheit auch heutigen Tages noch ein unaufgeklärtes Räthsel. Theorien für die Entstehung

des Krebses sind wohl viele vorgebracht worden, jedoch konnte keine das Geheimniss lösen. Unter den älteren Theorien ist die von COHNHEIM über die Entstehung der Geschwülste diejenige, welche die meisten Anhänger gefunden hat.

Er stellt die Hypothese auf, dass in einem frühen Stadium der Entwicklung eine überschüssige Produktion embryonaler Zellen stattfinden könne, sodass in den fertigen Geweben zerstreut oder in Form kleiner Herde embryonale Zellen erhalten blieben, deren Keimkraft zwar längere Zeit latent bleibe, aber unter dem Einfluss von Gelegenheitsursachen, welche die Proliferation anregen, in der energischen Zellbildung, die den wahren Geschwülsten eigenthümlich ist, ihren embryonalen Character erkennen liessen. Im Sinne COHNHEIM's ist demnach eine Geschwulst als eine atypische Gewebsneubildung von embryonaler Anlage zu definiren. Wenngleich diese Hypothese für gewisse Neubildungen als ganz annehmbar anerkannt wurde, ist sie mit den Charakteristiken eines Carcinoms kaum vereinbar, und so ist es nicht Wunder zu nehmen, dass man in neuerer Zeit auf die Hypothese einer Infection durch Organismen verursacht zurückgefallen ist, ob mit Recht, ist freilich eine andere Frage.

Nachdem schon verschiedene Autoren Angaben über den Befund von Bakterien in krebsigen Neubildungen gemacht hatten, welche bald als unrichtig erwiesen wurden, beschrieb SCHEUERLEN in 1887 eine Bacillenart, welche er von Krebsensaft mittels Cultur auf coagulirtem menschlichen Serum aus einer grösseren Zahl von Mamma-Carcinomen isoliren konnte, und welche, in das Mammagewebe von Hunden verimpft, die Bildung von anfänglich bis zu Wallnussgrösse heranwachsenden, dann auf Haselnuss- oder Bohnen-Umfang einschrumpfenden, ausgewucherten, stellenweise epithelioiden Zellen bestehenden Knoten veranlasste, in denen mikroskopisch und durch Cultur der Carcinombacillus nachgewiesen werden konnte. Die Publikation rief, wie Sie sich erinnern werden, grosses Aufsehen hervor, umsomehr da Anfangs von verschiedenen Seiten bestätigende Mittheilungen veröffentlicht wurden. Diesem Bacillus war jedoch nur eine kurze Lebensdauer beschieden, denn bald genug stellte es sich heraus, dass derselbe mit der Aetiologie des Carcinoms nichts zu thun hat, sondern ein sehr verbreiteter und harmloser Saprophyt ist, vielleicht zu den Arten der Kartoffelbacillen gehörig, oder mit dem schon früher bekannten Bacillus epidermidis identisch ist.

So standen die Dinge als die Aufmerksamkeit der über die Geschwülste arbeitenden Autoren, angeregt durch die Erfahrungen über die Parasiten aus der Klasse der Protozoen nebst dem Nachweise ihrer weiten Verbreitung im Thierreiche, so wie die bewiesene Neigung der Sporozoen und besonders der Coccidien innerhalb von Epithelien zu schmarotzen, auf diese Parasiten gelenkt wurde. Die erste Beschreibung protozoenartiger Parasiten in den Krebs epithelien stammt von PFEIFFER im Jahre 1888. Diesem folgten im nächsten Jahre ALBARRAN und MALASSEZ in Frankreich sowie THOMA in Russland. Letzterer

beschreibt eigenthümliche protoplasmatische Gebilde, die sehr oft innerhalb der Kerne von Epithelien der krebsigen Neubildungen vorkommen und von ihm als parasitäre Einschlüsse gedeutet wurden. Diese Gebilde bestehen aus Protoplasma und einem Kern, manchmal auch einem Kernkörperchen, besitzen eine unregelmässige, rundliche oder häufiger noch ovale, zuweilen aber wetzstein- oder schiffähnliche Gestalt, und zeichnen sich durch starke Lichtbrechung aus; sie befinden sich in den Kernen der Epithelien, bald einzeln, bald in Gruppen von 4 bis 6, wobei der Zellkern sich ausdehnt und ein blasenförmiges Aussehen gewinnt. Ausser diesen Gebilden kommen innerhalb der Kerne manchmal auch feinkörnige oder homogene, stark lichtbrechende Kugeln vor, die sich durch kernfärbende Mittel nicht färben lassen, und mit einer grossen Anzahl rundlicher, kernähnlicher Gebilde angefüllt sind, welche er als eingekapselte Coccidien zu erklären geneigt war.

Im Laufe des folgenden Jahres 1890, erschienen bereits eine ganze Reihe von Mittheilungen über innerhalb von Epithelien schmarotzende Sporozoen. Ein grosses Material von nahezu 200 Carcinomen verschiedenen Ursprungs und Baues, hatte HEUKELOM zur Verfügung, welcher zwei Arten dieser Gebilde unterscheidet, nämlich grosse runde, die Epithelien ausdehnende, und kleine Kugeln; zwischen diesen beiden existiren Uebergangsformen. Er erklärt die grossen Kugeln, mit hoher Wahrscheinlichkeit, für Schmarotzer aus der Klasse der Protozoen, entschliesst sich jedoch nicht, sie als aetiologisches Moment bei Krebsen aufzufassen. KOSSINSKY beschreibt safraninophile, sichelförmige Körperchen, die in eine zartgekörnte Protoplasmanasse eingebettet sind und mit derselben einen grossen, runden Zelleinschluss bilden, und neigt sich auf Grund dieser Formen zu Gunsten der parasitären Hypothese eher als zu derjenigen der Leukocyten-Einwanderung und irgend welchen Degenerationserscheinungen.

Zu den grössten Anhängern der parasitären Theorie bei Carcinomen gehören die russischen Autoren. SUDAKEWITSCH erblickt in einem der von ihm untersuchten Fälle zweifellose Beweise dafür, dass beim Menschen, ebenso wie bei Thieren, eine carcinomatöse Mischung des Drüsenepithels unter dem Einflusse einwandernder Schmarotzer aus der Klasse der Sporozoen erfolgen kann. PODWYSSOZKI und SAWTSCHENKO veröffentlichten im letzten Jahre eine grössere Arbeit im Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde, in welcher sie die Gegenwart verschiedener Entwicklungsstadien intracellulärer Sporozoen in mehr als 20 Fällen carcinomatöser Entartung verschiedener Organe nachzuweisen behaupteten, wobei diese Zelleneinschlüsse nicht in allen Krebsen in gleicher Menge vertreten waren, in einigen sogar vollkommen fehlten. Diese Autoren behaupten, dass, je stärker die Intensität der carcinomatösen Wucherung ausgeprägt ist, je zahlreicher die Mitosen in den Krebszellen sind, je lockerer die Geschwulst, und je mehr Neigung dieselbe zum Zerfallen besitzt, um so grösser auch die Menge der in ihren Zellen anzutreffenden Schmarotzer sei. Am deut-

lichsten sahen sie die Sporozoen in den in FLEMMING'scher Flüssigkeit gehärteten, mit Saffranin-Anilinwasser tingirten und in Alkohol, dem einige Tropfen Pikrinsäure zugefügt worden, entfärbten Präparaten; ein längeres Verweilen der Geschwulststückchen in der FLEMMING'schen Flüssigkeit macht die Parasiten schärfer hervortreten und bedingt eine dunkle, bräunliche Nüance, die das Protoplasma der Leukocyten und irgend welcher sonstigen Gewebelemente entbehrt. Die rothen Blutkörperchen allein nehmen zum Theil eine ähnliche Nüance an, jedoch ist dieselbe nicht so gesättigt, wobei der Hauptunterschied dieser letzteren von den Sporozoen in dem Fehlen von scharf hervortretender safraninophiler Kernsubstanz in den rothen Blutkörperchen besteht, die, wie sie behaupten, für verschiedene Entwicklungsstadien der Sporozoen charakteristisch ist. Sämmtliche Formen treten entweder als vereinzelte Individuen oder in Conglomeraten auf. Zu einer definitiven Ueberzeugung, dass alle diese Einschlüsse thatsächlich schmarotzende Sporozoen, nicht aber Degenerationsprodukte der Epithelien selbst seien, kamen Verfasser erst, als sie reife Individuen gesehen hatten, welche mit den für ein gewisses Entwicklungsstadium der Coccidien und Sporidien charakteristischen sichelförmigen Embryonen ausgefüllt waren.

Erst vor einigen Monaten erschienen zwei weitere Arbeiten, die eine von KOROTNEFF, die andere von SUDAKEWITSCH, in welchen die Sporozoen als zweifellos existirend betrachtet werden. Die Präparate wurden in FLEMMING'scher Flüssigkeit, in Alkohol oder in Chromsäure gehärtet, und theils mit Haematoxylin, theils mit Saffranin und theils mit Methylenblau gefärbt. Die Resultate waren ungefähr dieselben. Ohne auf die übrigen Arbeiten noch weiter einzugehen, zeige ich Ihnen hier mehrere Illustrationen, welche diese sogenannten Parasiten in mehr oder weniger klarer Weise zum Ausdruck bringen.

Dass eine so wichtige Frage wie die des Parasitismus bei Carcinomen viele Gegner haben würde, war wohl zu erwarten, und so ist es nicht zu wundern, dass eine Fluth von Arbeiten gegen die parasitäre Theorie gerichtet, erschien. Dass gewisse Einschlüsse im Epithel der Carcinome vorhanden sind, ist ja ganz zweifellos und ebenso zweifellos erscheint es mir, dass diese viel besprochenen Protozoen nichts weiter als Degenerations-, manchmal auch Kunstprodukte der Epithelien und Kerne sind. Ich habe eine grosse Zahl von verschiedenen Krebsen untersucht, habe sie mit verschiedenen Substanzen gehärtet und gefärbt, und habe immer dieselben Bilder bekommen, ob ich Saffranin, Hämatoxylin, Methylenblau oder auch nur Karmin benutzte, die Resultate blieben dieselben, freilich waren die Einschlüsse in manchen Fällen mehr ausgesprochen als in anderen. Eigenthümlich berührt es, wenn man, wie Sie das in vielen der Illustrationen sehen, ein Netzwerk als Theil eines Parasiten beschrieben, abgebildet sehen. Es ist mir gelungen in einem Uteruscarcinom, welches mit Alkohol gehärtet und mit Ammoniak-Carmin gefärbt wurde, das Netz schon bei einer Vergrösserung von nur 500 zur Ansicht zu bringen, und habe ich das

Präparat unter diesen Mikroskop eingestellt. Es ist nichts als die netzförmige Struktur des Protoplasma, welche von meinem Vater, CARL HEITZMANN, schon vor 20 Jahren beschrieben wurde. Es erscheint geradezu unbegreiflich, daraus einen Parasiten zu machen. Sie können in diesem Präparate auch die Degenerationsprodukte der Epithelien und ihrer Kerne studiren. Das Präparat enthält ferner einige Conglomerate von Haematoblasten, welche manchen der abgebildeten sogenannten Protozoen täuschend ähnlich sehen. Von Parasiten habe ich in keinen der von mir untersuchten Fällen auch nur eine Spur entdecken können, wengleich ich die Möglichkeit, dass solche vorkommen könnten, nicht ableugnen möchte; nur glaube ich, dass die bis jetzt beschriebenen Bildungen keine sind.

Um nun noch einmal kurz auf die Literatur zurückzukommen, hat VIRCHOW schon vor mehr als 40 Jahren die Einschlüsse der Krebs-epithelien beschrieben, und sie damals als endogene Zellbildung aufgefasst. KLEBS hält die in den Kernen vorhandenen grösseren, intensiv färbbaren Gebilde trotz ihrer unregelmässigen Form für Mikroben. SCHÜTZ ist geneigt, einen Theil der als Plasmodien gedeuteten Figuren auf rothe Blutkörperchen zurückzuführen. RIBBERT kommt zu dem Resultate, dass die fraglichen Gebilde nichts anderes als umgewandelte resp. degenerirte Epithelien oder deren Kerne darstellen. TÖRÖK wendet sich ebenfalls gegen die Ansicht, dass die Einschlüsse Parasiten seien. Er spricht die Ansicht aus, dass die parasitären Organismen, Gebilde verschiedener Herkunft, rothe und weisse Blutkörperchen, von Mitosen abgesprengte Körnchen und Schleifen darstellen und dass ein Theil der als Parasiten gedeuteten Befunde nichts weiter als abgesprengte Chromatinbröckchen seien. Doch ich muss diesen Gegenstand schliessen. Erwähnen möchte ich nur noch, dass OHLMACHER in Chicago mit PODWYSZOZKI's und SAWTSCHENKO's Färbmethode von Safranin und Pikrinsäure viele der von ihnen beschriebenen Formen als Kunstprodukte durch Precipitation des Farbstoffes verursacht, nachweisen konnte.

Wenden wir uns nun zu einer anderen wichtigen Frage, nämlich die über die Einheit des Favuserregers, *Achorion Schönleini*, welcher zu den am längsten bekannten Pilzen zu rechnen ist. Es dürfte Ihnen wohl bekannt sein, dass sich lange Zeit der Streit hervorragender Forscher darum gedreht hat, ob der Favus als eine selbstständige Krankheit aufzufassen sei, oder ob Favus, Tinea tonsurans und Tinea versicolor durch einen und denselben, vielleicht nur unter verschiedenen Lebensbedingungen oder gar in verschiedenen Entwicklungsstadien befindlichen Pilz hervorgerufen wurde, wie GRAWITZ ursprünglich glaubte. Diese Frage ist längst dahin entschieden, dass diese drei Krankheiten durch drei ganz verschiedene Pilze hervorgerufen werden. Jahre lang war man nun der Meinung, es bei Favus nur mit einem einzigen Pilze zu thun zu haben, bis im Jahre 1885 QUINCKE die Behauptung aufstellte, Favus könnte nicht nur durch einen, sondern durch mehrere, allerdings sich sehr nahe stehender Pilze verursacht

werden. Diese Pilze nannte er  $\alpha$ -,  $\beta$ - und  $\gamma$ -Pilz und züchtete sie von verschiedenen Fällen. ELSBERG beschrieb später zwei Pilze, welche den  $\beta$ - und  $\gamma$ -Pilz QUINCKE's ähnelten die er aber nicht gesondert, sondern immer neben einander im selben Scutulum antraf. Auch UNNA bespricht zuerst drei verschiedene Favuspilze, später aber in Gemeinschaft mit NEEBE nicht weniger als neun. Andere Autoren, wie JADASSOHN und FABRY neigen sich der Ansicht zu, dass Favus nur durch *einen* Pilz verursacht wird, welcher wohl kleine Differenzen zeigt, die jedoch durch verschiedene Nährsubstrate, Temperaturverhältnisse, Alter u. s. w. genügend erklärt werden können.

Da mir in den letzten Jahren ein ziemlich bedeutendes Favusmaterial zur Verfügung stand, welches noch durch die Liebenswürdigkeit einiger Collegen vergrössert wurde, legte ich Culturen von denselben meistens auf Agar-Agar an, und gelang es mir von 22 verschiedenen Fällen Reinculturen zu erhalten. Es ist mir nie gelungen, mehr als zwei verschiedene Favusarten zu cultiviren, und zwar nur eine Art für alle Fälle, welche auf der behaarten Kopfhaut auftreten, und eine Art für Favus an unbehaarten Körperstellen, doch glaube ich, dass auch die zweite Art, wenn auf behaarte Stellen überimpft, Culturen liefern würde, welche von der ersteren nicht wesentlich verschieden ist. Es ist wohl richtig, dass verschiedene Culturen Differenzen aufweisen, warum aber desswegen die *Einheit* des *Achorion* bezweifeln und die Lehre von der *Vielheit* aufstellen? Ist es nicht viel einfacher, den Unterschied auf das Alter, das Klima u. s. w. zu schieben? Man kann aus Favus doch nur eine einzige Krankheit machen, welche leider den meisten Behandlungsmethoden hartnäckig Widerstand leistet. Die sogenannten gelben Körperchen, welche KRÁL beschrieb, und die sich als starke Anschwellungen in der Form runder oder ovaler, grosser Blasen präsentiren, sind nichts weiter als durch eigenthümliches Wachsthum hervorgerufene Protoplasmanhäufungen, in welchen die Struktur des Protoplasmas äusserst klar zu Tage tritt.

Auch für den *Trichophyton tonsurans* werden in neuester Zeit zwei Hauptarten, der *Trichophyton macrosporon* und *microsporon* von SABOURAUD beschrieben, und darf es uns nicht wundern, binnen Kurzem dasselbe von den *Microsporon furfur* zu lesen.

Zu den wichtigsten Entdeckungen der Neuzeit dürfte wohl die des Influenza-Bacillus durch PFEIFFER, KITASATO und CANON im Anfang des letzten Jahres zu rechnen sein. Diese Bacillen sind ganz kleine dünne Stäbchen, welche zum Theile in Eiterkörperchen und oft zu 3 oder 4 kettenförmig aneinandergereiht vorkommen, und regelmässig im Bronchialsekret von Influenzakranken gefunden wurden. Die Reinzüchtung gelang auf  $1\frac{1}{2}$  Procent. Zuckeragar. CANON hat denselben Mikroorganismus in dem von ihm untersuchten Blute einer Anzahl Influenzakranker mikroskopisch nachgewiesen. Es ist nicht schwer, diesen Bacillus im Sputum nachzuweisen und ist es mir in einer grossen Zahl von Fällen gelungen, die Diagnose Influenza durch Sputumunter-

suchungen zu stellen. In akuten Fällen, auf der Höhe der Erkrankung sind sie in enormer Anzahl vorhanden, später werden sie spärlicher, können aber manchmal noch Wochen lang und bei secundären Erkrankungen wie Pneumonie nachgewiesen werden.

Die Untersuchungen von Sputa haben überhaupt in den letzten Jahren bedeutende Fortschritte gemacht und ist es uns oft möglich, dem Kliniker auf die Möglichkeitsdiagnose durch bakteriologische Untersuchung hinzuweisen. So konnte ich in zwei Fällen die wahrscheinliche Diagnose eines Lungenabscesses stellen, in welchen die Kliniker Tuberkulose vermutheten; beide wurden durch die Autopsie bestätigt. Chronische Bronchitiden nach Influenza täuschen manchmal eine beginnende Tuberkulose vor, und kann auch hier die bakteriologische Untersuchung Klarheit schaffen. Da wir in den meisten dieser Fälle keine Culturen anlegen können, sondern nur auf das Mikroskop angewiesen sind, dürfen wir nicht immer eine *positive* Diagnose machen, doch genügt dem behandelnden Arzte oft eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, um ihn über den Fall aufzuklären.

Ferner sind die Untersuchungen von Urethraleiter oft von der grössten Wichtigkeit, um über die specifische oder nicht specifische Natur des Ausflusses Aufschluss zu geben; dass auch hier die grösste Vorsicht geboten ist, versteht sich von selbst.

Fragen wir uns zum Schlusse, Was hat die Bakteriologie therapeutisch geleistet? so können wir antworten: Enorm viel, obwohl noch so manches verbessert werden kann, und so manche Krankheit trotz der uns bekannten Aetiologie derselben, nicht zu lindern ist. Die Wissenschaft schreitet jedoch rüstig vorwärts und was heute noch ein unlösbares Räthsel ist, ist vielleicht schon in wenigen Jahren gelöst.

Jedes Gebiet der Medicin hat der Bakteriologie Fortschritte zu verdanken. Was hat die Lehre von den Ursachen der Wundinfectionskrankheiten allein nicht alles geleistet? Wie viel mehr Erfolge hat zum Beispiel die Chirurgie aufzuweisen als noch vor 10 Jahren! Operationen, die damals als beinahe unbedingt tödtlich galten, werden jetzt zu den gefahrlosen gezählt. Todesfälle an dem früher so gefürchteten Puerperalfieber sind selten geworden. Selbst der Tetanus hat durch die Einimpfung des Tetanus-Antitoxin von TIZZONI und CATTANI viel von seiner Gefährlichkeit eingebüsst. Vor kurzem wurden sogar über Erfolge bei Diphtherie durch Injectionen von Diphtherieheilserum von BEHRING, BOER und KOSSEL berichtet. Fortgesetztes Studium auf bakteriologischem Gebiete wird und muss die therapeutischen Erfolge vergrössern.

## II.

**Die interne Massage bei Nasen- und Rachen-Krankheiten.**

Von

**Dr. W. FREUDENTHAL.**

New York.

(Schluss.)

Als Typus einer anderen Reihe von Fällen möchte ich den folgenden erwähnen: Miss Ida W., 32 Jahre alt, kam zu mir wegen eines heftigen Hustens, Alpdrückens, Athembeschwerden u. s. w. Sie war schon bei einigen Aerzten in Behandlung gewesen und ist jetzt, wie mir ihr Bruder erzählte, so melancholisch geworden, dass er sich fürchtet, sie allein zu lassen. Sie hält sich für unheilbar. Sie hat eine sehr breite Nase mit merkwürdig geradem Septum. Die Muscheln sind äusserst stark hypertrophirt, so dass die mittleren beiderseits dem Septum anliegen, während die unteren es fast berühren. Nasenathmung ist unmöglich. Im Pharynx sind catarrhalische Ulcera an beiden Gaumenbögen und eine allgemeine Hyperämie. Die Lungen sind frei. Der Husten wurde innerhalb einer Woche durch locale Application von Adstringentien und innere Mittel fast vollständig beseitigt. Wegen der sehr grossen Hypertrophien in der Nase hielt ich diesen Fall nicht geeignet zur Massage, machte aber dennoch einen Versuch damit, entschlossen nach kurzer Zeit aufzuhören, falls das Resultat kein gutes sein sollte. Aber bereits nach der 8. Sitzung konnte ich constatiren, dass die Muscheln kleiner wurden. Pat. konnte leichter athmen, und fühlte sich, da der Husten beseitigt war, überhaupt wohler. Nach dem 15. Massiren war und blieb die Nase vollständig für die Luft durchgängig. (Seit 4 Monaten). Ihre Muscheln sind noch gross, aber da sie eine grosse und breite Nase hat, so muss man auch grosse und breite Muscheln erwarten.

So schön dieser Fall auch sein mag, so könnte man den Erfolg doch vielleicht nicht unbedingt der Heilwirkung der Massage zuschreiben. Denn man könnte einwenden, dass die Anschwellung der Muscheln nur infolge der durch den Husten hervorgebrachten Stauung entstanden sei, was ja vielleicht denkbar ist. Eines aber lehrt uns dieser Fall doch: Dass wir nicht so schnell mit dem Galvanokautor bei der Hand sein sollen. Denn was wäre die Folge gewesen, hätte man diesen anstatt der Massage gebraucht? Man hätte nach Ablauf des acuten Stadiums grosse Muscheln vor sich gesehen, die das Athmen verlegten. Natürlich hätte man kauterisirt, nach Ablauf der reactiven Entzündung wieder kauterisirt u. s. w., bis man sog. normale Verhältnisse bekommen hätte. Aber wie wenig normal die so häufig kauterisirten Muscheln functioniren können, ist leicht einzusehen. Ein zum grossen Theile aus Narbengewebe bestehendes Organ kann seinen physiologischen Beruf nicht mehr erfüllen, und das wäre hier sicher eingetreten.



Dieser Fall hat mich also gelehrt, dass wir durch die Vibrationsmassage unseren Patienten in vielen Fällen ein für die Athmung so wichtiges Organ, wie die Nasenmuscheln erhalten können. Wir brauchen die Muscheln nicht zu zerstören und können doch für die Athmung normale Verhältnisse schaffen.

Dies können wir um so mehr, wenn nicht einzelne Theile, sondern die ganze Schleimhaut der Nase hyperaemisch oder wenn sie ihrem ganzen Umfange nach gleichmässig, wenn auch leicht hypertrophisch ist. Sie kennen ja diese Fälle, die uns Jahre lang beschäftigen, ohne dass wir oft eine Besserung erzielen könnten. Niemand würde hier kauterisiren, aber gesprayt wird dabei leider noch gar zu viel. Für solche Fälle möchte ich besonders Ihre Aufmerksamkeit auf die Schleimhautmassage gerichtet haben. Sie erreicht sehr oft Ausgezeichnetes, wenn wir mit anderen Methoden gar nichts mehr ausrichten können. Als Illustration diene folgender Fall: Miss A. S., ein 19-jähriges, sehr anaemisches Mädchen wurde mir von ihrem Hausarzte überwiesen, weil er ihren Nasenkatarrh nicht beseitigen konnte. Das Mädchen hatte beständig einen Schnupfen, immer war die Schleimhaut geröthet und etwas geschwollen, und zwar Beides in ihrer ganzen Ausdehnung. Sie wurde 12 Mal massirt, und ist seitdem, d. i. seit 3 Monaten vollständig gesund. Ich habe sie nachdem noch 15—18 Mal massirt, aber dies geschah nur, um das erzielte Resultat nicht verschwinden zu lassen. Ich sehe die Patientin monatlich, und weiss, dass es ihr gut geht. Ich habe mich bei diesen und ähnlichen Fällen stets bemüht, möglichst die ganze Schleimhaut des Naseninnern abzuvißiren und das Resultat war auch ein vorzügliches. Dass auch bei diesen Formen des Katarrhs Recidive namentlich im Anfange der Behandlung vorkommen, möchte ich nicht unerwähnt lassen. In gar manchen Fällen musste ich wieder von vorne anfangen, nachdem ich schon geglaubt hatte, ein endgültiges Resultat erzielt zu haben. Doch muss man sich dadurch nicht irreführen lassen. Wenn man einen Fall hat, der sich unter der Vibrationsmassage günstig gestellt hat, so kann man sicher sein, ein Recidiv in kürzester Zeit zu beseitigen.

Als Typen zweier anderer Krankheitsformen möchte ich die folgenden Fälle erwähnen: John L., ein 13-jähriger in England geborener Knabe, wurde schon in London von 3 bekannten Laryngologen wegen Krustenbildung in der Nase behandelt. Er hatte keine adenoiden Vegetationen und auch keine ausgesprochene Atrophie der Nasenschleimhaut. Die letztere war eher in einem acut entzündlichen Stadium, wann auch immer ich sie sah. Die Borken sassen dabei gewöhnlich am Innern des rechten Nasenflügels und etwas höher hinauf; links waren gewöhnlich keine Borken zu finden. Ich behandelte den Kleinen 8 Monate lang, ohne dass irgend eine Spur von Besserung zu sehen gewesen wäre. Da entschloss ich mich endlich zur Massage. Bereits nach dem 5. Male konnte ich eine leichte Besserung constatiren, nach dem 11. Male fand ich rechts gar keine Borken mehr vor, wohl

aber zum ersten Male eine ganze Menge links. Ich massirte demnach beide Seiten, und es passirte einmal, dass eine Stunde später eine stärkere Blutung aus dem rechten Nasenflügel erfolgte, die ohne Folgen war. Dies ist der einzige Fall, wo eine Blutung erst eine gewisse Zeit nach der Vibration eintrat. In der Regel blutet es gleich während der Manipulation ein wenig, wenn es überhaupt zur Blutung kommt. Der Knabe bekam noch häufige Recidive und konnte erst nach der 46. Sitzung als geheilt betrachtet werden.

Der zweite Fall betrifft einen böhmischen Cigarrenarbeiter mit Erythema fugax der Nase. Jedesmal, sowie feuchtes Wetter eintritt, verstopft sich seine Nase und die ganze rechte Seite derselben wird äusserlich roth und geschwollen. Die Nase bekommt dabei natürlich ein sehr hässliches Aussehen, wodurch Patient die Zielscheibe vieler Neckereien seitens seiner Kameraden wird. Alle Erscheinungen schwinden beim Eintreten von besserem Wetter. Die Untersuchung des Naseninnern während eines Intervalls ergibt bis auf eine leichte Hypertrophie der rechten mittleren Muschel merkwürdig normale Verhältnisse. Er wurde massirt. Erst nach 14-maligem Vibriren fingen die Erscheinungen an zurückzugehen, indem zunächst die seitlichen Parthien der Nase aufhörten roth zu werden und dann nach der 20sten Sitzung auch die vorderen Theile des Naseneingangs, die am längsten Widerstand geleistet hatten. Ich bin überzeugt, dass wir in diesem Falle nichts mit Adstringentien und Tonicis hätten ausrichten können. Denn wir hätten höchstens die mittlere Muschel reducirt, was ohne Einfluss auf die Krankheit gewesen wäre. Dies konnte ich sehr gut selbst beobachten, denn nachdem die mittlere Muschel ihrem Aussehen nach vollkommen normal geworden war, gingen die Erscheinungen dennoch nicht zurück. Es bedurfte auch hier einer vollständigen Umstimmung der gesammten Nasenschleimhaut bis in ihre tiefsten Theile, und erst nachdem dieses erzielt war, schwanden auch die Symptome.

Dass wir aber nicht daran denken, die Galvanokaustik überhaupt abzuschaffen, wie mancher vielleicht glauben könnte, mag durch einen Fall wie den folgenden bewiesen werden: Eine Patientin, die wegen bedeutender Athembeschwerden zu mir geschickt wurde, zeigte an den 4 unteren Muscheln polypoide Hypertrophieen, die die Nase vollständig verlegten. Ich entfernte dieselben mit der GlühSchlinge und nach 4 Visiten wurde Pat. geheilt entlassen. Dass wir in einem solchen Falle die Hauptmasse der Muscheln intact lassen und nur eine verhältnissmässig kleine Narbe an der Oberfläche schaffen, sind Thatsachen, die uns die schneller wirkende galvanokaustische Schlinge in die Hand dictirten.

Für solche Fälle hypertrophischer Natur also, wo wir durch die Galvanokaustik nur kleine Narben setzen, ist die Massage contraindicirt. Wo aber zu erwarten ist, dass wir umfangreiche Narbenbildung durch die Galvanokaustik erhalten werden, da ist diese zu ver-

werfen, und an ihre Stelle tritt die langsamer, aber in solchen Fällen viel segensreicher wirkende Vibrationsmassage.

Die Richtigkeit dieses Satzes konnte ich wiederholt beweisen, am Besten aber an einem Fall, den vor etwa 12 Jahren ein bekannter Stuttgarter Collegen in Behandlung hatte. Der jetzt 29jährige Patient kam zu mir wegen mannigfacher Beschwerden im Halse. Er zeigte im Pharynx ausgedehnte Narben, die fast die Hälfte der Pars oralis des Pharynx einnahmen. Zwischen den einzelnen Narben waren Granulationsmassen, die an manchen Stellen sehr stark hervortraten. Patient war in sehr richtiger Weise vor 12 Jahren wegen solcher Granulationen von dem Herrn Collegen kauterisirt worden, eine Prozedur, die im Laufe der Jahre noch von 5 anderen Aerzten hier und in Europa häufig wiederholt wurde. Was wäre nun aus diesem Pharynx geworden, wenn ich jetzt auch noch den letzten Rest der Schleimhaut durch Kauterisation oder durch Auskratzung in narbiges Gewebe umgewandelt hätte? Der Mann hätte einen Pharynx bekommen, der in seinem ganzen Leben nicht mehr functionirt hätte. Ich beschrift daher den langwierigen und zuweilen auch langweiligen Pfad der Massage. In diesem Falle dauerte die Behandlung wirklich lange. Das subjective Befinden des Pat. besserte sich zwar schon nach dem vierten Massiren, aber objectiv wahrnehmbar wurde dies erst nach dem 23sten Mal, und blieb permanent nach dem 36sten Mal.

Die Vorgänge, die die Granulationen zum Schwinden brachten, ähneln so sehr denjenigen bei der chron. hypertrophischen Rhinitis, dass wir darauf nicht noch einmal einzugehen brauchen. Was die anderen Parthieen des Pharynx betrifft, so kommen wir damit auf das Gebiet der Atrophieen, und wollen, da die Verhältnisse ähnlich sind, die atrophischen Zustände in der Nase und im Pharynx zu gleicher Zeit besprechen.

Es wird Ihnen vielleicht eigenthümlich erscheinen, dass ich auch für diese die Massage empfehle, nachdem ich dieselbe kurz vorher für manche Formen *hypertrophischer* Zustände gelobt hatte. Ja, sagt doch CHIARI: „Die Anhänger der neuen Methode behaupten also, dass man einerseits durch die Vibrationen hypertrophische Muscheln sich verkleinern und andererseits atrophische Muscheln sogar bis zu einem pathologischen Grade zunehmen sieht, als ob die Muscheln resp. die Schleimhaut wüsste, in welcher Weise sie auf die Vibrationen zu reagiren habe.“ Darauf erlaube ich mir nur Eins zu erwidern: Versuchen Sie es selbst und machen Sie selbst die Erfahrung, dass die Schleimhaut doch scheinbar weiss, wie sie zu reagiren hat. Ich habe es mehr als ein Mal gesehen, dass atrophische Muscheln nach einiger Zeit anfangen zu wachsen. Sie wurden grösser und grösser, ja in einem Falle, dem eines 16jährigen Mädchens habe ich es absichtlich so weit getrieben, dass die vorher atrophischen Muscheln schliesslich das Septum berührten. Ich habe, nebenbei bemerkt, dieses Experiment nicht wiederholt!

Ich erkläre mir diesen scheinbaren Widerspruch so, dass, wie bereits oben gesagt, bei der Massage durch Anregung eines lebhaften Stoffwechsels nicht nur eine lebhaftere *Zufuhr* von Ernährungsmaterial stattfindet, sondern auch eine besonders lebhafte Abfuhr von Stoffwechselproducten. Dies erklärt den scheinbaren Widerspruch in der Heilung von Hypertrophieen und Atrophieen. Durch die Massage werden die Flüssigkeiten aus den Geweben mechanisch in centripetale Bahnen geleitet und zur schnelleren Resorption gezwungen. Dass wir es hier nicht mit reinen Flüssigkeiten zu thun haben, sondern dass zellige Wucherungen und andere Substanzen dabei sind, welche durch die Massage zermalmt und zerdrückt wurden, und dann als Detritus leicht in die offenen Bahnen eindringen können, hat schon VON MOSENGEIL vor langer Zeit gezeigt. Wir verstehen es also, wie Hypertrophieen beseitigt werden können.

In den Venen und Lymphbahnen passirt aber während der Massage und kurze Zeit darauf eine grössere Masse ihres Inhalts, secundär wird also auch aus den Arterien mehr Blut nachfolgen, und mehr Nahrung an die betreffende Stelle gebracht werden müssen. Dies erklärt uns die Heilung von Atrophieen. Ich behandelte einen Fall, der *klinisch das ausgesprochenste Bild einer Pharyngitis sicca* darstellte. Patientin (45 Jahre alt) litt seit 15 Jahren an Trockenheit im Halse u. s. w. und die Schleimhaut war so atrophisch, wie man sie sich nur vorstellen kann. Ich behandelte Patientin mit leichten Unterbrechungen acht Wochen hindurch mit der Massage, ohne das geringste Resultat erzielt zu haben. Sie fühlte sich allerdings eine kurze Zeit nach jeder Behandlung etwas wohler, bald aber kam das trockene Gefühl wieder zum Vorschein. Endlich in der neunten Woche der Behandlung erschienen von der Seite her leicht geröthete Stellen und sofort erklärte Patientin, dass sie sich besser fühlte. Ich behandelte sie noch weitere drei Monate, um endlich eine fast vollständige Genesung constatiren zu können. Dieselbe Besserung konnte ich auch bei dem oben genannten früher in Stuttgart behandelten Patienten beobachten. Die glänzenden narbigen Stellen, die so zahlreich den Pharynx durchzogen, wurden schon während der Vibration hyperaemisch, ein Zustand, der sich natürlich bald verlor. Allmählig aber blieb immer mehr von dieser Hyperaemie constant, so dass zuletzt von den breiten Narben nur noch ganz schmale Streifen übrig blieben.

Diese beiden Fälle hatten für mich eine ausserordentliche Beweiskraft. Welcher Art aber die mikroskopischen Vorgänge hier waren, kann ich nicht sagen. Ich weiss nur so viel, dass ich vor der Behandlung bei der einen Patientin eine so trockene Pharyngitis hatte, dass man absolut keine Drüsen mehr in der Schleimhaut erwarten konnte und nachher nicht nur eine ziemlich normal aussehende, sondern auch Schleim secernirende Schleimhaut. Auf welche Weise es somit geschieht, dass wir eine atrophische Schleimhaut, die nach allen unseren pathologischen und therapeutischen Erfahrungen nicht mehr functionsfähig ist, wieder zur Norm zurückführen können, ist vorläufig

noch unaufgeklärt. Ich möchte aber die Zweifler auf einen Ausspruch Dr. LEOP. EWER's aufmerksam machen, dessen Artikel mir erst ganz kürzlich zu Gesicht gekommen ist. EWER sagt: „Die Praxis geht über alle Theorie. Seht einen Fall von atrophischer Nasenschleimhaut, seht diesen nach oftmals gar nicht langer Behandlung wieder functioniren und der Zweifel wird gehoben sein.“ In ähnlichem Sinne spricht sich das *Journal of Laryngology* über diesen Gegenstand aus (Juni 1892): „. . . but the massage treatment of atrophic catarrhs would seem to hold out more favorable hopes than any other form of therapeutics, and this, indeed, is only what we should expect when we consider that such treatment must of necessity tend to restore the physiological integrity of a mucous membrane which has undergone trophic changes.“

Fälle von *Ozaena* habe ich im letzten Jahre wenig gesehen, so dass ich mir über die Behandlung derselben mittels Massage kein Urtheil gestatte. Ich möchte es aber nicht unerwähnt lassen, dass DEMME auf der B. Fränkel'schen Klinik mit der Massage 64 Fälle behandelt hat, von denen er 10 als im vollkommensten Sinne des Wortes geheilt ansieht, während von den übrigen kein Fall war, der nicht mindestens bedeutend gebessert worden wäre.

Wir kommen jetzt zu der grossen Zahl der *Neurosen der Nase* und hiervon hebe ich nur das *Heufieber* hervor. Ich hatte während der vorigen Saison Gelegenheit, sechs Patienten damit zu behandeln, und zwar eine Dame vor der Attacke und die übrigen während derselben. Die erstere kam nur acht Mal zu mir und bekam dann im August ihren Anfall, aber nicht so stark, wie gewöhnlich. Bei den anderen Patienten, die ich während ihres Anfalls 1—2 Mal täglich sah, wurde derselbe ausnahmslos auf 10—14 Tage reducirt, während er sonst 4—6 Wochen, ja zuweilen noch länger gedauert hat. Als Beispiel diene folgender Fall: Frau M., 40 Jahre alt, Wärterin, ist in Deutschland geboren und seit 19 Jahren im Lande. Sie leidet seit fünf Jahren an Heu-Asthma und bekam es diesmal am 31. August so heftig, wie noch nie zuvor. Nachts „rinnt das Wasser nur so aus der Nase“, so dass sie keinen Schlaf bekommen kann. Am 6. September wurde sie zum ersten Mal vibriert. Der Ausfluss aus der Nase während und gleich nach der Massage war enorm. Auch die Augen thränten in kolossaler Weise. Nach zwei Stunden gab sich aber Beides. Am 7. September, Morgens, zweite Massage, Abends wiederholt. Am 8., früh, fühlt sie sich zum ersten Male etwas leichter. Sie kam noch am 9., 10., 12., 14., 16., 18. und 21sten September und war dann vollständig befreit von ihrem Heu-Asthma. Ich habe mich entschlossen, in diesem Jahre die Versuche vor dem Eintreten der Attaque anzustellen, um zu sehen, ob man so dieselben nicht ganz verhüten kann.

Ich habe, um zum Schlusse zu kommen, im Ganzen einige hundert Fälle der verschiedensten Krankheiten mit der Vibrationsmassage behandelt, doch halte ich es nicht für angebracht, Ihnen eine genaue Statistik der Erfolge und der Misserfolge zu geben. Denn wenn

irgendwo, so sind auf therapeutischem Gebiete Zahlen unmassgeblich. So viel ist aber aus meinen Versuchen ersichtlich, und das kann man ja auch aus den angeführten Beispielen ersehen, dass wir oft in den hartnäckigsten Fällen erstaunliche Erfolge erzielen, die uns zu weiterem Arbeiten auf diesem Gebiete anspornen müssen.

Ich habe bis jetzt, wie oben erwähnt, neben der Massage keine anderen Mittel angewendet aus dem einfachen Grunde, weil ich mit dieser bisher nur experimentirt habe. Wollte ich meine Experimente rein und unzweideutig machen, so musste ich vorerst sehen, in wie weit die Schleimhautmassage, für sich allein angewendet, andere Methoden übertrifft. Jetzt, wo wir über das Stadium des Experimentes hinaus sind, werde ich nicht verfehlen, neben der Massage auch andere Mittel anzuwenden, um zu sehen, ob wir dann nicht schneller zum Ziele kommen können.

Mit Ausnahme der Heufieberfälle habe ich meine Patienten gewöhnlich nur 3 Mal wöchentlich gesehen, einige jedoch 4 Mal und eine ganze Reihe von Patienten nur 2 Mal wöchentlich.

M. H., ich habe mich bemüht, über diese neue Methode so objectiv und unparteiisch zu urtheilen, als es mir möglich war, und ich habe versucht, Ihnen ihre guten und Schattenseiten zu schildern, und nach allem dem bin ich zu der Ueberzeugung gekommen, *dass die innere Schleimhautmassage ein Mittel ist, das sobald nicht wieder aus dem Schatze unserer therapeutischen Hilfsmittel verschwinden wird.*

## III.

## Spätinfection nach der Geburt.

Von

Dr. H. KREUTZMANN.

San Francisco, Cal.

Unter Spätinfection versteht man wohl diejenige Infection, die nicht unter oder unmittelbar nach der Geburt, aber doch in der ersten Woche nach der Entbindung stattfindet. Die beiden Fälle, die ich im vergangenen Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte, entfallen nicht unter diese Rubrik; der Einfachheit der Benennung wegen und weil andererseits die Infection doch noch innerhalb der ersten sechs Wochen nach der Geburt sich ereignete, wurde die Bezeichnung "Spätinfection" gewählt.

Die beiden Fälle sind folgende:

1. Primipara, 27 Jahre alt, Zwillingschwester, gut entwickelt, gesund, verheirathete sich mit einem gesunden Manne, wurde schwanger, bekam Blutungen aus der Gebärmutter im dritten Schwangerschaftsmonate, die auf Ruhe sistirten. In den nächsten Monaten traten immer wieder zuweilen heftige Blutungen auf, sodass die Frau, die gern ein lebensfähiges Kind erzielen wollte, sich die meiste Zeit im Bett oder auf der Lounge aufhielt, ihren Appetit verlor und dadurch sowie durch die Blutverluste in ihrem Allgemeinzustand sehr herunterkam. Der Uterus und Fötus wuchs ungestört weiter, Kindsbewegungen wurden gefühlt, die Herztöne gehört. Im sechsten Monate trat mit einer heftigen Blutung auch Wehenschmerz ein und die Frühgeburt konnte nicht mehr aufgehalten werden. Dieselbe zog sich über mehrere Tage hin, Blut wurde wenig verloren; es wurden am 2. October Zwillingknaben geboren, gut entwickelt, frisch abgestorben, der erste in Kopflage, der zweite in Beckenendlage. Während der Geburt konnte der Rand der Placenta gut gefühlt werden, und erwies sich die betr. Stelle nachher atrophisch. Die Ursache des Absterbens der Föten blieb unaufgeklärt; bei einer Visite wurden die Herztöne noch gehört. Bei der nächsten Visite (bei dem auf Tage sich erstreckenden Verlauf war ich nicht dauernd anwesend) wurden sie nicht mehr wahrgenommen; Zwillingsschwangerschaft war nicht vorher diagnosticirt worden.

Das Wochenbett verlief völlig fieberfrei; dasselbe wurde, da Störungen nach dem schleppenden Geburtsverlauf befürchtet wurden, sehr sorgfältig überwacht. Die Frau erholte sich nur sehr langsam, blieb zwei Wochen zu Bett; eine Genital-Untersuchung zu dieser Zeit constatirte den Uterus in guter Lage, aber noch gross und weich; keinerlei sonstige Abnormitäten. Es wurden Ergot und Heisswasserinjectionen in die Vagina angeordnet. Die Frau befand sich wohl, war nur schwach. Am 25. October, 9 Tage nach dem Aufstehen, (ich

hatte sie mittlerweile, 3 Tage nach dem Aufstehen, gesehen) erkrankte sie heftig: sie hatte Nachts unruhig geschlafen, war am Vormittage aufgestanden, musste sich aber wieder hinlegen; bekam einige Schüttelfröste, erbrach und litt heftige Schmerzen im Leibe. Ich fand Temp. 103, Puls 120, Leib leicht tympanitisch, druckempfindlich; die Gebärmutter unbeweglich eingebettet in ein beiderseitiges Exsudat, das nach hinten sich erstreckte und ausserordentlich schmerzhaft für Berührung war. Die Diagnose lautete: Para-Perimetritis exsudativa. Der Verlauf gestaltete sich günstig; die heftigen Erscheinungen liessen bald, Fieber und Schmerz allmählig nach. Circa 4 Wochen nach Beginn der Erkrankung konnte Pat. das Bett verlassen; das linksseitige Exsudat war nahezu völlig geschwunden, rechts bestand noch eine harte Infiltration; zur Einschmelzung kam es nicht. Pat. erholte sich dann sehr rasch. Zur Zeit, nachdem sie zweimal gut menstruiert hat, besteht immer noch eine leichte Verdickung im rechten Parametrium, die nahezu schmerzlos ist. Uterus ist klein, nicht verlagert, ebensowenig die Ovarien.

Fall 2 gestaltete sich sehr ähnlich, nur weniger heftig. Erstgeborene, 20 Jahre alt, völlig gesund, wird ohne Schwierigkeiten am 16. November entbunden. Wochenbett völlig fieberfrei, stark verlangsamter Puls 48—52. Eines Dammrisses wegen, der mit 4 Seidenfäden genäht gut heilte, wurde Wöchnerin 2 Wochen lang im Bette gehalten. Sie erholte sich ausgezeichnet und ging ihren häuslichen Geschäften nach, als sie am 18. December mit recht heftigen colikartigen Schmerzen im Leibe erkrankte. Das Allgemeinbefinden war nicht sonderlich gestört, doch wurde, als nach Anwendung von Hausmitteln die Schmerzen nicht nachliessen, nach mir geschickt. Ich fand Temp. nahezu 103, Puls 112, Leib druckempfindlich; an der linken Seite der Gebärmutter eine druckempfindliche kleine Infiltration. Am nächsten Tage war die Infiltration viel ausgedehnter, sich hinter die Gebärmutter erstreckend. Der Verlauf war ein günstiger, es kam auch hier nicht zur Einschmelzung, zur Abcessbildung, dagegen schreitet die Resorption langsam vorwärts; die Frau hat keinerlei Beschwerden, Allgemeinbefinden ist gut; das Exsudat auf der Seite ist nahezu verschwunden, dagegen sind die lig. sacro-uterina noch stark infiltrirt und recht druckempfindlich, sowie schmerzhaft bei Hebung der Gebärmutter. Menstruation ist zur Zeit noch nicht eingetreten; die Frau stillt ihr Kind nicht.

Die beiden geschilderten Fälle sind der Art, wie sie nach Infection bei Geburt und Abort, sowie nach Eingriffen an der Gebärmutter mit unreinen Instrumenten—Sondirung, Discission etc.—besonders in der vorantiseptischen Zeit häufig genug zur Beobachtung kamen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass in beiden Fällen die Erkrankung auf einer Infection von aussen beruhte. Die Frage ist nur die, *wie* ist die Infection zu Stande gekommen. Auszuschliessen ist absolut, dass bei der Geburt infectiöse Keime in den Geburtskanal gebracht wurden, die erst nach 4 Wochen ihre Anwesenheit bekundeten. Eine Infection



durch das membrum virile ist ebenfalls unmöglich, da in beiden Fällen eine Cohabitation vor der Erkrankung nach der Geburt nicht stattgefunden hat. Meiner Ansicht nach ist die Infection durch die Injectionsspritze zu Stande gekommen. Die erste Pat. machte auf mein Anordnen täglich zweimal, die andere gelegentlich Vaginalinjectionen; im ersten Falle war ausdrücklich angeordnet worden, dieselben auf der Bettpfanne liegend zu machen, im zweiten Falle waren überhaupt keine Verordnungen gemacht worden. Beide Frauen gaben auf Befragen zu, dass sie wiederholt, der Bequemlichkeit halber, Douchen auf dem Nachtopfe hockend genommen hatten. Bei dieser Stellung tritt die Gebärmutter tief in den Scheideneingang, eine Berührung mit der Injectionsspritze ist unvermeidlich. Ganz gewiss kann auf diese Weise in der extrapuerperalen Zeit eine Excoriation, eine Verletzung der Gebärmutter stattfinden durch die Irrigationsröhre, und besonders leicht kann einige Zeit nach der Entbindung eine der mehr oder weniger zahlreichen zarten jungen Narben in der Scheide und am Cervix wieder aufgerissen werden. Dass aber die Injectionsspritze den Injectionsträger wohl abgeben kann, leuchtet ein, wenn man sieht, wie dieselbe auf dem Boden geschleift wird, im Closet aufgehoben wird, etc.

Aus meinen Fällen geht hervor, dass man der Irrigationsspritze für die Scheide unbedingt dieselbe aufmerksame Behandlung widmen muss, wie man sie gewohnt ist dem Catheter zu erweisen, und zwar wohl intra et extra puerperium. Die hockende Stellung bei Vornahme der Vaginaldouche ist zu therapeutischen Zwecken absolut verwerflich, höchstens kann sie „preventiv“ etwas leisten. Ferner ist durch diesen Infectionsmodus wohl manche Unterleibsentzündung erklärlich, für welche Laien (und auch Aerzte) mit Vorliebe eine Erkältung heranziehen.

## FEUILLETON.

**Griechisch als allgemeine Sprache der Aerzte und der Gelehrten überhaupt.**

Von

**Dr. ACHILLES ROSE.**

(Schluss von Seite 309.)

Dem Herrn Professor WHITE möchte ich gerade so wie Herrn Dr. ENGEL bemerken, dass er in seinen Ansprüchen an eine Reform des Unterrichts im Griechischen nicht weit genug gegangen ist.

Das literarische Griechisch von heute ist gleichbedeutend mit dem attischen Dialect in Orthographie, beinahe auch in Form: die Syntax ist hie und da umschrieben und vereinfacht. Zwischen dem Griechisch des Herodot und dem des Xenophon ist mehr Unterschied als zwischen dem des Letzteren und dem heutigen.

ENGEL und WHITE gehören zu den Männern, die ich aufrufen möchte, das lebendige, das heute gesprochene und geschriebene Griechisch für den Schulunterricht zu empfehlen.

Die Ansicht VIRCHOW'S, dass keine Macht der Welt im Stande sei, in absehbarer Zeit eine Aenderung in Bezug auf die Sprachschwierigkeit im Verkehr der Gelehrten der verschiedenen Länder untereinander herbeizuführen, würde sich bald als nichtig herausstellen, wenn Männer wie er mit der ganzen Macht ihrer Persönlichkeit eine Bewegung ins Werk setzen wollten, das Griechische in der Art wie andere lebende Sprachen in der Schule zu lehren, damit es in absehbarer Zeit allgemeine Gelehrtensprache werden könnte.

Mir scheint es, dass Griechisch, wenn es so gelehrt wird wie man andere lebende Sprachen nach der einen oder anderen guten Methode lehrt, nicht schwerer zu erlernen ist wie andere lebende Sprachen auch.

Ich selbst habe es, ähnlich wie ich es mit Englisch und Französisch gehalten, nach meiner Art zu erlernen begonnen. Als ich vor gar nicht langer Zeit, auf die Eingangs erwähnte Anregung hin, begann mich mit lebendigem Griechisch zu befassen, fand ich leider keine mir passende Gelegenheit Griechen im alltäglichen Verkehr zusammen sprechen zu hören, den Wohlklang der Sprache lernte ich jedoch kennen, indem ich die griechische Kirche besuchte. Griechisch selbst zu sprechen und zu verstehen lernte ich unter Anleitung meines schon genannten Lehrers aus den aller einfachst geschriebenen griechischen Erzählungen. Abwechselnd lasen wir uns einen Abschnitt vor, dann übersetzte ich denselben, ohne dass ich dabei mit Regeln der Grammatik geplagt wurde. Recht bald fand ich ein grosses Vergnügen an diesen Uebungen. Das Buch mit welchem wir begannen war die treffliche Uebertragung ins Griechische der ANDERSEN'Schen Märchen von BIKÉLA. Zum Verständniss eines solchen für Kinder und für das Volk geschriebenen Buches genügt entsprechend so viel oder so wenig Grammatik wie sie für das Erlernen des Französischen im kleinen Ahn und für das Erlernen des Englischen im kleinen Munde gegeben ist.

Dass man beim Lesen solcher für Kinder und für das Volk geschriebenen Bücher einiges aus dem Volksgriechisch lernt ist von besonderem practischem Gewinn.

Ich fand so viel Gefallen an dieser Uebersetzung BIKÉLA'S, dass ich sie beständig bei mir hatte, um in jeder freien Minute darin lesen zu können, und ich wünsche allen meinen Lesern das Vergnügen, das mir diese Art des Lernens gewährte.

Wenn ein Märchen in griechischem Gewande begann: Ἦτο μίαν φοράν ἕνα βασιλεὺς, fühlte ich mich in die Zeit versetzt als ich zum ersten Mal hörte: Es war einmal ein König, und ich gedachte dabei des Wunsches BOGUMIL GOLTZ'S: O, hätte ich doch noch einmal meine Kindernase, mit der ich den Weihnachtsbaum mit seinen brennenden Lichtern, seinen Aepfeln roch!

Recht eigenartige Unterhaltung gewährte es mir im Anfang, Tagesnachrichten in griechischer Sprache in athenischen Zeitungen zu lesen. Dabei erschien es mir zuerst wie eine Entwürdigung der hochgehaltenen Sprache, dass sie zu ganz gemeinen marktschreierischen Anzeigen u. A. von Charlatanen in diesen Blättern dienen musste. Immerhin dienten *mir* auch die Anzeigespalten, und ganz im Anfang gerade diese zum schnellen Erlernen.

Obwohl das ganze ein ernstes Studium war, machte ich es mir fortschreitend kurzweilig.

Als Napoleon Bonaparte den Oberbefehl über das französische republikanische Heer übernahm, excercirten und kämpften die Soldaten nicht nach kriegswissenschaftlichen Regeln, sondern in einer von allen niedergeschriebenen Regeln abweichenden Weise, die sich bei ihnen instinktmässig ausgebildet hatte. Hieraus formulirte der grosse Feldherr eine neue Strategie, mit der er das königlich preussische System des Gamaschendienstes bei Jena so gründlich schlug.

Meine auf ungewöhnlichem Wege gemachte Erfahrung, dass es schneller zur Erlernung und zwar zur besseren Erlernung der griechischen Sprache führt, wenn man sich nicht an der gewählten Literatur der alten classischen Periode, sondern an der Literatur unserer Zeit übt, und erst zu den Classikern übergeht, nachdem man der heutigen Umgangssprache Herr geworden, wird sich vielleicht auch für ein neues System des griechischen Unterrichts verwerthen lassen.

Mittels einer wirklich praktischen Methode werden dann die Schüler in sehr kurzer Zeit, ohne die vielen aller Welt bekannten, und schon oft beschriebenen und gerügten Uebelstände des heutigen Gymnasialunterrichtes im Griechischen, zu dem Ziele kommen, Genuss an der classischen griechischen Literatur und Verständniss für dieselbe zu gewinnen.

Wenn aber das Erlernen des Griechischen so leicht gemacht und die classische griechische Literatur mehr und mehr zugänglich wird, so kommt auch Kant's Ausspruch mehr und mehr zur Geltung: „Man hat auch in den finsternen Zeiten grosse Männer gesehen. Da konnte aber nur gross werden, wen die Natur besonders zum grossen Mann gestempelt hatte. Jetzt, da der Unterricht so leicht ist, richtet man die Menschen ab zum Grosswerden.“

Wird die griechische Sprache Gemeingut aller Gelehrten in der Weise, dass sie den Verkehr derselben vermitteln kann, so ist gar nicht abzusehen, wie gross der praktische Gewinn neben dem idealen sein wird.

Die Einführung der lebenden griechischen Sprache in unseren Schulen würde von nicht geringerer Bedeutung sein als das Werk der Humanisten in der Wende des Mittelalters.

Diese Männer waren für die grossartige Hinterlassenschaft der klassischen Völker des Alterthums begeistert, sie erkannten in dieser Hinterlassenschaft eines der vorzüglichsten Bildungsmittel, einen unerschöpflichen Fruchtboden edler Gesinnung.

Wie zu jener Zeit die Humanisten gegen die starre unbeholfene Form, in welcher die scholastische Wissenschaft vorgetragen wurde, kämpften, sowie gegen das viele Schulgezänk, die Spitzfindigkeiten und Wortklaubereien geistloser Gelehrsamkeit, so ist es jetzt an der

Zeit gegen den widersinnigen grammatischen Unterricht im Griechischen in unseren Schulen zu kämpfen.

Der unpraktische grammatische Unterricht mit dem die Schüler von Anfang an gequält werden, der so viel Zeit in Anspruch nimmt, der zu nichts anderem führt, als dass die Schüler schliesslich die Genugthuung besitzen, dass sie sich sagen können einmal etwas, oder viel, je nach dem, im Griechischen gewusst zu haben, ist eine Barbarei, unwürdig unserer Culturperiode.

Wenn man die Vorreden zu verschiedenen griechischen Grammatiken liest, in denen die Art und Weise auf die die Schüler am besten zu quälen fachlich-gewissenhaft beschrieben sind, so hat man dieselbe Naivität der ausgesuchten Grausamkeit vor sich, wie beim Lesen der gewissenhaft-fachlichen Beschreibung der peinlichen Fragen in Caroli V. peinlicher Halsgerichtsordnung.

Um das lebendige Griechisch auf den Schulen einzuführen, würden die Professoren selbst erst umlernen müssen. Ein kürzerer oder längerer Aufenthalt in Athen dürfte sich empfehlen, damit sie vorerst zu der Ueberzeugung kämen, wie vernünftig die lebendige und wie unsinnig die Erasmische Aussprache ist.

Vielleicht würde es sich empfehlen, Griechen aus Griechenland zu berufen, vielleicht auch in Athen eine Colonie für Gymnasiasten zu gründen; doch ich will solche Vorschläge nicht weiter entwickeln, vielmehr solches denen überlassen, die dazu besser berufen sind — den Pädagogen von Fach.

Wenn die Idee, die Dr. STEDMAN, der Verfasser des Eingangs erwähnten Artikels im „Medical Record,“ angeregt, Griechisch, das Griechisch von heute, als Universalsprache der Gelehrten, Anklang findet, so wird es nicht an praktischen Vorschlägen zur Verwirklichung fehlen.

JOHN STUART BLACKIE, der bekannte Philhellene, Professor an der Universität Edinburg, der vor beinahe 65 Jahren in Goettingen studirte — er ist älter als der grosse englische Philhellene Gladstone — hat in der That einen solchen praktischen Vorschlag gemacht. Mit diesem Vorschlag will ich einige Aussprüche von ihm über Griechisch anführen, dieselben bilden zugleich ein Resumé über das was ich selbst in vorstehender Arbeit gesagt habe: (Seither erhielt ich erst Kenntniss von Blackie's Schrift als ich schon diesen letzten Theil meines Manuscriptes zur Druckerei geschickt. Ich wünsche ich hätte sie zu Beginn meiner Arbeit gekannt.)

Die griechische Sprache ragt am meisten majestätisch hervor auf dem Lehrplan des höheren Unterrichts.

Ich glaube an Griechisch wie an die Bibel. (Die höchste Betheuerung eines Schotten).

Griechisch gewährt die höchste geistige Anregung, aber es kommt viel darauf an, welche Art Griechisch gelehrt, und welcher Gebrauch davon gemacht wird.

Es ist ein Unrecht der heutigen Gelehrten, dem lebendigen Griechisch fern zu bleiben.

Griechisch, wie es im Allgemeinen heute gelehrt wird, ist einfach ein Knochengestüt ohne Leben.

Sprachen müssen gelehrt werden, indem man in ihnen lebt und in ihnen spricht.

Es besteht weniger Unterschied zwischen CHAUCER's Englisch und dem Englisch von heute, als zwischen Alt- und Neugriechisch.

Unsere Schulen sollten es aufgeben, Griechisch wie eine todte Sprache zu behandeln, und vor allen Dingen sollten sie die Abgeschmacktheit aufgeben, in barbarischer, willkürlicher Weise sie auszusprechen.

Schon allgemeine menschliche Sympathie sollte jeden Gebildeten, mag er zur Universität gehören oder nicht, anregen, sich mit den lebendigen Erben der edlen griechischen Sprache in Verbindung zu setzen.

Sein Vorschlag ist: Reisestipendien sollten für Studenten gestiftet werden, damit sie in Griechenland der griechischen Sprache Herr werden könnten.

---

## REFERATE.

---

### Krankheiten des Verdauungsapparatus.

Referirt von Dr. MAX EINHORN.

1. Ueber die Folgen einer ausreichenden, aber eiweissarmen Nahrung. Ein Beitrag zur Lehre vom Eiweissbedarf. Von I. Munk. (Virchow's Arch., Bd. 132, Heft 1, S. 91.)

Verfasser hat an Hunden zahlreiche, exact durchgeführte Stoffwechselversuche angestellt, in denen die unterste Grenze des Eiweissbedarfs ermittelt werden sollte. Es zeigte sich, dass bei eiweissarmer, an N-freien Stoffen (Fett, Kohlehydrate) reicher Nahrung, es zum N- und Körpergleichgewicht weit grösserer Nährstoffmengen bedarf, als bei einer Kost von mittlerem Eiweissgehalt (3-5 g. Eiweiss pro Kg.). Eine eiweissarme Kost mit einem Nährstoffverhältniss von 1:12 wird zwar im Darm des Hundes auffallend gut verwerthet, allein eine solche Kost ist für die Dauer nicht imstande, den Appetit rege zu erhalten; von der 8-9 Woche ab wird die Aufnahme solchen Tagesfutters auf einmal verweigert; noch ehe der Appetit und die Nahrungsaufnahme Noth leiden, wird der Kräfteverfall der Thiere erkennbar. Am Schluss seiner Arbeit wendet sich MUNK gegen die Autoren, welche das Eiweissquantum der menschlichen Nahrung auf eine zu geringe Ziffer herabsetzen wollen (HIRSCHFELD u. A.). M. hat bereits vor zwei Jahren die Aeusserung gethan, —, dass es vollauf begründet erscheine, die Eiweissration des Erwachsenen von mittlerem Gewicht (70 kg.) und bei mässiger Arbeit bis auf 100 g. herabzusetzen. Durch Erfahrung sei sichergestellt worden, dass diese Ration für die Dauer genüge,“ — auch jetzt noch halte er an dieser Forderung fest.

2. Ein Fall von Oesophagusdivertikel. Von C. Dugge. (Münch. med. Wochenschr. 1893, No. 28.)

D. beschreibt einen Fall von Oesophagusdivertikel, der bei einem 69 Jahre alten Mann zur Beobachtung kam. Seit einem Jahre bestanden Schluckbeschwerden; Patient klagt darüber, dass die Speisen ihm im Halse fest sässen, und dass er einen Theil derselben nach kurzer Zeit wieder erbrechen müsse. Die Untersuchung per Sonde zeigte, dass dieselbe oft 16 Ctm. von der Zahnreihe auf ein unüberwindliches Hinderniss stösst, während sie zuweilen leicht in den Magen hineinglitt. Es wurde die Diagnose auf Oesophagusdivertikel gestellt. Patient starb später an Schluckpneumonie und die Section hat die Diagnose vollauf bestätigt.

3. Zur Lehre der Autointoxicationen bei chronischen Magen- und Darmkrankheiten. Von Dr. A. Katz. (Wiener med. Presse, 1893, No. 28.)

Bekanntlich hat BOUCHARD versucht, die bei Affectionen des Intestinaltractes ausgelösten nervösen Beschwerden, auf eine Autointoxica-

tion des Organismus zurückzuführen; im Magen-Darmkanal sollen giftige Producte entstehen, welche zur Resorption gelangen, und jene sogenannten nervösen Beschwerden hervorrufen. KATZ wendet sich nun in seinem Aufsätze gegen diese Lehre und zeigt zunächst, dass ihr jede Begründung fehlt und dass sie ferner nicht im Stande ist, alle Erscheinungen zu erklären. Das supponirte Gift sei vorläufig noch nicht gefunden worden; denn selbst der Hauptbeweis KULNEFF'S—dass es ihm gelang, aus dem Mageninhalt von 4 an Gastrektasie leidenden Personen eine giftige Base (Aethylendiamin) darzustellen, welche bei Kaninchen, subcutan eingespritzt, giftige Erscheinungen hervorrief—sagt noch nicht, dass dieselbe Substanz per os gereicht, giftig wirken würde. Die nervösen Beschwerden lassen sich nach KATZ viel ungewzwungener als auf reflectorischem Wege erklären.

#### 4. A Case of Double Gastrolith Removed by Gastrotomy. By W. B. Outten. (Journal of The Med. Sciences, Fort Wayne, Ind., 1893, No. 2.)

O. berichtet über einen Fall, wo bei einem 52 J. alten Mann wegen eines in der Bauchhöhle beweglichen Tumors die Laparotomie gemacht worden ist. Es wurde ursprünglich angenommen, dass der bewegliche Tumor die Milz sei, allein es zeigte sich später, dass der Tumor innerhalb des Magens gelegen war; als dieser geöffnet wurde, wurden 2 Steine, welche über ein Pfund wogen, in demselben vorgefunden. Nach Ansicht des Verfassers haben sich die Steine im Magen des Pat. gebildet; die Steine bestanden aus einer Stärkesubstanz, Muskelfaser und Knochengewebe.

---

### Kinderheilkunde.

#### Referirt von Dr. SARA WELT.

#### The Value of Peroxide of Hydrogen in Diphtheria. By I. Lewis Smith, M. D. (Arch. of Pediatr., August, 1893.)

Gleich andern Beobachtern, hat auch S. unangenehme Erscheinungen beim Gebrauche des Wasserstoffperoxides bei Diphtheriekranken auftreten gesehen; besonders eine entzündliche Hyperämie der Schleimhäute der Nase, des Mundes und der Fauces; in drei Fällen waren dünne fibrinöse Auflagerungen bemerkbar; ausserdem erwähnt er das Auftreten von catarrhalischen Entzündungen der obern Luftwege, welche scheinbar durch die Einathmung von  $H_2O_2$  beim Sprayen hervorgerufen wurden. Diese schädlichen Nebenwirkungen werden durch die Beimischung von Schwefel- und Phosphorsäure, welche bei der Herstellung des Präparates zur Anwendung kommen, verursacht. S. räth deshalb, die Lösung durch Zusatz von Natrium bicarbonicum zu neutralisiren; und zwor soll dies unmittelbar vor der Anwendung im Krankenzimmer geschehen, da alkalische oder selbst neutrale  $H_2O_2$ -lösungen sich sehr rasch zersetzen. Die Wirksamkeit des Mittels wird durch die Neutralisation nicht abgeschwächt, seine schädlichen Effekte aber beseitigt.

#### The Preservation of Cows Milk. By Henry D. Chapin, M. D. (Ibidem.)

Da trotz der grossen Anzahl von Methoden die Milch zu conserviren, auch die besten nicht einwurfsfrei sind, ist die Suche nach neuen Mitteln noch immer an der Tagesordnung. C. berichtet über Versuche, die mit einigen chemischen Substanzen zu diesem Zwecke angestellt worden sind. Dabei hat sich der Zusatz, sowohl von Ammonium- als Natriumfluorid im Verhältniss von 0.10 zu 100 Gr. Milch als ganz

erfolglos herausgestellt; wurde aber Natrium-Siliciumfluorid der Milch zugesetzt, so coagulirte sie bei einer Temperatur von 35° C. erst nach 70 Stunden; während die Controlmilch schon nach 22 Stunden gerann. Doch ist die letztgenannte eine unstäte Verbindung und fällt das Silicium aus der Lösung sehr rasch aus; und ist aus diesem Grunde das Mittel ebenso zu verwerfen, wie Borax, der in ähnlicher Weise wirkt.

Bessere Resultate hat er bei der Anwendung von Wasserstoffperoxid erreicht und scheint ihm dies ein recht wirksames und harmloses Mittel zu sein, Milch zu conserviren; wird es mit Milch gemischt, so spaltet es sich sofort in O und H<sub>2</sub>O. Die Versuche wurden mit gewöhnlicher Marktmilch, bei einer Temperatur, die 72° F. nicht überstieg, angestellt; und zeigte es sich dabei, dass Milch, der 2% H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> zugesetzt worden war, nach 48 Stunden alkalisch reagirte; fügte man aber dieser Milch nach Ablauf von 24 Stunden wieder eine gleiche Dose von H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> hinzu, so ergab sie noch nach 72 Stunden eine neutrale Reaction. Das Wachsthum der Bakterien aber, scheint durch den Zusatz von Wasserstoffperoxyd nicht beeinflusst zu werden.

**Enteroclysis of Ice Water in the Treatment of Intestinal Diseases of Children.** By J. L. Salinger, M. D. (The Therapeutic Gazette, Vol. VIII, No. 11).

S. berichtet über günstige Erfolge mit dieser Behandlungsmethode bei an acuter Gastro-Enteritis erkrankten Kindern. Medicamentöse Behandlung wurde gänzlich bei Seite gelassen. Die Eingiessungen wurden in 24 Stunden etwa fünfmal wiederholt. Nachtheilige Folgen hat er niemals beobachtet; doch räth er, das Wasser nur langsam und unter nicht zu starkem Drucke einlaufen zu lassen. S. empfiehlt diese Behandlungsmethode besonders bei den Hochsommerdiarrhoen der Kinder, welche mit Erbrechen, Fieber und Abmagerung einhergehen.

**Ein Fall von spontan geheilter Atresia recti.** Von Dr. J. Marer. (Allg. Wien. med. Zeit. 1893, No. 31).

In dem mitgetheilten Falle handelte es sich um einen fünf Tage alten, gut entwickelten Knaben, der seit der Geburt, trotz verschiedener angewandter Mittel, keine Stuhlentleerung hatte. Das Abdomen war stark meteoristisch aufgetrieben, und Pat. erbrach beständig eine Kindesfäcalien ähnliche Flüssigkeit. Die Analöffnung war wohl ausgebildet, doch stieß der Finger in der Höhe von 9 ctm. über der Oeffnung auf einen Widerstand, welcher jedoch durch einige Drehbewegungen der Hand leicht beseitigt wurde. Der herausgezogene Finger war mit einer dünnen Schichte grünen Meconium's bedeckt und war M. der Ansicht, dass das Hinderniss aus dem Wege geräumt wäre. M. fand sich jedoch in seiner Erwartung getäuscht, da die Erscheinungen des Ileus unverändert fortbestanden. In der Annahme, dass das Hinderniss weiter oben liegen müsse, stellte er neuerdings die Untersuchung mit einem elastischen Bougie an, und fand 7 ctm. von der analen Oeffnung entfernt das Hinderniss in Form eines circulären, vollkommenen Verschlusses des Darmrohres. Da es sich offenbar um eine hochgelegene Atresia recti handelte, wurde ein operatives Verfahren vorgeschlagen. Die Eltern des Kindes aber verweigerten ihre Zustimmung und verliess er das Kind, in der Ueberzeugung, dass der exitus letalis bald erfolgen würde. Doch hatte Pat. am nächsten Tage wider Erwarten eine Stuhlentleerung, wobei bedeutende Mengen von grünem und gelbem Darminhalt herausbefördert wurden.

Dieses spontane Schwinden der Atresie erklärt M. derart, dass vielleicht infolge von erhöhter peristaltischer Bewegung das obere Stück

sich in den untern offenen Theil, den Mastdarm, invaginirte, infolge adhaesiver Peritonitis, über der Afteröffnung anklebte, durchriss, und auf diese Weise die Passage frei wurde.

**Pin Swallowing.** By Dr. Knott. (Brit. Med. Journal, Jan. 1893.)

Drei Fälle. Im ersten handelt es sich um ein dreijähriges Kind, welches eine Nadel verschluckte und sie 16 Tage später per vias naturales nach aussen beförderte.

In einem andern Falle wurde von einem 14 Monate alten Kinde eine Nadel verschluckt und nach acht Tagen auf dem gleichen Wege entleert. Im dritten Falle extrahirte K., nach neun Monaten, eine Nadel aus der Innenfläche des Schenkels eines zweijährigen Kindes; in keinem dieser Fälle folgten dem Verschlucken des Fremdkörpers irgendwelche unangenehme Symptome.

---

### Dermatologie.

Referirt von Dr. H. GOLDENBERG.

**Zur Therapie der Hautkrebse.** Von Dr. O. Lassar. (Sonderabdruck aus der Berliner klin. Wochenschrift, 1893, No. 23.)

Verf. theilt seine therapeutischen Resultate von 5 Fällen von Hautkrebs mit, in welchen das Microscop die klinische Diagnose bestätiget hatte. Der erste Patient, der im Jahre 1889 zur Beobachtung kam, hatte eine Reihe von Tumoren, deren grösster die rechte Augenhöhle ausfüllte, daneben solche am Kinn und Nasenrücken. Unter Arsen gingen sämmtliche Tumoren der Eintrocknung, Involution und Vernarbung entgegen. Pat. entzog sich, nachdem inzwischen das Epitheliom der Orbita Fortschritte gemacht hatte, der weiteren Beobachtung. Der zweite Fall betraf eine alte Frau mit Cancroid der Nase, das unter Arsen in wenigen Wochen zurückging. Die dritte Patientin war eine 75 Jahre alte Frau mit einem Tumor der linken Wange, von der Gestalt einer halbirten Walnuss. Mikroskop. Diagnose: Epitheliom. Unter Liq. Fowleri und Aq. Ment. pip aā 5 Tropfen dreimal täglich war die Geschwulst innerhalb zwei Monaten vernarbt. Resultat im vierten Fall gleich gut, wie das vortreffliche Photogramm zeigt. Der letzte Patient, den Verf. der Berl. med. Gesellschaft vorstellte, war ein 66jähriger Mann mit Epitheliom des linken Nasenflügels. Unter innerlicher Darreichung trat vollständige Involution ein. Photogramm vor und nach der Behandlung.

**Eczema Infantile.** By M. Merrill Ricketts, M.D. (Reprinted from the Journal of the American Med. Association. December 24, 1892.)

Nach dem Verfasser sind 95% sämmtlicher Fälle von Eczem im Kindesalter durch den übermässigen Gebrauch von Seife und Wasser veranlasst. (Ref. möchte, für sein poliklinisches Material wenigstens, eher Mangel an Reinlichkeit als ätiologischen Factor gelten lassen.) Behandlung besteht in der täglich mehrmaligen Application von 2% Carbolöl. Waschungen mit diesem Oel an Stelle von Wasser. Calomel, anfangs in einer Dosis von 3 mgr. zweistündlich, später den Umständen entsprechend, wird 1—2 Monate hindurch gegeben. Falls das Carbolöl innerhalb 3—4 Tagen nicht wirkt, gibt Verf. 2% Salicylsalbe. Den günstigen Effect des Calomels erklärt R. nicht durch seine Einwirkung auf den Darmkanal, sondern auf das System, indem es die saueren Secretionen in alkalische verwandelt. (? Ref.)



**Alopecia.** By Condict W. Cutler, M. D. (New York Med. Journal June 3, 1893.)

Nach einer Erörterung des normalen Haarausfalles und der Regeneration der Haare wendet sich der Verfasser zur Besprechung der häufigsten, Alopecie verursachenden Erkrankung, des Eczema seborrhoicum capitis. Die Affection beginnt nach CUTLER stets in den Talgdrüsen als fettige Metamorphose der Drüsenzellen.

Die Behandlung betreffend, verbietet er den häufigen Gebrauch des Wassers, sowie reizender Applicationen auf die Kopfhaut. Er empfiehlt den Kopf alle 10-14 Tage gründlich mit dem Dotter von drei Eiern und Leimwasser zu shampooen, darauf mit heissem Boraxwasser auszuwaschen und eine 2-3 procentige Pilocarpinsalbe Abends einzureiben. Ist der Haarausfall beträchtlich, so soll ausser der Application der Salbe am Abend, der Kopf mit Theerseife am Morgen gewaschen und eine Flüssigkeit von Sublimat  $\frac{1}{5}$  Procent, Resorcin 3 Procent Wasser eingerieben werden. Pilocarpin innerlich, oder noch besser subcutan, scheint den Haarwuchs zu befördern. Für die Alopecie nach Beseitigung der „Seborrhoe“ empfiehlt C. Tinct. Canthar., Tr. Capsici, Tr. nux. vom., ol. ricin. aâ 15,0, Aq. Coloniensis oder Bayrum ad. 120,0. (Verfasser steht leider noch immer auf dem alten Standpunkt, dass das Wesen der Erkrankung primär und hauptsächlich in einer Affection der Talgdrüsen besteht, während microscopische Untersuchungen von UNNA, ELLIOT u. A. dargelegt haben, dass die Affection absolut nichts mit den Talgdrüsen zu thun hat. Es handelt sich vielmehr um einen entzündlichen Process in der Cutis und dem Rete Malpighii, in welchem fettige oder trockne Schuppen nicht das eigentliche Wesen der Affection, sondern nur ein Symptom oder einen Folgezustand darstellen. Ref.)

## Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

Sitzung vom 9. Januar 1893.

17 West 43. Strasse.

Präsident: C. HEITZMANN, dann J. W. GLEITSMANN.

### Vor der Tagesordnung.

Dr. C. BECK demonstrirt einen, aus der Speiseröhre durch Oesophagotomie entfernten, Campagneknopf.

Diesen Knopf, einen sogenannten Campagneknopf, entfernte ich vor drei Wochen aus der Speiseröhre eines 11 Monate alten Kindes mittelst Oesophagotomie.

Die Krankengeschichte lehrte, dass der kleine Patient zwei Tage vorher den Knopf, der ihm zum Spielen von seiner Mutter gegeben worden war, verschluckt hatte.

Der herbeigerufene Arzt versuchte den Knopf, welcher bereits den Schlund passirt hatte, erst mit dem Münzenfänger zu extrahiren und dann mit dem Schlundstösser hinabzustossen. Als dies nicht gelang, wurden bis zum folgenden Tag Brechmittel verabreicht, welche aber den Fremdkörper ebenfalls nicht zu Tage förderten.

Tags darauf wiederholten die behandelnden Aerzte dasselbe Manöver in der Narkose, unter welcher sie den Knopf fühlen, aber nicht fassen konnten.

Am nächsten Tage trat Dyspnoe ein und nun wurde ich von den Collegen ersucht, den Speiseröhrenschnitt vorzunehmen. Derselbe gelang glücklicherweise in ausserordentlich kurzer Zeit und ohne

nennenswerthen Blutverlust. In der Höhe des oberen Randes der ersten Rippe konnte mein kleiner Finger den Knopf fühlen und ihn unter Zuhilfenahme eines stumpfen Löffels unter ziemlichen Schwierigkeiten extrahiren, da er schon den Oesophagus trachealwärts perforirt hatte.

Zweifellos waren daran die scharfen Ecken Schuld; die voraufgehenden Prozeduren mögen aber auch ihr Theil dazu beigetragen haben, den Knopf tiefer in's Gewebe hineinzupressen. Da alles so glatt gegangen war, so hatte ich trotz der bestehenden Bronchitis die Hoffnung, das Kind retten zu können; es starb jedoch am nächsten Morgen an Bronchopneumonie, wie mir berichtet wurde. Die Bronchitis war wohl durch Aspiration der sich um den Fremdkörper bildenden Schleimhautentzündungsprodukte, von denen ein grosser Theil aufwärts gelangte, verursacht und hätte wahrscheinlich vermieden werden können, wenn die Oesophagotomie sofort gemacht worden wäre.

Dieser Fall lehrt auch wieder, dass es nicht weise ist, die Oesophagotomie hinauszuschieben nachdem Extraktions- und Hinabstossungsversuche erfolglos geblieben sind. Es geht nicht immer so glücklich, wie in dem Ihnen vor einem Jahr demonstrirten Falle, wo ich so glücklich war, ein Vierteldollarstück noch vier Wochen nach dem Verschlucken aus dem Oesophagus eines 18 Monate alten Kindes durch den Münzenfänger zu entfernen.

Dr. C. BECK stellt ferner ein Mädchen vor, bei dem er wegen eines typhlitischen Processes die Laparatomie ausgeführt hat.

Patient, ein 13 Jahre altes Mädchen, aus gesunder Familie, (die Mutter hat eine Wanderniere), wurde vor fünf Wochen von mir laryngotomirt.

Die Krankengeschichte ergibt, dass die Patientin seit einem Jahre leidend ist und wegen Schmerzen in der Magengegend und leichten Druckgefühls bei der Athmung mehrere Aerzte consultirte, welche sie seit Juli vorigen Jahres theils unter der Diagnose Dyspepsie, theils Chlorosis und Endocarditis rheumatica behandelt haben sollen.

Im Juli letzten Jahres, und zwar zwei Tage nachdem sie einen Citronenkern verschluckt hatte, stellten sich unerträgliche Schmerzen in der rechten Seite, Druckempfindlichkeit, Erbrechen und Fieber ein.

Dr. RACHEL, welcher die Patientin damals behandelte, hatte die Diagnose Perityphlitis gestellt.

Nach zweiwöchentlicher Bettlage war Patientin zwar im Stande umherzugehen, aber nur in gebückter Stellung.

Die Schmerzen in der rechten Seite blieben seitdem constant und hatten sie bis zur Stunde der Operation noch nicht wieder verlassen.

Vor 2½ Monaten, als Patientin unter meine Beobachtung gelangte (sie war mir behufs Vornahme einer Operation von Dr. A. H. STIEBELING, welcher einen Tumor in der rechten Darmbeingrube entdeckt hatte, zugewiesen worden), fand ich eine mächtig harte Anschwellung in der Ausdehnung eines Gänseeis in der rechten fossa iliaca, zusammenhängend mit der Schaufel und nicht von derselben abzuheben. Die Temperatur war 99½, der schwache Puls 98 im Liegen. Der Appetit war sehr mangelhaft und das Aussehen anämisch.

Die Schmerzen, welche von der Patientin auf die der Anschwellung entsprechenden Stellung lokalisiert wurden, waren beständig vorhanden und konnten durch Druck nur mässig erhöht werden. Meine Wahrscheinlichkeitsdiagnose war: lokaler Entzündungsprocess als Folge einer vielleicht durch den Citronenkern entstandenen und nunmehr vielleicht abgelaufenen Perityphlitis.

Die Aspiration ergab Blut, also konnte es sich weder um ein seröses noch viel weniger um ein eitriges Exsudat handeln.

Ogleich mir die Patientin Zwecks Vornahme einer Laparotomie zugeschickt worden war, hielt ich es doch für Unrecht, dieselbe vor-

zunehmen, bevor ich nicht alle anderweitigen therapeutischen Massnahmen erschöpft hatte.

Ich versuchte demgemäss fünf Wochen lang durch Bettlage, durch heisse und Eisapplikationen, später durch Elektrizität und Massage einzuwirken, jedoch vergeblich. Opium war nur in ganz grossen Dosen von vorübergehendem Einfluss.

Zuletzt injicirte ich im ganzen vier Mal eine saturirte Jodoformäthersolution, nach welcher die Schwellung entschieden abnahm.

Die Schmerzen blieben jedoch dieselben. Deshalb entschloss ich mich vor nahezu fünf Wochen dann doch zum Bauchschnitt, bei welchem ich keine Schwellung mehr, wohl aber eine leichte Verdickung des peritoneum parietale und in der Ausdehnung von ungefähr vier Zoll Adhäsionen zwischen demselben und dem Wurmfortsatz fand, welche ich als das Produkt eines abgelaufenen perityphlitischen Processes natürlich auffassen zu müssen glaubte.

Zugleich aber stiess ich auf einen Befund, an welchen Niemand von uns vorher gedacht hatte.

Das Peritoneum theilweise und das Mesentirum sehr ausgedehnt war mit hunderten von Tuberkelknötchen von Stecknadel- bis Erbsengrösse besät.

Sollte die Entstehung derselben vielleicht durch Absorption eines vorher vorhanden gewesenen Exsudates ihre Anregung gefunden haben?

Ich habe hinzuzufügen, dass in der Bauchhöhle sich einige Esslöffel voll fetten Serums fanden.

Ich durchtrennte selbstverständlich die Adhäsionen und rieb die tuberkulösen Stellen mit Jodoformpulver ein.

Die Heilung fand ohne Reaktion statt, fünf Tage nach der Operation entstand ein Jodoformeczem, infolge dessen sich Patientin unaufhörlich kratzte, so dass die Hautwunden zum Klaffen kamen.

Wie Sie sehen, ist Patientin jetzt ganz ausserordentlich wohl. Die Schmerzen sind sofort nach der Operation total geschwunden und glaube ich diess auf Rechnung der Durchtrennung der Adhäsionen setzen zu dürfen.

Was aber wird die Zukunft bringen?

Es sind Fälle bekannt, wo nach einfacher Eröffnung der Bauchhöhle Heilung der Tuberkulose eintrat. Ich erinnere an den beinahe ungläublichen Fall von SPENCER WELLS, in welchem heute noch, 28 Jahre nachdem die Patientin irrthümlich wegen Ovarialtumors laparotomirt worden war und Bauchfelltuberkulose aufwies, noch völlig gesund sein soll.

Es muss etwas Wahrheit in der Theorie liegen, dass die Eröffnung der Bauchhöhle an und für sich einen ungeheuren Reiz auf die Bauchorgane ausübt, so dass dieselbe therapeutisch, — wie, wissen wir natürlich nicht—von einschneidendem Werth sein kann.

Ich beabsichtige binnen Kurzem Injektionen von Jodoformglycerin in das Cavum abdominis vorzunehmen und Roncegno-Wasser innerlich zu verabreichen.

#### Discussion.

GARRIGUES. Der Fall zeigt, wie wichtig es ist, Adhäsionen zu lösen; hier haben dadurch die Schmerzen aufgehört.

RACHEL kann nur das bestätigen, was Vortragender gesagt hat. Patientin war längere Zeit im Hospital und hat an Perityphlitis mit Fieber gelitten.

HEITZMANN fragt, was eigentlich die Heilung bei der Laparotomie in Fällen von tuberkulöser Peritonitis erzeugt?

EINHORN erwähnt, dass manche Autoren die Vermuthung ausgesprochen haben, dass das bei der Eröffnung der Bauchhöhle in dieselbe

hineinscheinende Licht jenen günstigen Einfluss auf die Beseitigung des tuberculösen Processes zustande bringe.

BECK. SENN hat die Theorie aufgestellt, dass die Resorption kleiner Mengen Flüssigkeit aus der Bauchhöhle einen günstigen Einfluss auf die Tuberkelknötchen ausübt.

GARRIGUES berichtet über einen Fall von Symphysiotomie und zeigt die bei dieser Operation in Betracht kommenden Instrumente.

#### Discussion:

C. HEITZMANN fragt, wieviel Platz durch die Symphysiotomie gewonnen wird.

GARRIGUES erwidert, dass in seinem Falle die Erweiterung  $1\frac{1}{2}$  Zoll betrug; allein zuweilen beträgt dieselbe viel mehr, bis 6 Zoll sogar; ausserdem hat man, nach Ausführung der Operation, mit weichem Gewebe zu thun; dadurch ist der Gewinn ausserordentlich gross.

#### Tagesordnung. (Eröffnung der Sitzung.)

Verlesung der Protokolle der November und December Sitzung.

Es folgt die angekündigte Ansprache des scheidenden Präsidenten, C. HEITZMANN; in derselben wird hervorgehoben, dass die wissenschaftliche Thätigkeit des Vereins im verflossenen Jahre eine zufriedenstellende gewesen sei; die Theilnahme an den Sitzungen sei jedoch keine rege gewesen; die Versammlung konnte oft erst spät eröffnet werden. Am Schluss zeigt H. die Photographie einer „Ivory Plant“, auf welcher die Verbindungen der einzelnen Zellen mit einander deutlich zu sehen sind.

Sodann hält J. W. GLEITSMANN, der neuerwählte Präsident, seine angekündigte Ansprache. Redner hebt hervor, dass er, obwohl Specialist, doch nie den Faden der Medicin verloren habe; der Specialist steht in Verbindung mit der ganzen Medicin. Redner setzt die Bedeutung der Laryngologie für die medicinische Wissenschaft auseinander und gibt im Anschluss daran eine Schilderung der Entwicklungsgeschichte der Laryngologie als Specialfach.

Abstimmung über die Kandidaten: L. DRUCKLIEB, ALFR. H. STIEBELING, H. HEIMAN und B. LAPOWSKI ergiebt deren Aufnahme zu Mitgliedern der Gesellschaft.

WEBER berichtet als Präses des Fest-Comité, dass die Kosten der Stiftungsfeier sich auf \$163 belaufen, und möchte den Verein um eine Bewilligung der Restsumme bitten.

Der Verein bewilligt die Zahlung der Restsumme und spricht ausserdem dem Fest-Comité seinen Dank aus für das prachtvolle Arrangement des abgehaltenen Stiftungsfestes.

EINHORN berichtet, dass er auf Veranlassung des Präsidenten HEITZMANN vom Vereine aus folgende Depesche an PASTEUR zu seinem 70jährigen Geburtstage geschickt hat:

LOUIS PASTEUR, Paris.

Félicitations cordiales au savant qui a créé la science microbiotique.

Société médicale allemande de New-York.

Die Kosten der Depesche betragen \$5.

C. HEITZMANN stellt den Antrag, EINHORN die Kosten zu ersetzen. Angenommen.

J. W. GLEITSMANN schlägt die Herren CARL F. KREMER, 112 E. 57. Strasse, F. STEFFEN (2. Ave. zwischen 12. und 13. Strassen) und JOS. BRAUNSTEIN, 61 Rivington Strasse, zu Mitgliedern vor.

Dr. ALFRED MEYER war durch Krankheit verhindert zu erscheinen; sein Vortrag wird auf die nächste Sitzung verschoben.

Hierauf hält Dr. GEO. W. JACOBY seinen Vortrag über: Motorische Neurosen des Herzens. (Ist in der „Medicinische Monatsschrift“ erschienen.)

Präsident GLEITSMANN dankt Vortragenden für den äusserst interessanten Vortrag.

WEBER stellt den Antrag die Discussion bis zur nächsten Sitzung zu verschieben. Nicht angenommen.

#### Discussion.

L. WEBER stimmt mit den Schlussworten JACOBY's überein, dass die Vorgänge der paroxysmalen Tachykardien sich häufig in der Medulla abspielen. Bei acut producirten Erschöpfungszuständen lassen sich, wie dies WEIR MITCHELL neulich in einem Vortrage hervorgehoben hat, Veränderungen in den Ganglienzellen nachweisen; daher können funktionelle Störungen anatomische Veränderungen zustande bringen. Oft lässt sich später Erkrankung des Herzens nachweisen, gewöhnlich ist es der Herzmuskel. Das Thema sei deswegen so wichtig, weil dadurch die Aerzte zur genauen Untersuchung veranlasst werden.

C. HEITZMANN hat selber an Tachycardie gelitten; vor 4 Jahren hatte Redner einen derartigen asthmatischen Anfall, dass er kaum gehen konnte. Als Ursache dieser Anfälle wurden verschiedene Dinge supponirt und so manches erfolglos dagegen angewandt. WUNDERLICH habe dann Redner darauf aufmerksam gemacht, dass die Anfälle durch zu viel Trinken von Flüssigkeit bedingt werden. Dieses traf zu, denn nach Verminderung der Wasserzufuhr hörten die Anfälle ganz auf. Später machte Redner eine Kaltwasserkur durch und bekam einen Anfall, der zwei Tage anhielt; er nahm ein Drastikum und genas. Die Hauptsache ist also nicht viel Wasser trinken.

MELTZER. Bei Tachycardie ist der Rythmus nicht wie im embryonalen Zustand. Es sind Fälle mit Druckerhöhung da, das ist der Grund, weswegen der Accelerans als Ursache beschuldigt wird. Bradycardie kann vorkommen, ohne dass etwas bei der Section gefunden zu werden braucht. Dass nicht alle Fälle von Tachycardie organisch werden müssen, beweist WOOD's Fall, wo ein Arzt 85 Jahre alt geworden war mit solchen Anfällen seit seinem 30ten Lebensjahre.

CAILLÉ. Die Unregelmässigkeit des Herzens kann erstens vorkommen von Krankheiten, zweitens ohne schwere Erkrankungen; in der Regel ist hier keine Cyanose vorhanden. Die Entscheidung ist nicht schwer.

RACHEL möchte hinzufügen, dass die Tachycardie nur dann als Neurose angesprochen werden kann, wenn sie lange genug beobachtet wurde. Redner erwähnt dann den Fall von TIEGEL, bei dem Tachycardie bestand und der später im Irrenhause starb. Wir sind noch nicht genügend mit den Feinheiten des inneren Stoffwechselchemismus bekannt; letzterer spielt höchst wahrscheinlich eine Rolle beim Zustandekommen dieser Herzanomalien.

WEBER stellt den Antrag, die fernere Discussion zu verschieben. Wird angenommen.

JACOBY. HEITZMANN hat nicht unterschieden zwischen Tachycardie, Bradycardie und Intermissionen. MELTZER gegenüber möchte er bemerken, dass in seinen Fällen die Diastole von der Systole nicht zu unterscheiden war; ob Bradycardie paroxysmal eintritt, darüber habe er keine Erfahrungen. RACHEL's Fall betraf eine permanente Tachycardie. Redner stimme CAILLÉ zu. Die Prognose kann im Allgemeinen nicht in der Herzuntersuchung gefunden werden.

F. LANGE schlägt vor, dass ein Thema von allgemeinem Interesse einmal jeden 2ten Monat im Verein verhandelt wird.

Schluss und Vertagung.

Dr. MAX EINHORN,  
protokollirender Sekretär.

## Nekrolog.

## JEAN MARTIN CHARCOT.

Die ganze Medizin, aber besonders die Neurologie, hat in dem Tode dieses berühmten Arztes einen schweren Verlust erlitten.

Seit etwa 30 Jahren steht die französische Neurologie, so zu sagen, unter der Herrschaft dieses Mannes, und bei ihm wird das Sprichwort: „Es gilt kein Prophet in seinem eigenen Lande“, widerlegt. Dass CHARCOT ausserhalb Frankreich nicht in demselben Maasse wissenschaftlich gewürdigt wird, als in seiner Heimath, sollte durchaus nicht zu seinem Nachtheil ausgelegt werden. Er war unstreitig ein Mann von ausserordentlicher Begabung, von sprühendem Geist und ein geborener Lehrer.

Der Tod CHARCOT's trat ebenso plötzlich wie unerwartet ein, obgleich er schon seit einiger Zeit sich nicht der besten Gesundheit erfreute. Er starb in dem Walde von Morvan, wohin er zur Erholung gereist war.

J. M. CHARCOT wurde am 29. November 1825 zu Paris geboren, war daher zur Zeit seines Todes im 68ten Jahre. Er studierte an der Pariser Universität, wurde im Jahre 1848 „interne des Hopitaux“ und promovirte 5 Jahre später.

1860 gelangte er zum Professoriat, und bald darauf entstand die Verbindung mit dem Hospital Salpêtrière, welche sich erst mit seinem Tode löste.

1873 wurde er Professor der Pathologischen Anatomie, welche Stellung er 1882, als für ihn ein specieller Lehrstuhl der Nervenheilkunde gegründet wurde, seinem Schüler und Freunde Prof. CORNIL abtrat.

Alle Ehren, welche einem Arzte zu Theil werden können, hat er während dieser Zeit genossen, und besonders in den letzten Jahren hat sich sein Ruf so in allen Ländern verbreitet, dass es wohl nur wenige bemittelte Nervenranke giebt, die ihn nicht wegen ihres Leidens consultirt haben.

Wenn man die Neurologie von heute betrachtet, so ist es kaum erfasslich, wie weit unser Wissen auf diesem Gebiete vor 30 Jahren zurück war. Als CHARCOT damals seine Arbeit an der Salpêtrière anfang, war diese Anstalt nichts weiter als eine Rumpelkammer für Nervenranke und die 5000 weibliche Insassen, welche er damals vorfand, wurden in Schwachsinnige, Idiotische, Epileptische oder Gelähmte, eingetheilt. Eine bessere Classification der Nervenkrankheiten existirte nicht.

Diese unerschöpfbare aber vernachlässigte Grube von neuropathologischem Material, entwickelte sich nun durch die unermüdliche Arbeitskraft CHARCOT's, durch das Ausführen von schulgerechten Sectionen, und infolge der Einführung eines wohl organisirten Laboratoriums, in welchen gediegen histologisch gearbeitet wurden, zu einer solch hohen wissenschaftlichen Organisation, dass dieselbe für die ganze neurologische Welt als Muster galt. Jeder der sich für die sich neu entwickelnde Nervenheilkunde interessirte, wanderte nach Paris, um an dieser unvergleichbaren Quelle Wissen zu schöpfen. Nicht die dort zu findenden interessanten Fälle waren es, welche diese Anziehungskraft ausübten, sondern lediglich die vorzüglichen Eigenschaften CHARCOT's selbst. Als Kliniker war er ein würdiger Nachfolger der berühmtesten französischen Pioniere auf dem Gebiete der inneren Medizin, und war bei ihm die Eingebung, der „tactus eruditus“ ausserordentlich entwickelt; diese Eigenschaft, zusammen mit einer fast unvergleichbaren Beobachtungsgabe, mit einem logisch gesunden

Urtheil, und einer unverwüstbaren Ausdauer, waren die Grundzüge CHARCOT's Charakters, die ihm schliesslich zu dem stempelten, was er geworden ist. Seine Eigenschaft, genau zu beobachten, liess ihm Nichts entgehen, so dass er das bis dahin als erledigt betrachtete Kapitel der Medizin, neue klinische Thatsachen constatirte, von diesen wieder logisch die sie hervorbringenden pathologischen Prozesse ableitete und so vollständig neue Typen creirte. Kapitel über Krankheiten des Nervensystems, an welchen nichts neues zu entdecken war, hat es so kunstvoll umgearbeitet und so frisch und interessant beschrieben, dass sie einem Jeden wie neu vorkamen. Daher kommt es, dass kaum ein klinisches Kapitel in der Neurologie existirt, welches nicht auf der einen oder der anderen Art den Siegel CHARCOT's trägt.

Seine Hauptwerke sind die „Vorlesungen über Nervenkrankheiten“ und diejenigen über „Gehirnlocalisation.“ In diesen Werken finden wir die Fortschritte in der Nervenpathologie niedergelegt, welche mit dem Namen CHARCOT auf ewig verknüpft sein werden.

Die Pathogenie der Gehirnblutungen, die Unterscheidung der disseminirten Sclerose von anderen Formen des Tremors, die Beschreibung der amyotrophischen Laturalsclerose, die Symptome der Syringomyelie, und die Beschreibung der bei Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen auftretenden Arthropathien, sind einige der Resultate seiner wissenschaftlichen Thätigkeit.

Auf einem anderen Theile der Neurologie hat sich CHARCOT, wenn möglich, mit noch grösseren Lorbeeren bedeckt; das grosse Feld der Hysterie und des Hypnotismus hat er gänzlich umgegraben und frisch bepflanzt. Wer will es jetzt entscheiden, ob die Ernte eine der Arbeit entsprechende ist!

Was diese Arbeit anbelangt, ist CHARCOT vielfach Ziel stärkerer ausländischer Angriffe gewesen, welche sich nicht nur auf seine wissenschaftliche Thätigkeit beschränkten, sondern auch seine Integrität als Mensch anfochten.

Bei Beurtheilung dieser letztgenannten Arbeiten sollten wir niemals vergessen, dass das ihm zur Verfügung stehende Material, französische Hysterie im Treibhaus der Salpêtrière gezüchtet, ein ganz individuelles war; ein Material, welches sich von dem in anderen Ländern gefundenem gänzlich unterscheidet. Kein Wunder also, wenn die von ihm gewonnenen Resultate von anderen Forschern nicht bestätigt werden konnten.

Auch auf dem allgemeinen Gebiete der Medizin hat CHARCOT sich ausgezeichnet; hierfür legen seine Schriften über Gicht und Lungenkrankheiten Zeugnis ab.

Ganz abgesehen von seinen Veröffentlichungen hat CHARCOT durch seine praktische Thätigkeit die contemporane Medizin stark beeinflusst. Seine Individualität war eine ausgeprägte und hinterliess auf Jeden, der mit ihm in Berührung kam, einen dauernden Eindruck.

Vielleicht am meisten hat er durch seine Vorlesungen gewirkt; diese, mit besonderer Klarheit und Enthusiasmus gehalten, zogen fast „tout Paris“ an. Leider nicht nur das medizinische Paris; Sensationshascher, Zeitungsschreiber, Neuropathen aller Sorten, fanden sich bei diesen Vorträgen ein, so dass sie die, ihnen oft beigelegte Bezeichnung „theatralisch“ wirklich verdienten. Aber der Einfluss dieser Vorträge und seiner Persönlichkeit auf jüngere Aerzte war ein unermesslicher, und einer, welcher schon längst begonnen hat, gute Früchte zu tragen.

SOULIER, CORNIL, BOUCHARD, LÉPINE, BOURNEVILLE, JOFFROY, GOMBAULT, DÉBOVE, PITRES, RICHER, FÉRE, MARIE und Viele mehr sind wissenschaftliche Factoren, welche CHARCOT viel zu verdanken haben.

Diese Namen bilden die Bausteine des schönsten Monuments, welches dem Namen CHARCOT gesetzt werden kann.

Prof. Dr. Sommerbrodt, bekannt durch die wesentlich seinen Arbeiten zu dankende Einführung der Kreosotbehandlung bei Phthise, ist am 14. August in Breslau verstorben (geb. 1839).

### Allerlei.

Die Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York hat ihre regelmässigen Sitzungen nach den Ferien wiederum am 11. September aufgenommen. Für die October Sitzung ist als Thema im Voraus ein Vortrag „Ueber die Grenzen der medicinischen und chirurgischen Behandlung bei Nierenkrankheiten“ angekündigt. Mitglieder, welche sich an der Discussion zu betheiligen wünschen, werden aufgefordert, ihre Namen bis zum 20. September an den Präsidenten (Dr. J. W. GLEITSMANN) einzuschicken.

Der Pan-Amerikanische Congress wurde am 5. September in Washington, im Beisein des Präsidenten der Vereinigten Staaten, welcher die Mitglieder und Gäste des Congresses in einer kurzen Ansprache begrüßte, eröffnet. Die Zahl der Theilnehmer betraf ungefähr 1000 Aerzte. Die Amerikanische Regierung hat eine Reihe von Festlichkeiten und Ausflügen zu Ehren der Delegirten und Gäste veranstaltet und zu diesem Zweck einen Betrag von 15,000 Dollars assignirt.

Der Oberinspector des hiesigen städtischen Bureau's für Pathologie, Bakteriologie und Desinfection, Dr. HERMANN W. BIGGS, hat dieser Tage dem Präsidenten WILSON von der Gesundheitsbehörde seinen Bericht über die Resultate der Untersuchung bakteriologischer Kulturen in Fällen, wo man wirkliche Diphtherie vermuthete, vorgestellt. Seit dem 6. Mai d. J. sind 431 Fälle anscheinender Diphtherie untersucht worden; die bakteriologische Untersuchung, die in jedem einzelnen Falle vorgenommen wurde, hat ergeben, dass *nur ein Drittel* dieser Fälle wirkliche Diphtherie zeigte.

Die „Smithsonian Institution“ in Washington macht Folgendes bekannt:

Im October 1891 hat THOMAS GEORGE HODGKIN, New York, dem genannten wissenschaftlichen Institut ein Kapital geschenkt, von dessen Zinsen ein Theil zur „Vermehrung und Verbreitung exacter Kenntnisse über Natur und Eigenschaften der atmosphärischen Luft in Beziehung zur Wohlfahrt der Menschheit“ verwendet werden soll. Um dem Wunsch des Spenders nachzukommen, hat das Institut folgende am 1. Juli 1894 oder später zu vertheilende Preise angesetzt:

1. Einen Preis von 10,000 Dollars für eine Arbeit, die eine neue und wichtige Entdeckung über Eigenschaften und Natur der atmosphärischen Luft zu Tage fördert: die Entdeckung kann nicht nur im Gebiet der Meteorologie, sondern auch in dem der Hygiene, Physik oder irgend einer der biologischen Wissenschaften liegen.

2. Einen Preis von 2,000 Dollars für die beste Arbeit über:

a) die bekanntesten Eigenschaften der atmosphärischen Luft in ihren Beziehungen zur Forschung auf jedem beliebigen naturwissenschaftlichen Gebiet und die Wichtigkeit des Studiums der Atmosphäre im Hinblick auf diese Beziehungen.

b) die Richtung zukünftiger Forschung im Zusammenhang mit der Unvollkommenheit unserer gegenwärtigen Kenntnisse und ihrer Beziehungen zu anderen Wissenschaften.

Die ganze Arbeit soll für die Zukunft den Weg weisen, auf dem man am besten zu erspriesslichen Resultaten auf dem durch die HODGKIN Stiftung zu fördernden Gebiet gelangen kann.



3. Einen Preis von 1000 Dollars für die beste populäre Abhandlung über die atmosphärische Luft, ihre Eigenschaften und Beziehungen (auch zur körperlichen und geistigen Hygiene). Diese Abhandlung braucht nicht mehr als 20,000 Worte lang zu sein und soll einfach und allgemein verständlich geschrieben sein.

4. Es soll eine Medaille unter dem Namen „The HODGKIN'S Medal of the Smithsonian Institution“ gestiftet werden, die jährlich oder alle zwei Jahre vertheilt wird für wichtige Bereicherung unserer Kenntniss der atmosphärischen Luft oder für praktische Verwendung unserer vorhandenen Kenntnisse im Interesse der menschlichen Wohlfahrt. Die Medaille wird aus Gold sein und ihr wird ein Duplicat aus Silber oder Bronze beigegeben.

Die Arbeiten können in englischer, deutscher, französischer und italienischer Sprache verfasst sein und müssen bis zum 1. Juli 1894 dem Secretär der Smithsonian Institution, Washington, eingesandt werden; nur die Arbeiten für den ersten Preis können auch bis zum 1. December 1894 eingeliefert werden.

Die neu begründete medicinische Facultät der „Johns Hopkins University“ wird am 2. October d. J. zum ersten Male ihre Thore eröffnen. Auch Frauen werden zum Studium der Medicin in dieser reich ausgestatteten und mit den besten Lehrkräften versehenen Anstalt zugelassen werden.

Prof. v. Helmholtz ist am 21. August in Chicago eingetroffen und mit den Ehren empfangen worden, zu denen der berühmte Forscher berechtigt ist. Am Bahnhof hatten sich eine Anzahl der gegenwärtig in Chicago sich aufhaltenden Elektriker und Physiker, sowie Vertreter der deutschen Ausstellungs-Kommission eingefunden, und die Presse ohne Ausnahme bewillkommnete ihn in spaltenlangen Artikeln als einen der grössten Forscher und verdienstvollsten Gelehrten der Zeit. Unter den Herren, die sich am Bahnhof zum Empfange eingefunden, befanden sich Professor GRAY, der bekannte Elektriker, und der Präsident der Chicagoer Filiale der Firma Siemens & Halske, MEISENBURG, bei dem Herr v. Helmholtz auch abgestiegen ist. Am Nachmittag erschien er bereits im Kunstpalast, wo am selben Tage der Kongress für Elektriker und Physiker eröffnet wurde. Ihm wurde bei seinem Erscheinen eine Ovation dargebracht. Helmholtz kommt hierher als Delegirter der deutschen Regierung; sein Bestreben ist darauf gerichtet, ein internationales Maass für elektrische Kraft zu vereinbaren. Mit ihm wird THOMAS ALVA EDISON die Ehren des Kongresses theilen, zumal fast alle bedeutenden Regierungen, so die Vereinigten Staaten, Deutschland, Frankreich, Italien, die Schweiz, England, dann Mexico, China und Britisch Nord-Amerika Delegirte offiziell hierher gesandt haben.

Von einem Herrn FREDERICK CHEVALIER ist bei der Pariser Academie de Medicine ein Preis von 6000 Frans gestiftet worden, welcher alle zwei Jahre dem Verfasser der besten französischen Arbeit über die Phthisis und ihre Behandlung verliehen werden soll.

Fürst Ferdinand von Bulgarien hat die Gründung einer den Anforderungen der modernen Wissenschaft entsprechenden medicinischen Facultät in Sofia beschlossen.

Der bekannte Gynäkologe, Prof. Dr. GUSTAV VEIT in Bonn, tritt mit dem nächsten Semester in den Ruhestand. An seiner Stelle is Prof. Dr. HEINRICH FRITSCH von der Universität Breslau zum Director der Bonner geburtshülflichen Klinik ernannt worden.

Als Nachfolger Kahler's zum ordentl. Professor und Director der zweiten medicin. Universitäts-klinik in Wien ist Privat-Dozent Dr. EDMUND NEUSSER ernannt worden.

Der durch den Tod des Prof. KUNDRAT in Wien vacant gewordene Lehrstuhl der Pathologischen Anatomie ist durch die Ernennung des Prof. WEICHSELBAUM besetzt worden.

Der Kurort Franzensbad in Böhmen hat kürzlich die Feier des Jubiläums seines einhundertjährigen Bestandes begangen. Anlässlich desselben wurde zur bleibenden Erinnerung an diese Feier eine Festschrift herausgegeben.

Eine interessante Narkosen-Statistik wurde auf dem letzten (22ten) Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin bekannt gegeben. Dieselbe umfasst 157,815 Narkosen mit 53 Todesfällen. Auf die einzelnen Anästhetica vertheilt sich die Mortalität in folgender Weise: Unter 130,609 Chloroformnarkosen finden sich 46 Todesfälle, das entspricht einem Todesfall auf 2839 Narkosen; unter 14,506 Aethernarkosen findet sich kein Todesfall. Die gemischte Chloroformäthernarkose ergibt einen Todesfall auf 4118. Die Narkose mit der BILLROTH'schen Mischung (Chloroformätheralkohol) umfasste 3450 Fälle ohne Todesfall; die Bromäthylnarkose 4538 mit 1 Todesfall. Die 597 Narkosen mit Pental ergaben 3 Todesfälle, d. i. 1:199. Schwere Asphyxieen sind wiederholt vorgekommen; 41 mal wurde erfolgreich die Tracheotomie gemacht. Das Chloroform im unvermischten Zustande allein ist in Deutschland und den Nachbarländern mehr als dreimal häufiger als andere Narkotica angewendet worden. Das Pictet'sche Chloroform, welches in 708 Fällen zur Anwendung kam, ist keinesweges als ungefährlich zu bezeichnen, indem es, abgesehen von einem im vorigen Jahre konstairten Todesfall, bei 666 Narkosen 3 Todesfälle veranlasst hat.

Dr. Robert E. Watkins, ein Graduirter der „University of New York“, welcher die Behauptung aufgestellt, dass Schwindsucht nicht ansteckend und der Tuberkel-Bacillus keineswegs als Krankheits-erregter zu betrachten sei, hat den praktischen Beweis für seine Theorie angetreten, indem er sich dieser Tage im Laboratorium des Dr. LOOMIS an Ost 26. Strasse eine Dosis des in Rede stehenden Bacillus reiner Züchtung einspritzen liess. Dr. W. ist der Ansicht, dass Schwindsucht nur bei solchen Personen ausbrechen kann, die hygienisch nicht richtig leben und deren Blut bereits von gewissen Lebewesen, die er „Tuberkel-Korpuskeln“ nennt, inficirt ist. Der Bacillus kann nur in dem Blute existiren, in welchem diese Korpuskeln vorhanden sind. Um nun zu beweisen, dass der Bacillus an und für sich unschädlich ist, hat er das Experiment unternommen, sich den Bacillus einspritzen zu lassen, und die Zeit wird lehren, ob er Recht hat. Er liess sich schon im vorigen Jahre, zur Zeit der Cholera, in Paris den Cholera-Bacillus inokuliren und, obschon er einen heftigen Anfall der asiatischen Cholera durchmachte, genas er doch vollständig. Er hält das jetzige Experiment weniger gefährlich, als das Pariser.

## Therapeutische Notizen.

Dr. G. SITTMANN hat im medicinisch-klinischen Institut zu München Untersuchungen über die Wirkung des **Papain bei Magenerkrankungen** angestellt und berichtet über die Ergebnisse in Nr. 29 der „Münchn. med. Wochenschr.“: Das Papain ist ein Pflanzenproduct und wird gewonnen aus der Frucht der *Carica Papaya*; es stellt ein weissgelbes lockeres Pulver dar, von eigenthümlich brenzlichem, würzigem Geruch und an gekochte Bratensauce erinnerndem Geschmack. Seine chemische Wirkung besteht darin, dass es das Eiweiss ganz energisch auflöst. Verordnet wurde das Mittel in Dosen von 0.3–0.5, mit etwas Wasser zu einem dünnflüssigen Brei angerührt und sofort ohne Oblaten nach Nahrungszufuhr, die hauptsächlich aus Fleisch bestand, zu nehmen. Bei acutem Magencatarrh zeigte sich die günstige Wirkung nach 2–3 Dosen. Zuerst verschwanden die Schmerzen; circa 24 Stunden nach Beginn der Medication war der Appetit zurückgekehrt. Bei chronischem Magencatarrh war der Heilverlauf ein längerer, bis zur Dauer von 14 Tagen. In drei Fällen von chronischer Dyspepsie nach Ulcus wich die Appetitlosigkeit nach einer Woche. Zwei Fälle von Carcinoma ventriculi, die später zur Autopsie kamen, zeigten während des Gebrauches des Papains Verminderung der Schmerzen nach der Mahlzeit. Während vor Beginn der Behandlung in dem Magen  $3\frac{1}{2}$  Stunden nach der Aufnahme von circa 150 Grm. Fleisch die Fleischstücke nahezu unverändert waren, liess sich zwei Stunden, nachdem die gleiche Menge Fleisch mit 0.5 Papain zusammen eingeführt war, nur ein gleichmässig dünnflüssiger Brei aushebern, in dem sich eine Spur Salzsäure, die vorher gefehlt hatte, vorfand. Sehr günstig wirkte das Mittel bei der Magenerweiterung. Bei allen Fällen sind die dyspeptischen Erscheinungen zurückgegangen. Auch bei Neurosen des Magens, bei Hysterischen und Neurasthenikern erzeugt das Mittel, wenn auch nur vorübergehend, Besserung. — Es dürfte sich empfehlen, an Stelle des von ROSSBACH seinerzeit empfohlenen Papayotin das billigere und wirksamere Papain zu benützen, um die diphtheritischen Membranen aufzulösen und so der localen, antiseptischen Behandlung den Angriffspunkt näherzurücken; in diesem Falle ist es rathsam, von wässerigen Lösungen abzusehen, da diese sich sehr leicht zersetzen, sondern lieber die zu einmaliger Pinselung nothwendige Menge des Pulvers in einem reinen Uhrschildchen mit Wasser zu einem dicken Brei anzurühren und diesen auf die Membranen aufzutragen.

**Um Kreosot** behufs Anwendung als Klysma in Wasser löslich zu machen, verwendet CARLES (Bordeaux) eine Mischung von 10 g. Kreosot mit 80.0 Tinctura Quillajae und 60.0 Wasser; ein Esslöffel dieser Lösung enthält demnach 1.0 Kreosot und gibt mit Wasser verdünnt eine vollkommene Lösung des Medicamentes. Dieselbe ist absolut beständig, so dass der Kranke in den Stand gesetzt ist, die Klysmen sich selbst zu appliciren. (Journ. de med. de Bordeaux, 1893, No. 16.)

**Als vorbeugendes Mittel gegen Seekrankheit** werden Bromkali und Chloralamid, je 2 Theile auf 30 Theile Wasser empfohlen; hiervon, je nach Bedarf 1 bis 2-stündlich ein Kaffeelöffel.

Die einstimmig günstigen Berichte über das von der „SCHERING'schen Fabrik“ producirte und neulich von uns erwähnte **Diabetin** (Levulose), welches durch seinen verhältnissmässig niedrigen Preis auch minder bemittelten Zuckerkranken zugänglich ist, haben eine Reihe von Klinikern und Aerzten veranlasst, diesen als Ersatzmittel für den

gewöhnlichen Zucker, von solchen Autoritäten wie KÜLZ, EPSTEIN, LEYDEN, MINKOWSKI, empfohlene Präparat ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden. Aus letzterer Zeit liegen Veröffentlichungen vor von Dr. HANS v. HEBRA (Wien), Dr. G. KLEMPERER und Stabsarzt Dr. H. HEYSE (Berlin), welche sich ebenfalls über Nährwerth, Unschädlichkeit für Diabetiker und angenehmen Geschmack des Diabetins in vortheilhafter Weise aussprechen.

Die Mischung verschiedener Antiseptica, wie sie von ROTTER bereits ausgeführt worden ist, wird neuerdings von CHRISTMAS befürwortet, weil einerseits eine stärkere antiseptische Wirkung hervorgebracht wird, während die toxische Wirkung bei den geringeren Mengen der einzelnen Antiseptica in den Hintergrund tritt. CHRISTMAS verwendet zu seiner Mischung Carbonsäure, Salicylsäure, Milchsäure und Menthol im Verhältniss von 9 : 1 : 2 : 0,001. Die 3 Säuren werden unter Erhitzen gelöst und die Mischung, welche *Phenosalyl* genannt wird, löst sich in Wasser bis zu 4 Proc. und ist sehr leicht löslich in Glycerin. Die Mischung, welche besonders in ihrer Wirkung auf Culturen des *Staphylococcus pyog. aureus* geprüft wurde, ist zwar dreimal schwächer als Sublimat, dagegen stärker wirkend als Creolin, Solveol, Lysol, Carbonsäure u. A. (Annal. de l'Inst. Pasteur, VI. No. 5.)

Dr. I. N. LOVE (Southern California Practitioner, July, 1893), sowie eine Reihe anderer amerikanischer Aerzte (The Medical Brief, June, 1893) berichten über sehr günstige Erfolge, die sie in der Behandlung der Fettsucht mit **Phytoline** (WALKER) erzielt haben. Das Phytoline ist keine Patent-Medizin, auch kein künstlich zusammengesetztes Arzneimittel: es ist das active Princip aus den Beeren von *Phytolacca Decandra*. Unangenehme Nebenerscheinungen beim Gebrauch dieses Mittels, welches gewöhnlich in Dosen von 10 Tropfen etwa 6mal täglich verschrieben wird, sollen bisher nicht beobachtet worden sein. Es wird versichert, dass bei consequentem Gebrauch des Phytoline's die Fettreduction bis 30 Pfund im Monat betragen soll!

Dr. WICKE in Heinrichsthal (Intern. klin. Rundschau, 29. Jan. 1893) macht auf die auffallend rasche anaesthetische Wirkung, welche das **Dermatol** über einen Lapisschorf ausübt, aufmerksam.

Als wirksames **Enthaarungsmittel** empfiehlt BUTTE (Monatschrift für pract. Dermatologie, 1893) das Jodcollodium, welches 3 oder 4 Tage hintereinander ziemlich dick auf die betreffenden Stellen aufgestrichen werden soll. Nimmt man darauf die Collodiumhaut ab, so haften an ihrer Innenseite die zu entfernenden Haare an. Besonders geeignet soll Jodcollodium von folgender Zusammensetzung sein:

Alkohol .....	12,0
Jod .....	0,75
Collodium .....	35,0
Ol. Terebinth .....	1,5
Ol. Ricini .....	2,0

**Antinervin**, ein neues Kopfwehmittel, entpuppte sich nach einer Analyse als eine mechanische Mischung von 50 Proc. Acetanilid, 25 Proc. Salicylsäure und 25 Proc. Bromammonium.

### Büchertisch.

- 1) **Arbeiten aus der Medicinischen Klinik zu Leipzig**, herausgegeben von Dr. H. CURSCHMANN. Lpz., F. C. W. VOGEL, 1893.

Diese Sammlung bildet einen Theil der Arbeiten, welche während der letzten 4 Jahre in der Leipziger medicinischen Klinik geleistet wurden und besteht aus anatomischen, experimentellen und klinischen Beiträgen zur Pathologie des Kreislaufs. Der Inhalt der Abhandlungen ist folgender: 1) Beiträge zur Herzinnervation (W. HIS jr. und E. ROMBERG), 2) Die Thätigkeit des embryonalen Herzens und deren Bedeutung für die Lehre von der Herzbewegung beim Erwachsenen (W. HIS jr.), 3) Ueber die Bedeutung des Herzmuskels und der Herzganglien für die Herzthätigkeit des Säugethiers (L. KREHL und E. ROMBERG), 4) Ueber die Erkrankungen des Herzmuskels bei Typhus abdominalis, Scharlach und Diphtherie (E. ROMBERG), 5) Ueber primäre chron. Myocarditis (K. KELLE), 6) Beitrag zur Kenntniss der idiopathischen Herzmuskelerkrankungen (L. KREHL), 7) Beitrag zur Pathol. der Herzklappenfehler (L. KREHL), 8) Herz-Syphilis, 9) Ueber eine eigenthümliche Localisation des systol. Geräusches, besonders bei frischen Mitralklappen-Fehlern, 10) Ueber schwierige Paranephritis, besonders bei Erkrankung der Aortenklappen, 11) Die Sclerose der Brustaaorta, 12) Besserungen und Heilungsvorgänge bei Aneurysmen der Brustaaorta (8 bis 12 von H. CURSCHMANN), 13) Beitrag zur pathol. Anatomie der Herz-Syphilis (R. KOCKEL), 14) Ueber Sclerose der Lungenarterie (E. ROMBERG), 15) Zur Differentialdiagnose des Aneurysms der Brustaaorta (W. STRENG), 16) Ueber Herzkrankheiten bei Gonorrhoe (W. HIS), 17) Zur Kasuistik der gestielten Herzpolypen und der Kugelthromben (KRUMBHOLZ).

- 2) **Atlas der Pathologischen Gewebelehre in microphotographischer Darstellung**, herausgegeben von Dr. C. KARG und Dr. SCHMARI, mit einem Vorworte von Prof. F. V. BIRCH-HIRSCHFELD. 27 Tafeln in Kupferätzung mit Texterklärung. Leipzig, Verlag von F. C. W. VOGEL, 1893.

Inhalt der 6 Lieferungen: 1) Zelle und Kern, Tuberculose; 2) Degenerationen, Concremente, Atrophie, Hypertrophie und Circulationsstörungen; 3) Acute und chronische Entzündungen und Wundheilung; 4) Bakterien, specifische Entzündungen, Infectionsgeschwülste; 5) Syphilis und erster Theil der Geschwülste; 6) zweiter Theil der Geschwülste, Supplementtafel und technische Einleitung. — Die Abbildungen sind naturgetreu und mustergültig. Preis für sämtliche 6 Lieferungen 50 Mark.

- 3) **Deutscher Vierteljahresbericht für öffentliche Gesundheitspflege**, redigirt von Dr. A. SPIESS und Dr. M. PISTOR, Braunschweig 1893. 25ter Band, 3 Hefte.

Das dritte Heft dieses reichhaltigen Bandes ist Prof. MAX v. PETTENKOFFER, zur Feier seines 50-jährigen Doctor-Jubiläums, gewidmet und enthält u. A. eine biographische Skizze des berühmten Jubilars von Prof. LEHMANN in Wurfbach und einen Aufsatz über „Pettenkoffer als populären Schriftsteller“ von Kreisphysikus Dr. ROTH in Köslin.

- 4) **The Pharmacopoeia of the United States of America, 7th Decennial Revision (1890)**. By Authority of the National Convention for revising the Pharmacopoeia, held at Washington, A. D. 1890. Official from January 1st, 1894. Philadelphia, 1893.

- 5) **Archives of the Cincinnati College of Medicine and Surgery**, Cincinnati, 1893. Vol. I.  
Enthält 12 Abhandlungen über klinische Themata verschiedenen Inhalts.
- 6) **Zymotic Diseases in Chicago**. Sanitary Exhibit of the Illinois State Board of Health. Springfield, Ill., 1893.  
Mit Karten, Tafeln und Diagrammen.
- 7) **Ansteckung, Ansteckungsfurcht und die bakteriologische Studie**. Von Prof. Dr. OTTOMAR ROSENBACH (Breslau). Stuttgart, Zimmer's Verlag 1892.

---

### Briefkasten.

Berichtigung zu Dr. Frederic E. Sondern's Aufsatz über den Werth der Centrifuge für die klinische Diagnose.

Herr Dr. SONDERN geht von der, ich weiss nicht wie gewonnenen, Voraussetzung aus, dass meine Kreisel-Centrifuge 300 Umdrehungen in der Minute mache und vermuthet, obwohl ihm jede praktische Erfahrung mit dem Apparate fehlt, dass die Leistungsfähigkeit derselben unter der des STENBECK'schen Apparates zurückstehe.

Dem gegenüber erlaube ich mir festzustellen, dass mein Apparat nach wiederholt ausgeführten Messungen 3000 Revolutionen in der Minute macht. Die Kritik, die der genannte Autor an demselben übt, beruht also auf falschen Prämissen und ist vollkommen hinfällig.

Wien, am 8. August 1893.

Prof. G. GAERTNER.

---

### Personalien.

VERZOGEN: Dr. HOWARD LILIENTHAL, nach 33 East 31. Street.  
Dr. ALFRED N. STROUSE, nach 72 West 55. Street.

---

### An die Leser.

*Geschäftliche Zuschriften*, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York.

*Manuscripte*, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

DR. MAX EINHORN, 107 East 65th St.

# New Yorker Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

unter Mitwirkung von

Dr. J. Brettauer, Dr. W. Freudenthal, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. H. Goldenberg,  
Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Krug, Dr. S. J. Meltzer,  
Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. A. Schapring, Dr.  
A. Seibert, Dr. F. Torek, Dr. S. Welt, Dr. Ad. Zederbaum.

Redigirt von

Dr. MAX EINHORN.

---

General Agenten: The International News Co., 85 Duane Street, New York.

Verlag der Medical Monthly Publishing Co.,

C. KAHLER, Geschäftsführer, 17-27 Vandewater Street, New York.

---

Bd. V.

New York, 15. October 1893.

No. 10.

---

## ORIGINALARBEITEN.

### I.

#### Empyem und seine Behandlung.\*)

Von

Dr. CARL BECK.

New York,

Herr Präsident! Meine Herren!

Von allen sogenannten chirurgischen Krankheiten erscheint wohl kaum eine andere von so ausgeprägter New Yorker Prävalenz, als der Pyothorax.

Der rasche Witterungswechsel, wie er speziell in New York und Umgegend vorherrscht, ist wohl in erster Linie als prädisponirendes Moment für die Frequenz der Pneumonie resp. Pleuropneumonie aufzufassen, und diese hinwiederum liefert in überwältigender Majorität das Material zur Aetiologie des Empyems.

Wenn Zahlen beweisen, so kann ich seine autochthone New Yorker Signatur schon durch die Thatsache demonstrieren, dass ich im Lauf von elf Jahren 136 Fälle von Empyem in hiesiger Stadt operirt habe.

Mit der einzigen Ausnahme KOENIG's (76 Fälle während 12 Jahren) weisen die meisten chirurgischen Berichte zwischen 10 und 35 Fälle

---

\*) Vortrag, gehalten in der Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 11. Sept. 1893.

(In englischer Sprache gehalten vor dem Panamerikanischen Congress in Washington, am 8. Sept. 1893.)

auf, welche ungefähr während derselben Zeitdauer operativ behandelt wurden. Selbst „The Universal Medical Journal“, Philadelphia, veröffentlicht in seiner letzten Ausgabe (Juni 1893) eine Serie von Empyemoperationen, welche von J. C. Holt in Christiania vom Jahre 1874 bis 1891 vorgenommen wurden.

Beim Studium derselben soll der Leser den Eindruck gewinnen, als ob die von dem genannten Autor behandelten 23 Fälle eine grosse Zahl repräsentirten.

„The St. Louis Clinique“ (Arnot Spence, Februar 1893) entblödet sich sogar nicht, von der Beobachtung zweier Fälle „klassische“ Regeln ableiten zu wollen.

Dass unter den Auspicien antiseptischen Könnens die Frage, ob man aspiriren, incidiren oder reseciren soll, immer noch schwebt, ist eine grosse und mit dem Leben von Hunderten zu zahlende Misère.

Die Erklärung derselben möchte wohl vor Allem darin zu suchen sein, dass der Kliniker sich verführen lässt, chirurgische Probleme lösen zu wollen, welche er allzusehr durch die Perspektive interner Methoden betrachtet, so dass es nicht zu verwundern ist, wenn er hierbei einmal auf die Sümpfe spekulativer Deduktionen geräth.

Zur Illustration meiner Behauptung gestatten Sie mir mitzutheilen, dass ich letztes Jahr aus dem Munde eines Chefs der chirurgischen Abtheilung einer europäischen Universitätsstadt (mit 500,000 Einwohnern) vernahm, dass während des vorhergehenden Jahres nur ein *einzig* Fall von Empyem daselbst auf den Operationstisch gelangt war, und dass die übrigen Fälle sämmtlich von der internen Abtheilung absorbirt wurden. Mit welchem Erfolg? war der Herr so höflich zu verschweigen.

Beim vorjährigen medicinischen Kongress in Wien, bei welchem man eine gewisse Einmüthigkeit in der Empyemfrage erwartet hatte, stellte sich bei der Diskussion zum grossen Erstaunen speziell der Chirurgen heraus, dass noch 6 verschiedene Methoden sich der Vorliebe dieser oder jener Autorität erfreuten.

Dieselben sind :

- 1) *Die expektative Behandlung.*
- 2) *Die einfache Aspiration* (ein oder mehrere Male vorgenommen), empfohlen von SILLY, EWART, KAPTEYN, PERI, HUGHES.
- 3) *Die Aspiration, verbunden mit Ausspülung durch eine antiseptische Flüssigkeit*, empfohlen von SENATOR, REICHELT, BAELEZ, KASHIMURA.
- 4) *Die permanente Aspiration* (sogenannte BÜLAU'sche Methode), empfohlen von SUBBOTIN, BOWDITCH, IMMERMANN, LEYDEN, CURSCHMANN und PLAYFAIR.
- 5) *Die einfache Incision*, empfohlen von KUSSMAUL, BARTELS, QUINCKE, EWALD, ROSE.
- 6) *Die Rippenresection*, empfohlen von ROSER, KOENIG, SCHEDE, BARDELEBEN, RUNEBERG, BILLROTH, RYDYGIER, WEIR, BULL, MCBURNEY, ESTLAENDER, ZIEMSEN, GLAESER, RACZYNSKI, GERHARD.



Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Resektionsmethode mehr und mehr an Boden gewinnt, in erster Linie natürlich unter den Chirurgen von Fach und weiterhin durch deren Vorbild.

Es soll der Zweck meines heutigen Vortrages sein, Sie, meine Herren, an der Hand der Analysirung der übrigen 5 Methoden von deren Mangelhaftigkeit zu überzeugen.

Es ist vor allen KÖNIG, welcher auf unseren Dank den Anspruch erhebt, zuerst klare, methodische und wahrhaft chirurgische Indikationen in dieser Hinsicht gestellt zu haben.

Rippen sind zwar schon von dem grossen Altmeister HIPPOKRATES perforirt worden—ja man könnte sogar auf das Alte Testament zurückgreifen—es verflossen jedoch Jahrhunderte bis SEDILLOT seine Methode wieder auffrischte. Dessen Resultate waren so entmuthigend, dass der grosse DUPUYTREN, welcher selbst an Empyem litt, erklärte, als man ihm vorschlug, sich operiren zu lassen: „Er wolle lieber von Gottes-, als von Menschenhand sterben.“

Wenn wir berücksichtigen, dass selbst dieser geniale Operateur seiner Zeit unter 40 Empyemfällen nur 3 genesen sah, so können wir ihm seinen Entschluss nicht verdenken.

Später empfahlen SEDILLOT und LANGENBECK die Rippentrepanation und ROSER die Resektion.

Es scheint mir jedoch, dass noch bis auf den heutigen Tag selbst unter resektionsfreundlichen Kollegen die Ansicht waltet, dass man eine Resektion nur bei Erwachsenen und nicht bei Kindern und auch nur je nach dem gegebenen Fall unternehmen solle, und dass speziell bei Kindern in Folge der grossen Heilungstendenz derselben der Aspiration oder Incision der Vorrang gebühre.

Als ich vor 7 Jahren vor Ihnen, derselben medicinischen Gesellschaft von New York, die Ehre, resp. das sogenannte Vergnügen hatte, Ihnen meine Ansichten über Empyembehandlung darzulegen, wurden dieselben sehr ungünstig aufgenommen.

Ich stand damals, so viel mir bekannt ist (Vgl. „New Yorker Medicinische Presse,“ December, 1886), vereinsamt in der Ansicht da, dass man „die Resektionsmethode bei Empyem in allen Fällen ohne Ausnahme und ohne Rücksicht auf seine ursprüngliche Ursache oder auf das Alter des Patienten vornehmen solle.“ An jenem für mich denkwürdigen Abend war kaum ein College anwesend, der nicht ausgezeichnete Resultate mit anderen Methoden gehabt hätte, und man sagte mir unverblümt, dass es geradezu ein Verbrechen wäre, die armen Teufel von Patienten unnützer Weise zu verstümmeln.

Summa summarum hatte ich am Schluss der Diskussion das Gefühl, als ob der abgewiesene Shylok ein Edelmann in Verhältniss zu mir gewesen wäre.

Es ist mir eine grosse Genugthuung zu wissen, dass etliche unter den Herrn Diskutatoren von dazumal sich nunmehr zu meinen Ansichten bekehrt haben, — so sehr sogar, dass es ihnen schwer fällt sich zu erinnern, dass sie jemals anders gedacht hatten.

An demselben Abend hatte ich an der Hand von 24, mit Rippenresektion behandelten Empyemfällen, die Behauptung aufgestellt, dass die *Hauptindikation* zur Resektion, nicht, wie im Allgemeinen angenommen, in der Nothwendigkeit genügender Drainirung, der Annäherung der Rippen und Zusammensinkens des Thoraxraums liege, sondern vor Allem in der *hierdurch geschaffenen Möglichkeit, den Finger in die Höhle einzuführen, um die Pleuren palpieren zu können.*

*Es ist dies in der That, wie ich heute wiederhole, die einzige bis jetzt bekannte Prozedur, welche mit Sicherheit das Vorhandensein der aus fibrinösen oder käsigen Produkten bestehenden Klumpen ergibt, welche an der Pleura festhängen und es damit zugleich ermöglicht, dieselben sofort zu entfernen.*

Die bei meinen Fällen gewonnene Erfahrung zeigte mir das Vorhandensein dieser oftmals gänseeigrossen Klumpen in neun unter zehn Fällen theils frei mit dem flüssigen Eiter vermischt, theils den Wänden fest adhärierend.

So lange wir keinen *physikalischen, mechanischen oder spekulativen Apparat besitzen, welcher eine Differentialdiagnose zwischen diesem Zustand und einer einfachen Ansammlung flüssigen Eiters ermöglicht*, oder so lange wie die *resp. Klumpen* (man verzeihe den Ausdruck, den ich seiner Anschaulichkeit wegen vorziehe) *nicht durch eine auflösende Einspritzung erst verflüssigen können*, sind Aspiration und auch Incision ungenügende und desshalb verwerfliche Massnahmen.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich bemerken, dass ich neuerdings Versuche mit Pepsinjectionen angestellt habe, indem ich nach erfolgter Aspiration zum Zweck der Liquefaction eine Pepsinlösung in die Pleurahöhle spritzte, um Klumpen, deren Vorhandensein mir wahrscheinlich dünkte, aufzulösen.

Die später vorgenommene Rippenresektion zeigte jedoch, dass keine Verflüssigung erfolgt war.

Die Resektion ward von mir folgendermassen vorgenommen :

Narkose wurde nur dann angewendet, wenn der Puls sehr regelmässig und voll war, was zu den Ausnahmen gehörte, und auch dann wurde Caffein vor der Operation verabreicht. Gewöhnlich wurde die Resektion, welche, beiläufig erwähnt, in wenigen Minuten vollendet werden kann, unter einem Aetherspray vorgenommen.

Sollte der Patient oder seine Angehörigen gegen diese scheinbare Grausamkeit remonstriren, so wird es dem Takt des Operators ein Leichtes sein, dieselben von der immensen Gefahr, welcher sie die durch die Compression schon *ohnehin* so sehr in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigten Brustorgane aussetzen, zu überzeugen. Summa lex patientis vita, nicht voluntas !

Wenn man schliesslich einen einzigen Tropfen Chloroform auf die Maske giesst, so empfindet der Patient gewöhnlich die unter diesen Umständen angenehme Täuschung, er stehe im Begriff, das Bewusstsein zu verlieren.

In dieser Massnahme mag der Hauptgrund liegen, weshalb ich niemals einen Unglücksfall während der Operation zu beklagen hatte.

Da das Zwerchfell gleich nach der Evakuation emporsteigt und sich dann wie ein Verschlussventil vor die Oeffnung legt, so bin ich von der tiefen Resektion zurückgekommen und incidire deshalb stets die sechste Rippe (niemals darunter). Auch kann bei tiefer Resektion Zwerchfell oder Leber verletzt werden.

Durch die vordere Axillarlinie wird — unter strikten antiseptischen Cautelen natürlich — ein drei Zoll langer Schnitt direkt auf den Knochen geführt.

Dann wird das Periost mit Hülfe eines schmalen, gebogenen Elevatoriums abgehelt.

Nachdem das Periost auch nach unten von der Rippe durch Unterschieben des Instruments bei Seite geschoben wurde, wird dasselbe unter der Rippe nach der anderen Seite hervorgestossen, so dass gewissermassen die Rippe auf dem Elevatorium reitet.

Mit stumpfen Haken werden nun die längs der Rippe verlaufenden Gewebe nach der Axilla zu retrahirt, ein Blatt einer gewöhnlichen Knochenscheere zwischen Haken und Elevatorium geschoben und die Rippe durchschnitten.

Dann wird das Letztere nach dem Sternum zu geleitet, wobei es noch etwa hängengebliebene Fragmente des Periostes vollends ablöst, der Haken wird an der entgegengesetzten Wundnische eingesetzt und mit der Knochenscheere dasselbe Manöver wie vorhin wiederholt.

Der nunmehr geschaffene Defekt kann gerade so gross sein, dass er der Circumferenz des einzuführenden Fingers entspricht.

Bei dieser Manipulation gehörte eine geradezu unerhörte Ungeschicklichkeit dazu, eine Intercostalarterie zu verletzen.

Die Pleura selbst wird mit einem Bistouri angeschnitten, so dass eine kleine PÉAN'sche Zange sich einführen lässt und der Eiter nunmehr langsam entleert.

Von Zeit zu Zeit drücke ich einen Schwamm gegen die Oeffnung, um den Strom des hervorstürzenden Eiters zu unterbrechen und damit eine allzu rasche Expansion der Lungen zu verhindern.

Zur Entleerung an und für sich sollte man sich 20 bis 30 Minuten Zeit nehmen.

Nunmehr wird der Finger eingeführt und, wenn Klumpen vorhanden sind, ihre Entfernung sogleich vorgenommen. Grosse Klumpen werden, wenn sie frei liegen, durch Andrücken an die Thoraxwand verkleinert, um ihre Entleerung zu bewerkstelligen; adhärente Massen werden mit dem Finger weggewischt oder, wenn sie zu fest attachirt sind, mit einem eigens zu diesem Zweck nach Art eines Steinlöffels angefertigten stumpfen Löffel weggekratzt. Sollten, was nur ausnahmsweise der Fall ist, die soliden Massen so fest adhären, dass ihre Wegnahme nur mit einer Blutung erkauft werden könnte, so werden sie erst einige Tage später entfernt.

Es folgt nun eine Irrigation mit einer Sublimatlösung (1 : 5000) mehr in mechanischer als antiseptischer Tendenz, das heisst, um völliger Entleerung der soliden Massen sicher zu sein. Die Wundfläche wird mit Jodoformpulver eingerieben und die Pleura costalis mit vier Jodoformseidennähten an die äussere Haut angeheftet. (Pleurostomie).

Die eine Sutura umgreift je einen Wundwinkel und je eine wird beiderseits in der Mitte der Wunde angelegt. Auf diese Weise wird eine Bedeckung, wenn auch nur eine temporäre, für die Wundfläche erzielt, ferner wird eine Nachblutung verhindert und ein weites Offenstehen der Wunde erreicht.

Jodoformpulver wird in die Höhle geschüttet, um die Sekretion zu beschränken, ein Jodoformgazestreifen in die Oeffnung geschoben und lose Jodoformgaze darüber gelegt. Das Ganze hüllt ein grosses Stück Moospappe ein, welche, wenn sie nur leicht in eine Sublimatlösung getaucht wird, sich den Formen der Linien des Körpers gerade wie ein Gipsverband adaptirt.

Ein Gummiheftpflasterstreifen befestigt die Moosplatte derart, dass sie dem Thorax fest anliegend und, der Expiration und Inspiration folgend, wie eine aspirirende Ventilklappe funktioniert und zugleich die Sekretion aufsaugt.

Die ersten Tage nach der Operation hüllt der Verband Thorax und den Arm der kranken Seite vollständig ein.

Drei Tage nach der Operation erst pflege ich einen fingerdicken, weichen Gummi einzuführen und denselben durch zwei kreuzweise befestigte Sicherheitsnadeln zu sichern. Die Nadeln dürfen nur durch die Wand der Röhre gehen und nicht im Lumen derselben sichtbar erscheinen. Nur bei starker Sekretion wird ein ganz kleiner Drain, vielfach mit Iodoformgaze umwickelt, sogleich angewendet.

Ich bin davon abgekommen, gleich bei der Operation einen Drain einzuführen, nachdem ich wiederholt Irritation und sogar Blutung hiernach habe entstehen sehen. Zweifellos setzt die beständige Aspirationsbewegung der Pleuren einen beträchtlichen Reiz durch Reibung. Es scheint mir, dass wenn sich das Rippenfell erst mehr an die Atmosphäre gewöhnt hat und wenn Granulationen sich zu bilden beginnen, eine Gummiröhre besser ertragen wird.

Da die Höhle nach den oben geschilderten Manipulationen in der That ganz entleert ist, so haben nachherfolgende Irrigationen keinen Zweck mehr, als zu schaden, da sie gerade die Adhäsionen, welche wir nun zum Anrücken der pleura pulmonalis an die pleura costalis so nothwendig brauchen, immer wieder vernichten.

Bei der Nachbehandlung werden in den ersten Tagen — nach dem Immobilisationsprincip — kleine Morphindosen verabreicht, gleichzeitig auch wohl Strophantus oder Caffein gegeben. Später verordnete ich mit Vorliebe Jodeisensyrup und Leberthran. Stets wurde die Nothwendigkeit von Thoraxgymnastik später betont.

Durchschnittlich wurde ungefähr zwei Wochen nach dem operativen Eingriff ein kleinerer Drain gebraucht und dann graduell verkürzt.

Der Patient muss stets auf der kranken Seite liegen und anfangs alle vier Stunden in die Höhe gehalten werden, indem Becken und Beine vertikalwärts aufzuheben sind.

Dann fließt der Eiter in den Verband, den man in der ersten Woche am besten zwei Mal täglich wechselt. Später genügt ein einmaliger Verbandwechsel, und von der dritten Woche an ein solcher an jedem dritten oder vierten Tag. Der beste Verbandwechselindikator ist übrigens das Thermometer.

Die Erfolge, welche ich mit dieser Behandlung erzielt habe, überzeugten mich, dass ein *einfacher Empyemfall, wenn er durch Resektion früh genug operirt wird, nur unter aussergewöhnlichen Umständen lethal verläuft*. Mit anderen Worten: Die Prognose eines Empyemfalles hängt ganz und gar von der frühzeitigen Diagnose des Hausarztes ab.

Die Diagnose eines Empyems soll stets durch die Aspirationsnadel verificirt werden. Wenn viele Klumpen vorhanden sind, so kann die Nadel in dieselben gelangen, und trotzdem sie mitten in der Ansammlung steckt, mag sie leer ausgehen. Oder aber die Cavität ist klein und wird nicht getroffen, oder das Exsudat ist abgesackt und durch Adhäsionen in mehrere Abtheilungen zerfallen. Dann kann es vorkommen, dass, wie es mir öfter passirte, man ein Dutzend Mal an verschiedenen Stellen einstechen muss, bis man Eiter findet. Wenn ich Eiter vermuthete und doch nicht aspiriren konnte, so fand ich manchmal eine minimale Quantität in der Nadel, wenn ich einen Draht durch deren Kaliber schob.

Diagnostische Irrthümer Seitens prominenter Collegen habe ich, wie die weiter unten veröffentlichten Krankengeschichten ergeben, öfter gefunden, als man anzunehmen geneigt sein mag. In vorderster Phalanx steht darunter die Tuberkulose, jedoch war auch öfter Rheumatismus, Asthma, Sarkom, Carcinom, Cholelithiasis und sogar Appendicitis diagnosticirt worden.

Meine Resultate, soweit die ESTLÄNDER'sche Operation in Frage kam, waren wenig ermutigend. Unter 5 Fällen, in denen ich meine Zuflucht zu ihr nahm (Resektion von 4 bis 7 Rippen) starben 3. Einer genas und ein anderer betrauert immer noch das Vorhandensein seiner Fistel. Bei einem Fall von seit 14 Jahren bestehender Fistel habe ich vor Kurzem mit augenscheinlichem Erfolg das folgende osteoplastische Experiment vorgenommen:

Ein 36jähriger Mann erkrankte nach einer Pleuropneumonie an Empyem und wurde wiederholt aspirirt. Temporäre Euphorie war jedesmal eingetreten.

Sechs Wochen nach Beginn der Eiterung wurde eine Resektion vorgenommen; die Höhle aber hatte sich 15 Monate später noch nicht geschlossen und hielt ungefähr einen Pint Irrigationsflüssigkeit.

Die Lage der Fistel entsprach der rechten vorderen Axillarlinie und schnitt mit dem oberen Rande der siebenten Rippe ab. Sonde und Finger, welche letztere durch den stark dilatirten Fistelkanal geschoben wurden, stellten die Grenzen der Cavität von der zweiten bis achten Rippe fest.

Lateralwärts reichte sie in der Mitte ihres Durchmessers von der hinteren Axillarlinie nach vorn bis ungefähr  $1\frac{1}{2}$  Zoll nach innen vom Sternum.

Dementsprechend machte ich eine semilunare Incision vom unteren Rand der zweiten bis zum oberen Rand der ersten Rippe, wobei ich die Weichtheile sämmtlich auf einmal durchschnitt. Anfang und Ende des Schnittes lagen in der vorderen Axillarlinie.

Die Mitte des Segmentes dagegen berührte beinahe das Brustbein. Während scharfe Haken die Weichtheile retrahirten, schnitt ich das Periost um jede Rippe herum der Länge nach ein und hebelte es mit einem Elevatorium in beträchtlicher Ausdehnung ab.

Dann durchschnitt ich jede Rippe einzeln mit der Knochenscheere, wie oben beschrieben. So wurde die 3., 4., 5., 6. und 7. Rippe in der Richtung der semilunaren Incision durchgeschnitten. Nunmehr konnten die Rippen, zusammenhängend mit dem Periost, in die Höhle hinabgedrückt werden, was übrigens erst nach genügender Abhebelung und Anwendung von Druck möglich war.

(Würde ich bei der Dislokation derselben Schwierigkeiten gehabt haben, so hätte ich nicht gezögert, auch Stücke der Rippen zu resecciren). Die Blutung war unbedeutend.

Ein sehr fester Druckverband, aus Verbandmoos und Schwämmen bestehend, presste das eingesunkene Höhlendach nach innen.

Die Höhle, die ich vorher ausgeschabt hatte, wurde nunmehr mit Jodoformgaze ausgestopft — jedoch nur dorsalwärts.

Der Verband wurde jeden zweiten Tag gewechselt. Des Patienten Zustand war durch die Operation in keiner Weise beeinträchtigt worden und drei Wochen nach derselben hielt die Höhle ein viertel Pint weniger.

Ursprünglich hatte es in meiner Absicht gelegen, zwei semilunare Incisionen, entsprechend der Peripherie der Höhle, das heisst vorn sowohl als hinten, zu machen; die Furcht vor ungenügender Ernährung des Knochenlappens hatte mich jedoch davon abgehalten und so zog ich es vor, dieselben Rippen weiter nach hinten erst 24 Tage nach der ersten Operation zu durchtrennen, zu welcher Zeit der Zustand des eingepressten Lappens eine ungestörte Circulation vermuthen liess. Heute, drei Wochen nach der zweiten Operation, entspricht eine Mulde dem eingesunkenen Areal. Demgemäss hält die Cavität auch nur vier Esslöffel voll Irrigationsflüssigkeit.

Das Allgemeinbefinden des Patienten hat sich bis jetzt nur wenig gehoben; ich glaube mich jedoch zu der Ansicht für berechtigt zu halten, dass später eine völlige Ausfüllung stattfindet.

Wenn mein Experiment sich als Erfolg erweist, so erfreut sich natürlich der Patient des grossen Vortheils, sein Knochengestüt erhalten zu sehen, was bei der Estländer'schen und der noch radikaleren Schede'schen Operation nicht der Fall ist. Ich möchte zugleich auf den geringen Blutverlust und die Unmöglichkeit, die Interkostalarterien zu verletzen, hinweisen. Weitere Bemerkungen über diesen Fall behalte ich mir für eine spätere Publikation vor.

In Bezug auf serofibrinöse Exsudate sei es mir an dieser Stelle gestattet, zu bemerken, dass ich der Resektion hierbei, wie kürzlich empfohlen wurde, nicht das Wort reden kann.

Bei zwei Fällen dieser Art habe ich übrigens nach der Aspiration eine zehnpromzentige Iodoformglycerinmischung erfolgreich in die Pleura injicirt.

Wenn ich die vor sieben Jahren veröffentlichten 24 Fälle subtrahire, so bleiben noch 112 in dieser Serie.

Davon betrafen :

37	Kinder	unter	3	Jahren
32	„	von	3—5	„
19	„	„	5—10	„
9	„	„	10—16	„
15	Erwachsene über 16 Jahre.			

Darunter starben 12 (7 hatten das sechzehnte Lebensjahr bereits überschritten).

95 waren einfache akute Fälle.

17 complicirte.

Unter 5 doppelseitigen Empyemfällen genasen 4. Alle sogenannten stinkenden Empyeme (4 Fälle) endeten lethal.

Die Durchschnittsdauer der Heilung betrug 5 Wochen. Bei einem 6 Monate alten Baby war schon nach 5 Tagen wunderbarer Weise völliger Verschluss eingetreten.

15 Fälle waren schon früher anderwärts incidirt worden (hierunter gehören 3 an Tuberkulose gestorbene).

Unter den einfachen Fällen (Ansammlung von sogenanntem pus bonum ac laudabile) war die Diagnose nur 58 Mal frühzeitig gemacht worden. Von diesen Fällen ist kein einziger gestorben.

Unter den 37 Fällen, welche spät erst erkannt wurden, hatten 5 schon die typische Hervorwölbung des Thorax aufgewiesen. (Hier hätte man, schlecht gesagt, ein sogenanntes empyema necessitatis erwarten können.)

Bei Zweien dieser „nothdürftig“ behandelten Fälle waren Fisteln nach der Resektion zurückgeblieben. Einer derselben (Resektion von 7 Rippen) starb 3 Jahre nach der ersten Resektion.

Bei 6 Fällen quälte mich ein starker Zweifel, ob Tuberkulose das Empyem, oder der lange Bestand des Empyems die Tuberkulose verursacht hatte.

Ich muss gestehen, dass ich es kaum glauben kann, dass man irgendwo im Körper, speziell aber in einer Körperhöhle, eine Eiteransammlung ungestraft so lange herumtragen kann.

Zwei Fälle, in denen Tuberculose diagnosticirt (Taberkelbacillen waren u. A., gefunden werden) und deshalb von einer Operation abgerathen worden war, genasen völlig nach Resektion. Diese sind demnach, der Weisheit der operationsfeindlichen Autoritäten entsprechend, entschieden „falsch behandelt“ worden.

Gestützt auf diese Erfahrung—SCHEDE und GÜTERBOCK (Berliner Klinische Wochenschrift, 27. Mai 1892, Seite 655.) berichten übrigens gleichartige Fälle von geheilter Tuberculose—wage ich es zu wiederholen, dass man unter allen Umständen reseciren soll, sobald die Anwesenheit von Pus durch die Probenadel verificirt worden ist. Es bleibt sich dann vom praktischen Standpunkt aus ziemlich gleich, ob sich die Ansicht, ob Tuberculose, oder nicht, bestätigt.

Welchen Schaden, frage ich, kann die Resektion hier schliesslich anrichten? Ein Schwindsüchtiger hat so wie so nichts zu verlieren und Alles zu gewinnen.

Die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Epyem ist allerdings nicht so leicht, wie es auf den ersten Blick und bei oberflächlicher Betrachtung erscheint.

Ein pathologischer Zustand z. B. an der Lungenspitze braucht noch nicht nothwendiger Weise den tuberkulösen Charakter eines Epyems darzuthun.

Und vice versa können Bronchialathmen, Rasselgeräusche, Bronchophonie während der Auskultation und die Symptome der Compression sowohl als forcirter Pectoralfremitus geradeso gut der Ausdruck einer tuberkulösen Erkrankung der Lungen sein.

Wenn ich z. B. die folgende Krankengeschichte mir in's Gedächtnis rufe, so finde ich diese Unsicherheit wohl illustriert:

Ein 26jähriger Maschinist, welcher aus gesunder Familie stammt und stets gesund gewesen war, erkrankte plötzlich unter Schüttelfrost, Erbrechen und hohem Fieber: Es entwickelte sich eine Pneumonie, welche mit einer Krisis endete. Völlige Genesung trat jedoch nicht ein, der Patient konnte herumgehen, litt jedoch seiner Beschreibung nach an leichter Dyspnöe und Fieber.

Erst vier Monate nach Beginn der Pneumonie hatte ich Gelegenheit, eine Rippenresektion vorzunehmen, bei welcher ich ein Quart Eiter, mit vielen, zum Theil faustgrossen Klumpen vermischt, entleerte. Drei Monate nach der Operation starb der Patient. Soll nun der akute Entzündungsprozess schon der Ausdruck einer beginnenden Tuberculose gewesen sein?—

Schwerlich!

Bei den vier Fällen von stinkendem Epyem waren anderweitige schwere Erkrankungen ausserdem vorhanden gewesen. So mag es sein, dass dieselben ihren multiplen pyämischen Herden erlagen. Wenn ich also von den tuberkulösen und pyämischen Fällen abs-



trahire, bleiben mir noch 5 Todesfälle (welche dazu noch die Estländer'schen Operationen einschliessen), für welche ich die Resektion direkt verantwortlich halten kann.

In Bezug auf die Aetiologie fand ich die Pleuropneumonie als häufigstes ursächliches Moment.

Unter den genauen Krankengeschichten konnte ich sie 79 mal eruiren, während ich sie 8 Mal nach Scarlatina, 4 Mal bei puerperalen und sonstigen septischen Infektionen, 2 Mal nach Keuchhusten und 1 Mal nach Diphtherie fand. So weit die pathologische Bedeutung des Empyems in Frage kommt, erkenne ich gerne an, dass dieselbe sehr verschieden ist. Die Aetiologie sowohl als die Ausdehnung des Exsudats, die Art des Eiters (ob dünn oder dick, ob stinkend) haben ins Auge gefasst zu werden; ebenso Alter und Allgemeinzustand des Kranken.

Ferner sollen Puls, Temperatur, Verdauung, das subjektive Befinden, des Patienten und das Krankheitsstadium gewürdigt werden.

Alle diese Punkte beeinflussen mehr oder minder die Nachbehandlung — keiner derselben könnte mich jedoch von der Resektion abhalten, so lange auch nur die allerleichteste Hoffnung auf Genesung vorhanden ist.

So lange unser diagnostischer Apparat eben noch so unzulänglich ist, dass wir *vor der Operation nicht* genau wissen, ob die Lungen sich alsbald ausdehnen oder nicht, müssen wir eben *von Anfang an unsere Massnahmen derart treffen, dass allen möglichen nachher eintretenden Eventualitäten Rechnung getragen wird.*

Wie unangenehm, wenn man dem Patienten z. B. versprochen hat, ihn durch die Incision zu heilen und nachher muss doch noch resecirt werden, da, wie so häufig der Fall, die Rippen aneinandergerückt sind, so dass die Drainirung unvollkommen wird. Ein derartiger Fall ist ein Uriasbrief für die Reputation des Arztes.

Unter den Unglücksfällen, welche sich bei Empyemoperationen sowohl als auch während der Nachbehandlung ereigneten, möchte ich (vgl. Krankengeschichten) die folgenden herausgreifen :

Drei Mal wurde ich gerufen, um einen in die Cavität gefallenem Drain, welcher ungenügend befestigt war (nur eine einzige Sicherheitsnadel), herauszuziehen. Ein Mal war in Folge seiner schlechten Qualität das Gummirohr durchbrochen.

Bruch eines defekten Drains passirte mir selbst einmal; glücklicherweise konnte ich jedoch das entschlüpfende Fragment gerade noch mit einem derben Zangengriff erhaschen und extrahiren.

Einmal assistirte ich einem Collegen, welcher gern die einzelnen Punkte der Resektion durchstudiren wollte (vgl. Krankengeschichte). Bei dem Versuch, das Rippenfell an die Haut zu heften, brach er die Nadel ab. Glücklicherweise gelang es mir nach langem und aufregendem Suchen, die Nadelspitze in der Höhe der zweiten Rippe, wo sie in der Lunge feststak, zu extrahiren.

Ich komme nun zur Kritik der verschiedenen bekannten Methoden :

Ueber *die sogenannte expektative Behandlung* vermag ich mich nicht gelinder zu äussern, als dass ich sie einfach für ein strafwürdiges Verbrechen halte.

Wie ein LEYDEN sogar behaupten kann, dass Empyeme nach Pneumonien gewöhnlich und sehr rasch resorbirt werden, geht über meinen Horizont. Ich muss gestehen, dass ich ganz und gar der entgegengesetzten Ansicht bin. Das heisst, dass eine Absorption nur unter den exceptionellsten Umständen stattfindet, und ferner, dass, wenn sie wirklich zu Stande kommen sollte, ich dies als ein grosses Unglück für den Patienten betrachte, da sie den ersten Schritt zur Provokation der Tuberkulose involvirte.

P. K. Pel (Zeitschrift für klinische Medicin. Berlin 1890. S. 211.) erklärt, dass das Prinzip : „Ubi pus, ibi evacua!“ berechnete Ausnahmen habe und dass, wenn ein Empyem von kleiner Ausdehnung sei, wenn der Allgemeinzustand des Patienten vorzüglich, der Puls langsam und voll sei, kein Fieber vorhanden und der Appetit gut, Absorption durch Eindickung wohl erwartet werden könnte.

Nun frage ich: Wenn ein solch grandioser Fall merkwürdiger Weise gesundet, ohne dass man eine Explorativnadel gebraucht hat, wird man dann die Correktheit der Diagnose als über allen Zweifel erhaben hinstellen können? Und wenn andererseits wirklich Eiter durch Aspiration nachgewiesen worden ist, wer wagt es dann noch, ein expektatives Verfahren zu empfehlen?

*Die einfache Aspiration* ist zu verwerfen, weil sie nur solche Fälle und auch diese nur ausnahmsweise zu heilen im Stande ist, in welchen keine Klumpen vorhanden sind. Sie könnte nur dann in Frage kommen, wenn beim Vorhandensein eines besonders grossen Exsudates man bloss eine präliminare Evakuation vornehmen wolle und vielleicht Tags darauf resecirte. Immerhin habe ich in praxi mich noch nicht vor diese Indikation gestellt gesehen. Da wir, wie oben demonstrirt, vorläufig keine Mittel und Wege besitzen, die Anwesenheit der Klumpen vor einer Eröffnung, welche den Finger einlässt, zu beweisen, so ist das Verfahren ein Hazardspiel zu nennen.

Wenn PEL sagt: „Wir haben verschiedene Male ohne Resektion ganz gute Resultate erzielt“, so möchte ich darauf erwidern, dass mir überhaupt kaum eine Krankheit bekannt ist, welche nicht trotz der falschsten Behandlung hie und da in Genesung übergegangen wäre.

Es ist tief zu beklagen, dass die *Fahnenträger der Aspirationsmethode eben niemals Gelegenheit haben, diese Klumpen zu sehen* und dass sie desshalb glauben, es gebe gar keine.

Wenn sie ein gewisses Volumen flüssigen Eiters aspirirt haben, so denken sie in froher Zuversicht „man kann's getrost nach Hause tragen“. Der Patient ist sehr erleichtert und beglückt und bietet seinen Thorax mit Freuden einer zweiten und dritten Aspiration dar, denn „ein kleiner Nadelstich ist ja doch eigentlich gar keine Operation“, und dann kann sie der „allerunchirurgischste“ Arzt vornehmen.

Könnte das ausgepumpte Opfer mit seinem geistigen Auge die Klumpen in seiner Pleurahöhle schauen, so würde ihn den Laien, „in Unschuld sein kindlich Gemüth“ ahnen lassen, das heisst sein gesunder Menschenverstand würde ihn lehren, dass diese Massen nie und nimmer aspirirt werden können. So wie es nun einmal ist, wird er eben so lange aspirirt, bis die Lungen contrahirt sind. Wenn er nun, ausgesogen im wahrsten Sinne des Wortes, völlig abgemagert und entkräftet, sich der Resektion als ultimum refugium noch in die Arme wirft, dann ist es längst zu spät. In diesem Stadium, wo die Expansionsfähigkeit der Lunge beinahe gleich Null geworden ist, kann die Resektion schwerlich mehr etwas fruchten und wird in der Regel den exitus lethalis nicht aufzuhalten im Stande sein.

Hiervon natürlich leitet der Aspirationsenthusiast das Princip ab, dass „die Resektion zumeist eine schlechte Prognose gibt“ und dass er wenigstens noch nie ein gutes Resultat davon gesehen hat.

Von dieser Spritzentherapie, die übrigens auf dem chirurgischen Markt immer mehr diskreditirt zu werden scheint, sagt der geniale ALBERT sehr treffend:

„Diese Procedur enthält die vollste Analogie mit dem Auspumpen anderer Abscesse, so insbesondere der eitrigen Bubonen.

„Auch da hat man mit allerhand Aspirationsinstrumenten wiederholt operirt und ab und zu eine Heilung eintreten sehen.“

Das ist gewiss ebenso interessant als umständlich, feig, ebenso vom Arzte wie vom Kranken, mystisch von beiden, *muthig und klar ist die Eröffnung des Abscesses.*

Diese ganze Spritzenchirurgie erinnert zu sehr an die Hebammen!

Es ist mir eine grosse Genugthuung, constatiren zu dürfen, dass ich unter den mir persönlich befreundeten Collegen jeden Einzelnen von der Inkorrektheit der Aspiration zu überzeugen im Stande war, obgleich jeder da und dort gute Resultate damit erzielt hatte.

Um zu überzeugen, brauchte ich dieselben bloss einzuladen, bei einer im Hospital vorgenommenen Resektion zugegen zu sein. Wenn sie dort gesehen hatten, wie ich die Klumpen von der Pleura entfernte, gestanden sie ein, dass sie auch *nicht die geringste Ahnung von der Existenz derselben gehabt hatten*, sonst würden sie nicht die abenteuerliche Politik der Aspiration versucht haben.

Uebrigens ist die Punktion durchaus kein unschädlicher Eingriff. Der Reiz in der Pleurahöhle kann epileptische Krämpfe, Vertigo, Nausea, Ohnmacht und sogar tödtlichen Collaps hervorbringen. Ausserdem kann ein nervöser Punktator die Intercostalarterie verletzen, so dass, wie aus Klinikberichten zu ersehen ist, tödtliche Blutung erfolgen kann.

*Aspiration mit nachfolgender Auswaschung ist,* so viel mir bekannt, bereits ziemlich wieder verlassen. Obgleich der Gedanke, fibrinöse Partikel damit herauszuspülen, theoretisch etwas sehr Verführerisches an sich hat, entspricht er im Hinblick auf die Grösse der Klumpen prak-

tisch diesem Zweck durchaus nicht, wesshalb das Verfahren schliesslich an Werth mit der einfachen Aspiration rangirt.

Beinahe dasselbe kann von der *Aspirationsdrainage* (sogenannte BÜLAU'sche Methode) gesagt werden. Wären keine soliden Massen vorhanden, so könnte man es freilich ein ideales Verfahren nennen, da es die Pleurahöhle beständig leer hielte.

CURSCHMANN empfiehlt es demnach für sogenannte leichte und günstige Fälle, während für die schweren die Resektion in ihre Rechte treten solle. Das wäre Alles recht schön und gut, wenn die Klumpenfrage vor der Operation entschieden werden könnte.

Die Resultate des genannten Autors beweisen, trotzdem sie recht beachtenswerth sind, durchaus nicht die Berechtigung der Methode.

Es ist gewiss interessant, dass bei genauer Beobachtung der Einzelheiten des Verfahrens sich hie und da Fibringerinnsel, namentlich wenn sie der Pleura fest anhaften, allmählig resorbirt werden können. Da wir die Bedingungen, unter denen diess geschieht, aber im Allgemeinen gar nicht zu beurtheilen im Stande sind, da wir vielmehr hierbei so viel kostbare Zeit versäumen müssen, um überhaupt auszufinden, ob die soliden Massen sich resorbiren oder nicht und dann doch noch resecirt werden muss, so ist das Verfahren eben doch nur ein hübsches Probirspiel. Ferner eignet es sich schwer für die Privatpraxis.

Bessere Resultate werden al'erdings mit der *einfachen Incision* erzielt, da sie die Einführung eines Drains gestattet, durch welchen dann flüssiger Eiter und kleine solide Partikel beständig in einen antiseptischen Verband ausfliessen können.

Nach dem heutigen Standpunkt der Chirurgie entspricht jedoch dieses Verfahren durchaus nicht den Principien der Abscessbehandlung.

Da O. ROSENBACH gewissermassen das Sprachrohr der Incisionsbannerträger in Deutschland zu sein scheint, so citire ich seine Ansichten, wie er sie in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“ (10. Mai 1892) ausgesprochen hat.

Er sagt, dass die einfache Incision desshalb den Vorzug verdient, weil eine kleine Oeffnung für den Abfluss des Eiters genüge. Ferner könne jeder allgemeine Praktiker die Operation vollziehen, während die Resektion, welche beiläufig eine schwierige und verstümmelnde Operation wäre, die geübte Hand eines Specialisten erheische. Zu einer Resektion solle man nur dann seine Zuflucht nehmen, wenn wenigstens Monate verstrichen sind und die Rippen sich so sehr einander genähert hätten, dass sie wie Dachziegel aneinander geriethen, ein Zustand, welcher übrigens „sehr selten vorkäme.“

In Bezug auf den ersten Punkt möchte ich erwähnen, dass, wenn wir heut zu Tage einen Abscess eröffnen, wir nicht mehr der Ansicht sind, dass eine kleine Oeffnung genügt, sondern dass wir allsogleich unsere Oeffnung so breit als möglich anlegen, so breit in der That, dass wir womöglich im Stande sind, die freigelegte Höhle ganz zu übersehen. Wenn nöthig können wir dann die Abscesswände betasten und etwaige

Membranen und daran hängende nekrotische Gewebsetzen entfernen.

*Sehen und Entfernen ist dann, so zu sagen, ein und dasselbe!*

Ein rechtschaffener Chirurg kann dann mit König Philipp sagen:

Wenn ich zu fürchten angefangen  
Hab' ich zu fürchten aufgehört!

Nur dann können wir getrost behaupten, dass wir die Abscessshöhle wirklich ausgeräumt haben.

Dann brauchen wir auch nicht täglich zu irrigiren, da wir statt einer floriden Eiterung kaum etwas anderes als seröse Sekretion erwarten und wir wissen gar nicht weiter, als dass eine perfekte und schnelle Heilung ohne Störung eintritt. Würde ein Chirurg wirklich die Kühnheit haben, einen grossen Abscess mit einer nach homöopathischer Dosirung gerathenen Oeffnung zu versehen, ein Drain diminutivster Gattung einzuführen und täglich zu irrigiren, sein antiseptisches Fluidum vielleicht von Zeit zu Zeit wechselnd, da er in der eventuellen unglücklichen Wahl desselben vielleicht das Heilungshinderniss erblickt?

Und wo liegt der Unterschied zwischen einem vulgären und einem Pleuraabscess?

Bei einfacher Incision bin ich ausser Stande, meinen Finger einzuführen, ich kann nur kleine aber keine grossen Klumpen herauswaschen, da es mir kaum möglich ist, dieselben erst inwendig zu verkleinern.

Ferner kann ich adhärente Klumpen keineswegs von der Pleura detachiren. So müssen dieselben dann langsamer Zersetzung anheimfallen und nur, wenn eine ganz vorzügliche Constitution des Patienten das aushält, lösen sich die zersetzenden Klumpen unter wiederholten febrilen Attaquen allmählig auf, so dass eine Irrigation sie zu Tage fördern kann. Schon desshalb kann man dann beim Incisionsverfahren die lästige und im Princip falsche Irrigation gar nicht entbehren.

Selbstverständlich kann die Irrigation beständige Eiterretention auch nicht verhindern.

Was die technische Schwierigkeit der Resektionsmethode betrifft, so hege ich die Ueberzeugung, dass eine Herniotomie oder Tracheotomie, Operationen, welche von Rechtswegen jeder Arzt auszuführen im Stande sein sollte, viel mehr Geschick voraussetzen.

Soweit die Möglichkeit einer Verletzung der arteria intercostalis in Frage kommt, ereignet sich dieselbe infolge der anatomischen Lage des Gefässes viel leichter bei der Incision als bei der Resektion, weil bei letzterer der Schnitt nur *auf* den Knochen geführt wird. Dann werden die Weichtheile im Connex mit der Arterie durch stumpfe Instrumente bei Seite geschoben.

Der Blutverlust bei der Resektion sollte kaum dem Betrag eines Theelöffels gleichkommen, während bei einer Incision auf's Gerathe-

wohl durch den Intercostalraum schon wiederholt tödtliche Blutungen vorgekommen sind. (Vgl. Bericht aus der BILLROTH'schen Klinik).

In Bezug auf die Seltenheit des Zusammenrückens der Rippen möchte ich behaupten, dass dieses Phänomen nach meinen Erfahrungen die Regel bildet. Die Approximation ist ja in der That ein Heilungsprocess, sie repräsentirt das Bestreben der Natur, das Volumen der Höhle durch Aneinanderrücken der Wände zu verkleinern. So ist denn gerade diese Art der Heilungstendenz ein Heilungsimpediment, da es zugleich die Oeffnung verschliesst.

Summa Summarum ist vorläufig die Rippenresektion meiner Ueberzeugung nach die einzig wirklich rationelle Methode, ein Empyem zur Heilung zu bringen. Sie ist, wie der Hauptkämpfe der Resektion sans gêne, der treffliche KOENIG, sagt: sauber, leicht und ungefährlich, fast immer ohne erhebliche Blutung zu machen, sie garantirt am längsten das Zugänglichbleiben der angelegten Oeffnung, während die Entfernung des kleinen, sich bei jugendlichen Individuen vollkommen wieder ersetzenden Rippenstückes keinerlei Nachtheile im Gefolge hat.

Scoliose habe ich mit Ausnahme eines einzigen, mit der ESTLÄNDER'schen Operation behandelten Falles niemals beobachtet. Wenn übrigens je der ausserordentliche Fall einträte, dass man das Rippenstück absolut erhalten müsste, so könnte man ja eine temporäre Resektion machen, indem man in jedem Wundwinkel bloß einen kleinen Einschnitt durch das Periost machte, gerade gross genug, um ein kleines Elevatorium durchzulassen, an jedem Ende mit der Knochenscheere durchschneiden, so dass die Rippe im Connex mit dem Periost an die Seite geklappt wird. Dort könnte sie mehrere Wochen bleiben und dann allmählig reponirt werden. Ich glaube kaum, dass das Rippenstück während dieser Zeit nekrotisch würde, jedenfalls wäre es aber eine sehr unnöthige Procedur.

Aus den Krankengeschichten erlaube ich mir folgende hervorzugreifen:

Frau B., 56 Jahre alt, Wittwe, aus gesunder Familie, erkrankte im April 1882 an einer linksseitigen Pleuropneumonie, welche mit der Bildung eines Empyems ihren Abschluss fand. Nach mehreren von temporärem Erfolg begleiteten Aspirationen wurde ich zur Vornahme einer Incision citirt. Ich bestand jedoch auf einer Resektion und führte dieselbe im Beisein der Drs. WAECHTER, STUTZER und GEO. STIEBELING aus.

Beinahe während dreier Wochen nach der Operation bestand ein hektisches Fieber, welches die Patientin sehr entkräftete. Ausfluss copiös. Ausspülungen nahm ich täglich vor. Fast jeden dritten Tag, wie ich zu meiner eigenen Schande eingestehe, versuchte ich eine andere Spülflüssigkeit in der fälschlichen Voraussetzung, dass in diesem Zeichen das Heil endlich zu suchen sei. So wechselte ich mit Borsäure, Salicyl, essigsaurer Thonerde, Carbolsäure und Chlorzink ab und probirte zuletzt in meiner Verzweiflung sogar Jodtinctur und Argentum nitricum in schwachen Lösungen, natürlich mit schlechtestem Erfolg.

Ein Zufall führte mich darauf, wie die oben genannten Collegen bezeugen können, den Finger einzuführen und die Pleurawände zu betasten, wobei ich zu meinem grossen Erstaunen eine Menge leicht adhärender Gewebsfetzen fand und instinktiv sofort entfernte.

Tags darauf war die Temperatur normal und in wenigen Wochen der Heilungsprocess vollendet und erfreut sich Patientin noch heute, über elf Jahre später, des besten Wohlseins. Dieser Fall lehrte mich, a priori das Reinigungsprincip rigoroser durchzuführen.

A. L., ein Jahr altes Mädchen, erkrankte an rechtsseitiger Pleuropneumonie mit Ausgang in Eiterbildung. (Behandelnder Arzt Dr. A. ARONSON.)

Fünf Wochen nach Beginn des akuten Processes Rippenresektion. Nach weiteren sechs Wochen restitio ad integrum. Zwei Wochen später Ausbruch einer linksseitigen Pleuropneumonie. Zwei Wochen darauf Resektion wegen eines Empyems von geringerer Ausdehnung. Nach drei Wochen völlige Heilung bei ambulanter Behandlung.

(In der März-sitzung 1890 der Deutschen Medicinischen Gesellschaft vorgestellt.)

M. R., Junge von 6 Jahren, erkrankte an acuten Entzündungsercheinungen, welche von dem zuerst behandelnden Arzt als typhöse bezeichnet wurden.

Vier Wochen später wurde von Dr. L. HAUPT das Vorhandensein eines Empyems constatirt.

Unverzögliche Rippenresektion. Verlauf normal. Vier Wochen nach der Operation reisten die Eltern des Patienten, trotzdem noch Eitersekretion bestand, plötzlich nach Californien ab, woselbst, wie es scheint, durch Vernachlässigung trotz der vorzüglichen atmosphärischen Verhältnisse ein Schluss der Oeffnung nicht erzielt wurde. Nachdem Patient 4 Jahre lang sich durchgefistelt hatte, kehrte er nach New York zurück, woselbst er sich, in sehr dekrepider Verfassung, in meine Behandlung begab.

Ich constatirte eine Cavität, welche von der zweiten bis zur fünften Rippe und vom Sternalrand bis zur rechten vorderen Axillarlinie reichte.

Nachdem die zweite, dritte und vierte Rippe resecirt worden waren, trat völlige Heilung innerhalb von drei Monaten ein.

E. F., 14 Jahre altes Mädchen, litt nach vorausgegangener Pleuropneumonie an linksseitigem Pyothorax. (Behandelnder Arzt Dr. STIEBELING.) Vier Wochen nach Beginn der acuten Symptome Rippenresektion. Nach 3 Monaten wurde ich wiederum citirt, da noch eine secernirende Oeffnung bestand, wesshalb ich eine Auskratzung und Erweiterung der Fistelöffnung vornahm. Als ich nach einer fünfmonatlichen Abwesenheit Pat. wiederum zu untersuchen Gelegenheit hatte, fand ich, dass ein Assistent eine Resektion der sechsten und siebenten Rippe, jedoch nur in der Ausdehnung von jeweils  $\frac{1}{2}$  Zoll vorgenommen hatte, um, wie seine Perspektive war, die Rippen einsinken

zu lassen. Hier genügte aber pro ratione nicht die voluntas und so war der status quo ante eben durchaus geblieben.

Ich resecirte nunmehr, entsprechend dem Dache der 3 Esslöffel voll haltenden Höhle, ein langes Stück der fünften und noch jeweils ein Fragment der sechsten und siebenten Rippe, worauf eine völlige Heilung nach Verlauf von 2 Monaten eintrat.

Fräulein E. L., 33 Jahre alt, aus gesunder Familie stammend, war unter Schüttelfrost und Stechen in der Seite erkrankt, hatte viel gehustet und war dann im Stande gewesen, 14 Tage nach Ausbruch ihrer Krankheit, welcher wir wohl mit Bestimmtheit den Namen Pleuropneumonie geben können, wieder aufzustehen. Sie war dann ungefähr 2 Monate nur vorübergehend in Behandlung gewesen, bis sie unter erneuten Schüttelfrösten und Stechen in der rechten Seite genöthigt wurde, das Bett aufzusuchen. Der nunmehr herbeigerufene Dr. L. WEYLAND fand eine fausthohe Anschwellung, deren Centrum dem sechsten Intercostalraum entsprach, welche natürlich von ihm als ein sogenanntes empyema necessitatis aufgefasst wurde.

Nach der alsbald vorgenommenen Operation trat vollkommene Euphorie ein, es blieb jedoch eine Fistel zurück, welche sich trotz einer 1 Jahr dauernden Behandlung und trotz wiederholt vorgenommener Auskratzen und Anwendung von Lungengymnastik nicht schloss.

Darauf nahm ich eine Resektion der fünften und sechsten Rippe vor, da dieselben der Mitte des Höhlendaches entsprachen. Hierauf trat bedeutende Abnahme der Sekretion ein, die Höhle jedoch war nach einem weiteren Jahre immer noch nicht ausgefüllt.

So entschloss ich mich dann, 2½ Jahre nach dem Beginn der Krankheit, zur abermaligen Resektion. (St. Mark's Hospital.) Als Patient nur wenige Tropfen Chloroform inhalirt hatte, hörten Puls und Respiration völlig auf. Als nach langen Wiederbelebungsversuchen sich dieselben wieder eingestellt hatten, resecirte ich, ohne ein weiteres Anaestheticum zu geben, vier Rippen (die siebente, achte, vierte und dritte).

Der sehr grosse Defekt wurde zunächst mit Jodoformgaze drainirt.

Dass Patient keine Brutalität in der Verweigerung der weiteren Narkose erblickte, erhellt daraus, dass sie nach Schluss der Operation, mich noch, während sie auf dem Operationstisch lag, mit Dankesbetheuerungen überhäufte.

Ein halbes Jahr später war die Höhle so klein geworden, dass sie höchstens ½ Esslöffelvoll Flüssigkeit noch aufnahm, auch war das Allgemeinbefinden der Patientin dementsprechend günstig. Trotz des Ausfalls von sieben Rippen war nur eine mässige laterale Curvatur vorhanden. Da erkrankte Patient plötzlich im Frühjahr 1891 an der damals epidemisch auftretenden Influenza, welcher sie in wenigen Tagen erlag.

A. N. (demonstirt vor der Med. Gesellschaft der Stadt New York Junisitzung, 1892), 30 Jahre alt, aus gesunder Familie stammend, er



krankte in einem der Südstaaten unter wiederholten Schüttelfrösten, Verdauungsstörungen und rapider Abmagerung, wesshalb er als an Malaria leidend behandelt wurde. Als sich ein leichter Husten einstellte, wurde es als tuberkulosenverdächtig nach New York geschickt, wo sich damals unter den Jubelhymnen der Koch'schen Tuberkulinaera ein Antitubukuloseninstitut alsbald aufgethan hatte. Man hatte in dieser Anstalt jedoch über der Hyperaktivität der Injektionsspritze die Kunst zu diagnosticiren nicht verlernt und erkannte alsbald, dass es sich ursprünglich um einen Leberabscess gehandelt hatte, welcher in die Pleura durchgebrochen war, wesshalb er mir zur Operation im St. Marks Hospital überwiesen wurde. Ich hielt es für angezeigt, eine Resektion vorzunehmen, wobei ich einen mehr als gänseeigrossen Defekt in der Lebersubstanz nachweisen konnte.

Eine Kommunikation mit den Bronchien liess sich dadurch nachweisen, dass, als ich Anfangs mit einer Sublimatlösung irrigirte, Pat. einen so heftigen Hustenanfall bekam, dass er dunkelblau im Gesicht wurde, ja die Dyspnoe wurde einige Male so gross, dass ich in die grösste Angst gerieth. Schliesslich gewöhnten wir uns jedoch beide daran und ich konnte häufig vor meinen Zuhörern die Communication zwischen Cavität und Lungen durch die Irrigationsflüssigkeit nachweisen.

Nach 6 Monaten, binnen welcher Zeit der Patient 30 Pfund zugenommen hatte, bestand immer noch eine ansehnliche Cavität, wesshalb ich eine nochmalige Resektion zweier Rippen vornahm.

Als nach einem weiteren Vierteljahr kein Verschluss der Fistel stattgefunden hatte, kam mir Patient ausser Sicht. Zur Zeit befand er sich in vorzüglichem Allgemeinzustand.

E. W., Junge von 6 Jahren: aus gesunder Familie. Vor drei Jahren war ich zwei Mal wegen Laryngitis consultativ zur Vornahme von Tracheotomie resp. Intubation zu demselben Patienten gerufen worden, und hatte zwei Mal die Operation aufgeschoben — wie ersichtlich — mit gutem Erfolg.

Nummehr hatte sich nach vorausgegangener Pleuropneumonie ein Empyem entwickelt, welches drei Wochen nach Beginn der ersteren, — wie üblich erfolglos — aspirirt wurde. Der Hausarzt wünschte die Resektion selbst vorzunehmen und bat mich dringend, ihm hierbei behülflich zu sein.

Um nicht unhöflich zu scheinen, „half kein Widerstreben.“ Alles ging ganz leidlich bis auf die Pleurostomie.

Im Drange, die Nadel recht schneidig durchzustossen, wurde die Rippe berannt, so dass die Nadel abbrach. Das spitze Nadelfragment wurde gesucht, konnte aber nicht gefunden werden. Trotz der Versicherung des optimistischen Collegen, dass er es habe auf den Boden fallen sehen, bestand ich darauf, eine Palpirung des Pleuraraums vorzunehmen und entdeckte ich in der Höhe der zweiten Rippe das über 1 Zoll lange Fragment, welches mit seiner Spitze schon in der Lunge feststak. Da die sechste Rippe reseirt worden war, so konnte ich

mit der Spitze meines Zeigefingers die Nadel gerade noch erreichen und gelang es mir, durch Drücken gegen die Rippenwand zu während der Inspiration dieselbe zu dislociren und zum Herabfallen zu bringen. Ich hatte schon die Hoffnung aufgegeben, sie auf diese Weise zu erfassen, da ich fürchtete, dieselbe mittelst einer Zange in Folge der Athembewegungen nur noch tiefer hineinzustossen und entwarf bereits einen Plan die zweite Rippe über der Nadel zu reseciren.

O. F., 15jähriger Junge, war vor fünf Wochen an Pleuritis erkrankt, welche erst seröser Natur war und dann eitrig wurde. Als ich vom Hausarzt consultirt wurde, fand ich den Patienten somnolent, mit kaltem Schweiß bedeckt und in grosser Dyspnoe.

Die Temperatur war subnormal und der Puls nicht zu fühlen. Das Exsudat nahm die ganze linke Thoraxhälfte ein.

Ich erklärte, dass bei diesem Zustand sofort zu operiren sei und zwar ohne Narkose. Der Hausarzt widersetzte sich dem letzteren Theil meine Vorschlags auf das entschiedenste, namentlich unter dem Hinweis, dass der Vater des Patienten diese Grausamkeit nicht dulden würde.

Als ich daraufhin jede Einmischung in diesen Fall ablehnen wollte, machte mir der College den Vorwurf, dass ich ihn durch mein Vorgehen in seiner Stellung schädige.

Ich kann mir den schweren Tadel nicht ersparen, dass ich mich hierdurch einschüchtern liess und der Etikette meine wissenschaftliche Ueberzeugung Preis gab.

Die Strafe hierfür blieb auch nicht aus, denn kaum hatte Patient einige Tropfen Chloroform eingeathmet, als die vorher so frequent gewesene Athmung völlig cessirte und das Gesicht cyanotisch wurde. Zum Glück hatte ich darauf bestanden, selbst die Narkose zu leiten und war sofort mit Zungenzange, König'scher Kieferklemme und Elektrisirmaschine zur Hand. Mit diesem Armamentarium und künstlicher Respiration gelang es zum Glück, nach halbstündiger angestrenzter Arbeit den Patienten zu resuscitiren, worauf dann die Operation ohne weitere Einsprache vorgenommen werden konnte, so dass schliesslich alles noch gut ablief.

Eine gute Lehre für den- Collegen sowohl als für mich !

S. R., Mädchen von 10 Jahren, wurde vier Wochen nach Ausbruch einer Pleuropneumonie wegen Empyem, in einem hiesigen Hospital, aspirirt und eine Woche später incidirt.

Als sechs Monate später noch keine Heilung eingetreten war, wurde eine Rippenresektion vorgenommen.

Dieselbe wurde mit einer Kettensäge ausgeführt und war gerade so viel Rippe entfernt worden, dass man einen Bleistift dünnsten Kalibers hätte hindurchstecken können.

In diese hohle Gasse wurde nun vertrauensvoll ein dito Gummi-drain geschoben, welcher, nachdem er vier Wochen dem Anprall des retinirten Eiters widerstanden hatte, geknickt resignirte und unterhalb der einzigen Sicherheitsnadel, welche sie durchbohrt hatte, um

ihn in situ zu erhalten, abbrach. In Folge davon, dass zu dieser Zeit die Eltern nach Long Island übersiedelten, wurde der Verband einige Tage gar nicht gewechselt und so war es Dr. VOEGTLE vorbehalten, den error loci des Drainfragmentes zu constatiren. Mit seiner Hülfe vervollständigte ich nunmehr die Resektion des Rippenconservirenden Collegen und entfernte dann, als ich meinen Zeigefinger einführen konnte, mühelos den Durchbrenner. Eine Auskratzung copiöser Granulationen vervollständigte die Operation.

Vier Wochen später war völlige Heilung eingetreten, nachdem die arme Kranke im Laufe von 11 Monaten erst aspirirt, dann incidirt, halb und dann ganz reseirt worden war.

Im Hinblick auf verfehlte Aspirationstechnik möchte ich erwähnen, dass in dem Fall des obenbeschriebenen tuberkulösen Maschinisten von einer der anerkanntesten hiesigen Autoritäten mehrmalige erfolglose Probepunktionen vorgenommen worden waren, wesshalb der Verdacht auf Empyem trotz der Dämpfung von der Hand gewiesen wurde.

Ich machte wenige Tage später ebenfalls zwei erfolglose Probepunktionen, erhielt aber Tags darauf mit einer grösseren Aspirationsnadel pus.

A. R., 2 Jahre altes Mädchen aus gesunder Familie, erkrankte an linksseitiger Pleuropneumonie mit nachfolgendem Empyem, welches als solches von Dr. MOSKOWICZ alsbald erkannt und durch die PRAVAZ'sche Spritze verificirt wurde. Eine Operation wurde sofort angerathen. Da die Eltern sich nicht dazu entschliessen konnten, consultirten sie einen als vorzüglichen Diagnostiker bekannten Collegen. Derselbe nahm 3 erfolglose Aspirationen vor und rieth auf Grund derselben von einem Eingriff ab. Mehrere Tage später wurde Patient von Dr. MOSKIWICZ unter genauer Schilderung des Vorausgegangenen mir zugewiesen. Dämpfung, abgeschwächtes Athmen und Krankengeschichte deuteten freilich auf ein Empyem, jedoch stach ich *sechs* Mal ein, ohne Eiter zu finden.

Ich muss deshalb zu meinem Bedauern zugeben, dass ich dachte, Dr. M. hätte sich am Ende doch getäuscht und bat ihn, am nächsten Tage selbst anwesend zu sein. Da er bei seinem Befund beharrte, so stach ich abermals ein und fand eine Spur von Pus an meiner Canüle.

Bei der alsbald im St. Marks Hospital vorgenommenen Resektion fand sich die Erklärung: Die höchstens Hühnereigrösse Abscesshöhle war von einem einzigen grossen Gerinnsel ausgefüllt, welcher von einem halben Esslöffel Eiters umspült wurde.

So ist es leicht zu verstehen, dass beim Probestich die Nadel in der soliden Masse stecken blieb und deshalb keinen Eiter aufzog.

L. I., 12 Jahre alt, soll ein Empyem nach Pleuritis acquirirt haben. Die Probepunktion ergab Eiter. Patient sollte am darauffolgenden Morgen im St. Marks Hospital operirt werden. Ueber Nacht ein starker Hustenanfall mit viel Expektoration. Am Morgen wiederholte ich den Probestich ein dutzend Mal, ohne Eiter zu finden, wesshalb ich von der Resektion absah.

Da Patient binnen Kurzem ganz gesund wurde, so nehme ich an, dass in der Nacht, vielleicht durch die Punktion irritirt, eine Perforation in einen Bronchus stattgefunden hatte.

M. T., achtjähriges Mädchen mit derselben Anamnese, zeigte Tags nachdem mittelst Probestich Eiter nachgewiesen worden war, nach etwa zehnmaliger Aspiration keinen Eiter und genas völlig. Hier war kein Hustenanfall eingetreten; ein Connex zwischen Probestich und Resorption dürfte jedoch wohl angenommen werden.

M. L., 6 Jahre alt, kräftiger Junge aus gesunder Familie, erkrankte plötzlich nach dem Genuss von Orangen an heftigen Schmerzen in der rechten Seite, namentlich aber in der Gegend der Darmbeingrube. Die Temperatur belief sich auf 106, Puls 144, Respiration 42.

Erbrechen und leichte Convulsionen waren vorhanden gewesen. Im Stuhlgang viele Orangenkerne. Der Hausarzt dachte naturgemäss an eine Appendicitis, um so mehr, als Tags zuvor ein Spielkamerad auf dem Abdomen des Patienten Sprungevolutionen gemacht haben sollte.

Einer unserer hervorragenden Chirurgen wurde alsbald consultirt. Da keine Resistenz in der rechten fossa iliaca constatirt werden, das Bein des Patienten auch schmerzlos gehoben werden konnte, so rieth derselbe, vorläufig expektativ zu verfahren.

Zu gleicher Zeit untersuchte auch ich den Patienten und glaubte jrechts unten eine Schalldifferenz wahrnehmen zu können. Da dieselbe jedoch sehr gering war und man zur Perkussion eines Chirurgen schliesslich doch kein rechtes Vertrauen hat, so wurde eine interne Capacität hinzugezogen, welcher es ein Leichtes war, am folgenden Tage die nunmehr völlig demaskirte Pleuropneumonie zu diagnostizieren. Drei Wochen später führte ich die Resektion wegen Empyem aus.

Der Heilungsverlauf war ideal. Nach drei Wochen probirte es der Hausarzt, den Drain wegzulassen, worauf sich die Wunde alsbald schloss. Nach einigen Tagen traten Schüttelfröste ein. Da keine subjektiven Symptome, besonders keine Schmerzen vorhanden waren, so wurde an Typhus gedacht. Einer der berühmtesten klinischen Lehrer Amerikas wurde hierauf hinzugezogen und — zur Warnung für die *jurantes in verba magistri* sei es gesagt — entdeckte nicht, dass eine Eiterretention die Ursache des „Typhus“ war.

Als ich schliesslich einige Tage später citirt wurde, konnte ich durch Einbohren mit der Hohlsonde leicht den retinirten Eiter demonstrieren. Nachdem wiederum drainirt worden war, trat binnen achtzehn Tagen völlige Heilung ein.

Während des Druckes dieser Arbeit habe ich zwei weitere Empyemfälle operirt, wie anzunehmen ist mit gutem Erfolg, so dass meine Statistik sich nunmehr auf 138 Fälle beläuft.

## II.

## Central Arizona als Sanitarium für Tuberculosis, Rheumatismus und Asthma.

Vortrag gehalten in dem Verein Deutscher Aerzte in San Francisco.

Von

**Dr. LOUIS STERN,**

San Francisco.

Es giebt in den Vereinigten Staaten zwei climatologische Gesellschaften — die eine in Boston, die andere in Chicago — welche es sich zur Aufgabe machen, die Klimata der Territorien und Staaten wissenschaftlich zu erforschen, um den geeignetsten Platz für ein Sanitarium für Lungenkranke zu finden. Diese Gesellschaften schicken einen Fragebogen an jeden Arzt des betreffenden Landes, um Klima, Witterungsverhältnisse und Prozentsatz von Heilungen der Tuberculose festzustellen, und schicken dann einen eigenen Vertreter, einen Arzt, der sich persönlich von der Richtigkeit dieser Berichte überzeugen soll. Solche Vertreter sind nach Colorado, Texas, New Mexico bis nach El Paso, an die Grenze Arizona's gekommen; nach Arizona selbst ist erst in den letzten Monaten ein Vertreter geschickt worden.

Sie ersehen daraus, meine Herren, dass man im Osten bis dato von dem Klima Arizona's wenig hielt, wenig wusste. Wie steht es damit aber hier in Californien? Die meisten werden Ihnen auf die Frage, was für ein Land ist Arizona, zur Antwort geben: Arizona ist eine grosse heisse Sandwüste, von Kaktus bedeckt und von Indianern bewohnt. Ein solches Bild erhält man von Arizona, wenn man es von dem Fenster eines Eisenbahnwagens der Southern Pacific photographirt. Dann allerdings sieht es öde und traurig aus. Entfernen Sie sich aber nur wenige Meilen von dem Geleise der Bahn, dann ändert sich das Bild mit einem Zauberschlage. Statt der öden Wüste, sehen Sie weite Felder des tiefsten, saftigsten Grüns, Heerden fetter Rinder und edler Rosse und Obst und Weingärten, die an Mannigfaltigkeit und Saftigkeit der Frucht mit denen Californien's wetteifern können. Statt einer grossen unfruchtbaren Wüste finden Sie, dass Arizona im wahren Sinne des Wortes ein Gebirgsland genannt werden muss.

Arizona erstreckt sich vom 109° Länge westlich bis zum grossen Colorado, und vom 31.28 nördlicher Breite bis zum 37°. Nördlich von Nevada und Utah, östlich von New Mexico, südlich von Sonora und westlich von Californien und Nevada begrenzt, bildet es den äussersten südwestlichen Zipfel der Vereinigten Staaten mit ca. 120,000 Meilen. Seine grösste Länge von Norden nach Süden beträgt 400, seine grösste Breite von Osten nach Westen 350 Meilen.

Das Land ist im Norden ein grosses Plateau, welches durch die Vereinigung der Rocky Mountains und Sierra Nevada gebildet, 5–8000 Fuss sich über den Meeresspiegel erhebt. Dieses Plateau ist von tiefen Fissuren und engen Thälern durchbrochen und von den schönsten Fichtenwaldungen bedeckt. Einzelne Gipfel der Bergzüge erreichen eine bedeutende Höhe; unter ihnen am hervorragendsten der St. Francisco Mountain, 13,000 Fuss hoch. Allmählich fällt das Plateau südlich, vom 34° Breitengrade jedoch abrupt 2–4000 Fuss in die Thäler des Salt River Valley und Gila River ab, welche Central Arizona bilden, das 15–2500 Fuss hoch über dem Meeresspiegel liegt. Von hier aus fällt Arizona nach Westen in den Golf von Californien, nach Osten und Süden erhebt sich die Landschaft, um in die Berge Mexico's überzugehen. Die Rocky Mountains setzen sich im Osten Arizona's fort und bilden im Süden wieder stattlichere Bergzüge; im Westen längs der Küste des Golfs von Californien finden sich die Fortsetzungen der Sierra Nevada in vereinzeltten Bergzügen. Beide vereinigen sich an der Grenze von Mexico, um die Berge dieses Landes zu bilden.

Central-Arizona, durch den abrupten Abfall des Plateaus in die Thäler des Salt und Gila River gebildet, umfasst die eben genannten Thäler, mit der Hauptstadt Arizona's, Phoenix, im Centrum gelegen. Im Osten von den höheren Fortsetzungen der Rocky Mountains, im Westen von den abgerissenen Ausläufern der Sierra Nevada begrenzt, ist es von allen Seiten von Bergen umgeben.

Dieses Central-Arizona ist das fruchtbarste Land des Territoriums, wenn nicht der ganzen westlichen Küste, und bringt all' die semitropischen und tropischen Früchte, denen Süd-Californien seinen Ruf verdankt, etwa vier Wochen früher zur Reife. Was das Land zu leisten vermag, können wir heute, wo wir an der Wiege der agriculturischen Entwicklung Arizona's stehen, kaum sagen. Ahnen können wir nur die Grossartigkeit seiner Fruchtbarkeit, wenn wir die Geschichte entziffern, welche die früheren Bewohner dieses Landes uns in ihren Ruinen hinterlassen haben. Lieutenant Cushing, der beste Kenner dieser Indianer-Ruinen, schätzt die einstige Einwohnerzahl des Salt River Valley allein, welches 25–30 Meilen breit und 60–70 Meilen lang ist, auf eine Million. Zwanzig bis dreissig Meilen entfernt von jeder Quelle, jedem Flusse finden sich Ueberreste von Städten, die sich Meilen weit erstreckten. Nur vor wenig Wochen wurden 30 Meilen von Phoenix die Ruinen einer Stadt entdeckt, die nach der geringsten Schätzung 60,000 Seelen gefasst haben muss. Wenige Meilen von der jetzigen Hauptstadt Arizona's hat Lieutenant Cushing durch thatsächliche Ausgrabungen — die einzigen Ausgrabungen, die in diesem Lande von der Regierung gemacht worden sind — eine Stadt begrenzt, die, einen Flächenraum von 9 Quadratmeilen bedeckend, von einer hohen Mauer umgeben und von vier- bis sechsstöckigen Gebäuden, wahrscheinlich Festungsbauten, umzäunt war. Und weiter südlich von dieser Stadt finden sich Anzeichen einer ebenso grossen, wenn nicht grösseren zweiten Stadt.

Durch das ganze Thal hindurch finden sich Wasserwege, von Menschenhand durch Thal und Berg gebaut, die zum Theile heute noch, nach Tausenden von Jahren, dem Zahne der Zeit getrotzt, und von Schutt befreit, in einer Vollendung dastehen, wie wir sie mit all' unseren Instrumenten und Erfindungen nicht übertreffen, kaum erreichen können. Dass die damaligen Bewohner allerdings ein ganz anderer Menschenschlag gewesen, auf einer viel höheren Kulturstufe gestanden, als die heutigen Indianer, die das Land in der primitivsten Weise bearbeiten und ihm kaum den nothdürftigsten Unterhalt abzugewinnen wissen, bedarf kaum der Erwähnung. Schade nur, dass diese Fusstapfen verschollener Geschlechter, deren Deutung eine würdige Aufgabe für einen Schliemann, einen Virchow gewesen wäre, so unbeachtet, dem Verfall der Zeiten überlassen, daliegen.

Das Klima dieses fruchtbaren Landes ist wohl häufig verleumdet und verlacht, aber von medicinischem Standpunkte kaum richtig gewürdigt worden. Denken Sie sich, um Sie nicht mit Zahlen zu ermüden, das wärmste Klima Süd-Californiens und addiren Sie 5—10 Grad für den Tag und die doppelte Anzahl für die Nacht und Sie haben das Klima Central Arizona's. Von Juni bis October ist es allerdings warm, das Thermometer geht kaum unter 102—105 Grad F. Die Nächte bis Mitternacht zeigen nur einen geringen Temperaturabfall. Aber diese höhere Temperatur ist nicht das Charakteristische des Klimas in Central Arizona. Was Arizona's Klima auszeichnet und was Central Arizona zum Sanitarium par excellence für Lungenkranke stempelt ist die ausserordentliche Trockenheit der Luft, die Abwesenheit jeder Spur von Thau, die Gleichmässigkeit der Temperatur, der ewige Sonnenschein und blaue Himmel, die allmähliche Abkühlung der Luft nach Sonnenuntergang und die wunderbar schöne Nacht.

Die oben geschilderte Anordnung der Berge hält die kalten Nord- und Ostwinde wie mit einem Schirm von Central Arizona ab, und nur vom Süd-Westen können die milden Trade-Winde es erreichen, und auch erst, nachdem sie auf ihrem Wege über Nord-Mexico ihre Feuchtigkeit theilweise eingebläst haben.

Um einen Vergleich anzustellen, so ist der Feuchtigkeitsgrad der besten europäischen Sanitarien, die ihrer Trockenheit wegen besonders bekannt sind, die klimatischen Kurörter an der Riviera, 70 Grad; New York hat eine Humidität von 90 Grad, Arizona 35 Grad. Meine Herren, ich glaube in keinem bewohnten Orte in der Welt finden Sie einen so niedrigen Feuchtigkeits-Quotienten. Sobald die Sonne aufgegangen, können die Kranken an die freie Luft; sie brauchen nicht auf das Schwinden des Thaues zu warten; sie frösteln nicht, wenn sie vom Sonnenschein in den Schatten treten. Das zeichnet Central Arizona vor Californien aus, wo Lungenkranke besser gedeihen in den rauheren, aber trockeneren Berggegenden, als in den mildereren, aber vom Nebel heimgesuchten Thälern an der Küste. Bedingt wird die Trockenheit Arizona's nicht wenig durch einen Regenfall von nur 3—6 Zoll, der sich fast gleichmässig auf acht Monate vertheilt. Es gibt

demnach nur wenige Tage im Jahre, an denen Sie die Sonne nicht sehen können.

Und worin besteht nun der Vortheil dieser Trockenheit der Luft? Vor allem empfinden Sie trockene heisse Luft viel weniger, als Luft von derselben Temperatur, die mit Feuchtigkeit mehr gesättigt ist. Leute, die bei 110° F. im Schatten im Felde arbeiten, werden durch die feuchte Temperatur des Ostens, in New York oder St. Louis, schon bei 90° F. deprimirt und erschlaft. Besonders klagen Bewohner Arizona's, die Mitten im heissen Sommer nach dem Osten gehen, über die schlaflosen Nächte und den wenig erfrischenden Schlummer in diesen dem Thermometer nach viel kühleren, dem Gefühle nach aber viel heisseren Temperaturen. Wir finden auch nur vereinzelte Fälle von Insolation, trotzdem die Ernte der südlichen Lage und des tropischen Klimas wegen zu einer Zeit zur Reife kommt und bestellt werden muss, in der die Hitze des Sommers ihren Höhepunkt erreicht hat. Eine weitere Folge der Trockenheit der Luft ist die äusserst rege Hautathmung und Feuchtigkeitsabgabe von Seiten der Haut und Lungen an die Luft. Diese bedingt eine Beschleunigung des Stoffwechsels, welche uns zwingt, grössere Dosen der Arzneimittel zu verschreiben, um die physiologischen Effecte zu erreichen und ferner verursacht sie — und, meine Herren, ich lege besonders viel Gewicht darauf — einen guten Appetit, der bei der grossen Hitze im ersten Augenblicke geradezu frappirt. Ich habe eine ganze Anzahl von Leuten beobachtet — und ich gehörte selbst zu diesem Material — die während der Sommermonate nicht nur nicht an Gewicht verloren, sondern sogar bedeutend zugenommen haben.

Gleich nach Sonnenuntergang kühlt sich die Temperatur erst allmählich ab und die müde Menschheit zieht sich nach Vollendung ihrer täglichen Arbeit zur Ruhe nicht in ihre Häuser zurück, sondern schlägt ihre einfachen, aus einem Canvas Cot bestehenden Betten in freier Natur, so weit wie möglich von den Gebäuden entfernt, um den Wärmestrahlungen derselben zu entgehen, auf, und nur von der allen Wesen gemeinsamen Decke, dem zauberhaft schönen tropischen Himmel bedeckt, verfällt sie in einen erquickenden Schlummer; erst in der frühen Morgenstunde greift das verweichlichte Menschenkind nach einer wärmenden Hülle. Und wie wirkt nun das Klima Arizona's auf Kranke?

Meine Herren, Tuberculöse, die im letzten Stadium der Phthisis — wie es bis dato meistens der Fall war —, nach Arizona kommen, sterben hier ebenso sicher und auch vielleicht ebenso schnell, wie zu Hause. Dass sie aber angenehmer sterben, ist eine unläugbare Thatsache. Denn die warme trockene Luft wirkt wie ein Opiat. Der Husten wird geringer, die Secretion wird bedeutend beschränkt, das Fieber fällt ab und der Appetit wird besser. Schicken Sie beginnende Phthisiker nach Arizona, lassen Sie sie ihren Wohnsitz dort aufschlagen, sich mit Ackerbau, Viehzucht beschäftigen und sie werden recht erfreuliche, oft brillante Resultate erzielen.



Die Bevölkerung Arizona's bestand ursprünglich aus Prospectors, die in ihrer Gier nach Gold sich weder durch die feindlichen Indianer, noch die viel gefährlicheren, wasserarmen Einöden Arizona's abschrecken liessen. Dann kamen östliche Emigranten, die eines kranken Familiengliedes wegen den südlichen Weg nach Californien einschlugen und von dem wunderbar milden Klima Arizona's entzückt und gebessert, sich dort niederliessen. Meine Herren, ich habe eine ganze Reihe von solch' hereditär belasteten Kolonien gesehen, die hier wuchsen und sich vermehrten, während sie in jedem andern Klima schon längst ausgestorben wären. Beginnende Lungenkranke mit frühzeitigen Haemorrhagien gedeihen besonders gut in Arizona. Eine Lungenblutung habe ich während meiner mehr als 5jährigen Praxis in Phoenix nur zweimal gesehen. Als examinirender Arzt für die meisten Lebens-Versicherungen habe ich öfters Candidaten empfohlen, die mit Haemorrhagien vom Osten kamen und bei denen ich nach längerem Aufenthalte in Arizona keine Spur einer Tuberculose eruiren konnte. Am tiefsten hat sich meinem Gedächtnisse eingepägt ein Mann, der vor 15 Jahren vom Osten hierher kam, von Lungenblutungen auf's Aeusserste geschwächt, von seinen Aerzten als unrettbar einem frühen Tode verfallen, nach einem milderen Klima geschickt wurde, um leichter sterben zu können. Der Patient, reichlich mit Geld versehen, langte in Tucson an, und da er sein Geschick kannte, überliess er sich allen Ausschweifungen, die ein wildes, uncivilisirtes Land nur zu reichlich bietet. Nachdem er so sein Vermögen verprasst und sich zu seiner Verwunderung noch immer unter den Lebenden fand, zwang ihn die grause Nothwendigkeit, Arbeit zu suchen, um sein Leben zu fristen. In wenig Monden veränderte er sich dermassen zu seinem Vortheile, dass ihn seine intimsten Freunde kaum erkannten, und bald galt er als der stärkste, physisch best gebildete Mann des Territoriums. Heute noch, mit seinen 60 Jahren, bewährt er als Adjutant-General der Militia diesen Ruf, und wenn man den fast ideal proportionirten, kräftigen Mann mit elastischen Schritten einhergehen sieht, kann man es kaum glauben, dass er vor 15 Jahren das Bild eines hoffnungslosen Tuberculösen gewesen war.

Der ärmeren Klasse angehörende Patienten, die auf sofortige Arbeit angewiesen sind, zeigen schneller das günstige Resultat des Klimas, als die im Schoosse ihrer Familien anlangenden, sorgsam gepflegten reichen Kranken. Ich rathe daher allen jungen verheiratheten Phthisikern allein nach Arizona zu gehen und sich manuell auf der Farm zu beschäftigen. Gerade der Umstand, dass sie sich so manchen Unbequemlichkeiten und Strapazen aussetzen müssen, hat einen wohlthätigen Einfluss auf ihre Gesundheit.

Von ganz eminenter Schädlichkeit und streng zu meiden ist für Phthisiker der Geschlechtsgenuss, der gerade bei an dieser Krankheit Leidenden rege ist. Ich habe junge Leute gesehen, die durch mehrjährigen Aufenthalt von beginnender Tuberculose allem Anscheine

nach geheilt, kurz nach ihrer Verheirathung ein neues Hervorbrechen der dann gewöhnlich schnell zu Ende führenden Krankheit zeigten.

Den besten Beweis für die Salubrität des Klimas in Arizona liefern die Ureinwohner desselben, die Indianer. Die Männer alle gross, schlank, sehnig, breitschultrig; die Frauen wohlgeformt, mit nicht unschönen Gesichtszügen und auffallend kleinen Händen und Füssen. Einen schöneren Stamm als die Indianer Central Arizonas kann man kaum finden.

Lange Zeit war die Ansicht herrschend, dass die Syphilis von den Matrosen des Columbus nach Europa, die Tuberculosis von den Caucasiern nach America gebracht worden sei. Beide Ansichten haben sich als falsch erwiesen. Nach den neuesten Forschungen wurde der erste Fall von Syphilis in Ober-Italien im Jahre 1494 beobachtet, zu einer Zeit als die Schiffe des Columbus allerdings auf der Heimfahrt begriffen aber noch nicht in Europa gelandet waren. Von Europa wurde dann die Syphilis nach America importirt, den Indianern durch die Weissen inoculirt, was man deutlich daraus erkennt, dass gerade die guten Indianerstämme, die sich den Eindringlingen freundlich zeigten, mit ihnen viel verkehrten, von dieser Krankheit schrecklich durchseucht sind, während die blutdürstigen Apaches, die sich von den Weissen fern gehalten haben, frei von Lues bis heute sind.

Andererseits haben die Nachforschungen, welche das Kriegsministerium durch die Reservations-Aerzte der verschiedenen Indianerstämme hat anstellen lassen, ergeben, dass die Tuberculose in allen Stämmen schon vor der Ankunft der Weissen mehr oder weniger einheimisch war; nur zwei Stämme zeigten sich frei von Phthisis und einer dieser Stämme bewohnt Central Arizona.

Sind die Indianer Central Arizona's auch absolut frei von jeder Tuberculose, so kann man dasselbe durchaus nicht sagen von den Mischlingen der Indianer und Kaucasier. Es ist eine bekannte Thatsache, dass die Kinder solcher Mischehen zwischen Indianern und Weissen — und hierbei handelt es sich meistens um Spanier — ein sehr fruchtbares Feld für den Koch'schen Bacillus geben. Schon frühzeitig zeigen solche Früchte Serophulose und Tuberculose; trotzdem sterben sie durchschnittlich im höhern Lebensalter, als man nach den Erfahrungen in anderen Klimaten erwarten sollte.

Die Ursache dieser grossen Affinität der Halbindianer, selbst wenn sie von gesunden, nicht hereditär belasteten Vätern abstammen, für Tuberculose ist bis jetzt unbekannt und wohl einer eingehenderen wissenschaftlichen Forschung würdig.

Ist demnach selbst das Klima Central Arizonas mit all seinen Vortheilen nicht im Stande, alle Fälle von Tuberculose zu heilen, zu bessern — so bewirkt es die brilliantesten Erfolge bei zwei anderen Krankheiten — dem chronischen Rheumatismus und Asthma. Beide Krankheiten werden namentlich durch die warme, trockene Sommertemperatur höchst vortheilhaft beeinflusst. Asthmatiker, die ganz

America durchstreift haben, um ein ihrem Leiden zuträglicheres Klima zu suchen, finden in Central Arizona ein wahres Paradies. Ebenso sicher finden an Rheumatismus Leidende Heilung in diesen trockenen warmen Thälern, wengleich ein längerer Aufenthalt nöthig ist, um einen bleibenden Erfolg zu sichern. In Folge der starken Feuchtigkeits-Abgabe von Seiten der Körperoberfläche gedeihen chronische Nephritiker gut in Arizona. Convalescenten nach Pneumonie und Pleuritis erlangen ihre Kräfte und Gesundheit am schnellsten hier wieder, besonders in jenen Fällen, in denen eine chronische quälende Bronchitis die geschwächten Kräfte der Patienten darniederhält. Als Sanitarium für Reconvalescenten hat Mittel-Arizona schon trotz der Unbekanntheit einen gewissen Ruf und Beachtung von Seiten der Aerzte des Ostens und Westens erlangt. Wenn auch Arizona in den letzten Monaten besonders östliche Kapitalisten angezogen hat, wenn auch ihre Hauptstadt — Phoenix —, 10,000 Einwohner zählend, mit ihren elektrischen Strassenbahnen, ihrer elektrischen Beleuchtung, ihrer Wasserleitung und ihrer Canalisation auf eine beginnende Aera des Wohlstandes hinblickt, mit ihrer Fruchtkultur als einzig gefährlicher Rivale Californiens immer mehr in den Vordergrund tritt, schon jetzt mit kräftiger Hand um Anerkennung als Staat in Washington anklopft, so liegt ihre grösste Zukunft doch in der Thatsache, dass Central-Arizona das beste, vollkommenste Sanitarium für Tuberculosis, Asthma und chronischen Rheumatismus ist.

## REFERATE.

## Krankheiten des Verdauungsapparates.

Referirt von Dr. MAX EINHORN.

1. Zur Symptomatologie des *Botriocephalus latus*. Von Dr. A. Hartge. (St. Petersburg Med. Wochenschrift, 1893, No. 35.)

Bekanntlich ist es schwer, eine Diagnose auf Bandwurm zu stellen, es sei denn, dass Bandwurmstücke oder Eier in den Faeces gefunden werden. H. hat nun mehrere Fälle von Bandwurmerkrankung beobachtet, wo er in der Symptomatologie gewisse gleichmässige Punkte hat constatiren können, welche er bei der Diagnosenstellung da, wo Bandwurmstücke oder Eier vermisst werden, für wichtig hält. Diese Punkte sind folgende :

1) Beständige kolikartige Schmerzempfindung im Mesogastrium in weiterer Ausdehnung, welche auf Druck von aussen nicht wesentlich gesteigert wird. 2) Diese Schmerzen werden nur bei aufrechter Körperhaltung empfunden und verschwinden bei Horizontallage. 3) Alkoholhaltige Getränke wirken beruhigend. 4) Diät und Medicamente, ausgenommen Narcotica, haben keinen Einfluss. — Nebenbei sind vorhanden : Druck, Völle, Gefühl von Spannung im Leibe, leichte, ziemlich beständige Uebelkeiten, fader Geschmack u. s. w.

Natürlich wird die exacte Diagnose wohl stets nur durch abgegangene Bandwurmglieder (Bänder) oder Eier im Stuhl zu stellen sein, sobald erst ein *Bothrioceph.* längere Zeit im Darm schmarotzt hat, die angeführten Symptome würden dort zu berücksichtigen sein und eine Bandwurmkur rechtfertigen, wo Glieder nie beobachtet worden, der Eierbefund fraglich oder die Untersuchung darauf nicht gut zu bewerkstelligen ist, oder wo der Schmarotzer noch so jung und unentwickelt ist, dass er weder reife Glieder noch Eier producirt, aber doch schon im Stande ist, recht unangenehme Beschwerden hervorzurufen.

## 2. Some Points in the Surgical Treatment of Simple Ulcer of the Stomach. By Wm. F. Haslam. (The Therap. Gaz., September 15 1893).

H. tritt für die chirurgische Behandlung derjenigen Magen, geschwüre, welche in die Bauchhöhle perforiren, ein. Nach H. ist es zweckmässig, die Perforationsstelle (ohne dass dieselbe excidirt wird) durch die LEMBERT'sche Naht zu schliessen. Der Magen muss vor Anlegung der Naht ordentlich gereinigt werden ; dies geschieht durch Auswaschen desselben entweder von der Perforationsstelle aus oder durch Einführung des Schlauches durch den Schlund. H. ist auch für die Anlegung einer ausgiebigen Drainage am unteren Theile der Bauchhöhle ; zu diesem Behufe muss nach H. eine frische Incision unterhalb des Nabels gemacht werden. Für die Excision von Magengeschwüren, welche noch nicht perforirten, tritt Verfasser nicht ein.

## 3. Die diätetische Behandlung der Magenkrankheiten. Von Dr. E. Hertzka (in Karlsbad). (Sonderabdruck der Med. Presse, No. 25—29, 1892).

Allgemein gültige Schemata für die Ernährung Magenkranker aufzustellen, hält H. für unmöglich. Ein Speisezettel für Magenkranke wird nur dann richtig ausfallen, wenn er dem Einzelfalle angepasst

wird. H. ist kein Freund zu grosser Einschränkungen; in den meisten Fällen, auch in den LEUBE'schen Speisezetteln, wird zu wenig erlaubt. Verf. hält es für nöthig, die Quantität der Speisen und Getränke näher zu bestimmen. H. gibt genaue Speisezettel an, die im Original nachzulesen sind. Im Ganzen empfiehlt H. folgende Kostordnung:

A. Reine Milchdiät,  $1\frac{1}{2}$ —3 Liter pro Tag, echten Karlsbader Wasserzwieback oder englische Cakes (Water- und Sodasorte), Wasser. Als Ersatzmittel der Milch empfiehlt sich Mischung mit Kalkwasser, Thee, die sterilisirte, condensirte Milch oder Buttermilch, Magermilch, auch Kumys und Kefyr, aber nicht bei Ulcuskranken.

B. Milch, Bouillon, rohe und ganz weiche Eier und ebenso Eiweiss, dasselbe auch fein geschlagen oder fein gequirlt, Wasserzwieback und englische Cakes; Beef-tea (Filetfleisch wird in Würfeln geschnitten, in breithalsige (Dunstobst-) Flasche gethan, etwas Salz und 2 Esslöffel Wasser hinzugefügt, die Flasche dicht verschlossen und in Wasser durch 2—3 Stunden gekocht. Der Saft wird nun abgossen und in Bouillon verabreicht).

Die LEUBE-ROSENTHAL'sche Fleischsolution ist ebenfalls sehr nahrhaft. Doch sind viele Büchsen, resp. deren Inhalt oft verdorben. Sie wird aus fettfreiem, fein zerhacktem Rindfleisch—das im PAPIŒ'schen Topf nach Zusatz von Acid. hydrochloric. 24—36 Stunden gekocht hat—hergestellt. Von bedeutendem Nährwerth sind auch die Peptonpräparate (Kemmerich, Denaeger, Maggie und das Peptonbier), sie werden vorübergehend gebraucht und können das Fleischiweiss völlig ersetzen; dasselbe gilt von den Hemialbumosen (Propeptone, ANTWEILER's Albumosepepton). Empfehlenswerth ist der Zusatz von Gelée, Aspik, Gallerten, die aus den eiweissparenden, leimgebenden Substanzen (Kalbskopf, Kalbs- und Schweinfüsse, Ochsenmaul und -Schwanz) gewonnen werden.

C. Bouillon, dünnflüssige Tapiocasuppe, gekochtes Kalbsbrüesl (Thymusdrüse), gekochte Taube und junges Huhn—Milchbrei aus Tapioca oder gut gekochten Kartoffeln—Kartoffelpürée, ohne Fettzusatz, mit Bouillon oder Wasser zur Püréeconsistenz versetzt.

D. Thee rein oder mit Zusatz von wenig Milch—geschabter Schinken, roh oder gekocht (Sehnen oder Fett werden sorgfältig ausgeschieden, auch darf der Schinken nicht zu trocken, nicht stark gesalzen oder gewürzt sein, am besten eignen sich Prager oder Karlsbader Schinken), geschabtes Lendenfleisch (Filet), auch solches fein gehackt und roh. Beefsteak (abgelegen), in Bouillonsaft und frischester Butter leicht (englisch) gebraten, Kartoffelpürée (mit Wasser oder Milch, zubereitet), fein gehackter und durchsiebter Spinat (naturel bereitet) und genau so behandelter und bereiteter Häuptelsalat (Kochsalat), Zwieback oder geröstete Semmelschnitten, eben solches Weissbrot oder altbackenes Weissbrot, wodurch das Amylum auch im Brotinneren in Dextrin verwandelt wird—odernur Brotrinde; natürliche Säuerlinge (Giesshübler, Krondorfer, Biliner, Borszék, Selters).

E. Bei dieser Kostordnung werden schon Fische (Hecht, Schill, kleine Forellen, blau gesotten), Rind: Beefsteak, Filet, Rostbeef (mehr englisch), Huhn und Taube gebraten, sowie zartes, junges Wild (Rebhuhn, Rehsteak, Rehfilet oder Rücken), endlich Kalbsteak oder Rücken (Nierenbraten mit Ausschluss der Niere und Haut) gestattet; ebenso von Gemüse Reissbrei, auch aus Knorr'schem Reismehl), Carottenpürée, Spargel, amerikanische Birnen, Aepfel (gedünstet oder als Mus), auch ganz leichte Mehlspeisen; Maccaroni, Biscuitstange, Biscuittorte, eventuell mit Apfelsinensaft, Reis- und Grieskoch.

## Dermatologie und Urologie.

Referirt von Dr. H. GOLDENBERG.

**Beitrag zur Lehre vom primaeren Carcinoma urethrae von Dr. Oberlaender.** (Sonderabdruck aus: Internat. Centralbl. für die Physiol. und Patnol. der Harn- und Sexualorgane. IV. Band, Heft. 5.)

Der vom Verf. mitgetheilte Fall ist der erste, bei dem das primaere Harnröhrencarcinom vor der Operation diagnosticirt wurde. Die durch das Endoscop gestellte Diagnose wurde durch das Microscop bestätigt. Es handelte sich um einen 72jährigen Patienten mit chronischer Affection der Harnröhre und Blase. Eines der constantesten Symptome waren Blutungen bei dem vom Patienten vorgenommenen Katheterisiren. Bei der Untersuchung von aussen wurde in der Gegend des Bulbus ein fester, mit der äusseren Haut nicht verwachsener Tumor gefühlt, der aus einem grösseren kastaniengrossen und einem kleineren kirschkerngrossen Theil bestand. Die urethroskopische Untersuchung ergab im Bulbus eine hochrothe, an der Oberfläche unregelmässig hügelige, himbeerähnliche Masse. Nach Eröffnung der Harnröhre am Bulbus durch den Längsschnitt werden das Carcinom und 1½—2 cm. der Harnröhre oberhalb und unterhalb der Geschwulst erntfernt. Heilung per primam intentionem. Recidiv zur Zeit noch nicht eingetreten. Mikroskop. Untersuchung ergab: Plattenepithelkrebs.

**Beitrag zur Züchtung des Gonococcus Neisser, von Dr. A. Ghon und Dr. P. Schlagenhauser.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1893, No. 34.)

Die bekannten WERTHEIM'schen Züchtungen des Gonococcus sind nicht leicht ausführbar. Die Bereitung des Nährbodens ist schwierig, die Beschaffung desselben in genügender Quantität ist für ein von Kliniken getrenntes Institut fast unmöglich. Die Verf. haben desshalb ein von R. PFEIFFER zur Züchtung des Influenzabacillus angegebenes Verfahren angewandt, indem sie, zur Züchtung des Gonococcus aus der menschlichen Harnröhre, mit Agar beschickte PETRI'sche Schalen mit einigen Oesen sterilen Menschenblutes möglichst gleichmässig bestrichen und darauf den Trippereiter in parallelen Strichen auftrugen. Die Züchtung gelang sehr gut, die gewonnenen Reinculturen ergaben ein positives Impferesultat beim Menschen. In späteren Versuchen bedienten sich die Verfasser zur Züchtung des menschlichen saueren sterilisirten Harnes und des Fleischwasserpeptonagars im Verhältniss von 1 : 2. Auch auf diesem Nährboden gelang die Züchtung der Gonococci.

**The Local Treatment of Psoriasis.** By R. C. Longfellow, M. D. (The Atlanta Med. and Surg. Journal, Sept. 1893.)

In einfachen Fällen von Psoriasis empfiehlt L. zur Entfernung der Schuppen und Maceration der Haut den täglichen Gebrauch eines prothahirten heissen Bades und einer Seife aus 75 Theilen grüner Seife und 25 Theilen gereinigten Schwefels. In schweren Fällen lässt er den Seifenschaum eintrocknen. Dabei muss Patient das Bett hüten. Kann er dies nicht thun, so lässt der Verfasser eine 10% Lösung von grüner Seife in Collodium zweimal täglich einpinseln. (Die grüne Seife wird in einer kleinen Quantität Alcohol aufgelöst, dann das Collodium zugesetzt). Die nach Entfernung der Schuppen frei zu Tage liegende hyperaemische Haut behandelt er mit den gebräuchlichen Mitteln: Theer, Chrysarobin oder Pyrogallus. Den Theer wendet er meist in Form einer 15% Lösung von Pix liquida in Collodium an.

**Some Practical Hints on the Employment of Water in Genito-Urinary Practice.** By Dr. T. Block. (Kansas Med. Journal, August 1893.)

Der Artikel bringt nicht, wie man nach dem Titel erwarten sollte, practische Winke für die hydropathische Behandlung der Urogenitalaffectionen, sondern behandelt die Nachteile eines zu liberalen Gebrauchs der in Wasser gelösten antibacteriellen Mittel zur Behandlung der Harnröhren- und Blasenaffectionen, speciell des Trippers. — Bei acuter Cystitis empfiehlt der Verfasser angelegentlichst Instillationen einer 2-3% AgNO<sub>3</sub> Lösung. Der Effect ist, wie B. mit Recht behauptet, oft gradezu wunderbar, nach der ersten Instillation verschwindet häufig das quälende Symptom des Harndranges, das vorher vergebens mit allen möglichen Narcoticis behandelt wurde.

---

**Gynaecologie.**

Referirt von Dr. BRETTAUER.

**Hernia obturatoria incarcerata completa mit Vorlagerung der Tube und des Ovariums.** Von Dr. Victor v. Rogner-Gusenthal. (Wien. med. Presse, 1893, No. 26.)

Die 66 Jahre alte Frau, wurde in marastischem Zustande im Spital aufgenommen. Unter dem rechten Poupart'schen Band eine kleine flache Vorwölbung, die auf Druck empfindlich ist. Anamnese und Untersuchung berechtigen zur Diagnose einer eingeklemmten Schenkelhernie. Bei der Tags darauf vorgenommenen Operation wird der Schenkelkanal frei gefunden, und erst nach Spaltung des vorliegenden Musc. pectin. zeigt sich der Bruchsack, dessen Pforte vom Foramen obturatorium gebildet wird. In demselben liegt ein circa 4 Ctm. grosses Darmstück und Tube mit Ovarium, beide gangraenös. Anlegung eines widernatürlichen Afters. Die Patientin starb nach 6 Tagen unter den Erscheinungen einer Pneumonie. Aus dem Sectionsbefund ersehen wir, dass in dem Peritonealsacke die rechten Adnexe mit Ligamentum latum vorgelagert und dadurch der Uterus gegen den Canalis obturatorius hingezogen waren.

Dieser Fall ist nach Englisch der vierte, bei welchem weibliche Geschlechtsorgane im Sacke einer Hernia obturatoria gefunden wurden.

**Vaginal Hysterectomy for Prolapse.** By J. M. Baldy, M. D. (Ann. of Gyn. 189, No. X.)

Gestützt auf seine guten Erfolge mit vaginaler Totalexstirpation, indicirt durch Neubildungen an der Gebärmutter, führt Verf. dieselbe auch bei allen Totalprolapsen aus, und zwar nach einer Modification, die sichere Gewähr für einen Dauererfolg, der ja bei andern operativen Verfahren nur zu oft ausbleibt, leisten soll. Die Ligamenta lata werden beiderseits kurz, d. h. möglichst weit vom Uterus entfernt, ligirt und der Uterus entfernt. Die Stümpfe werden nun mit Catgut an die zurückgeschobenen Vaginalränder fixirt und darauf die Oeffnung im Vaginalgewölbe der Quere nach vernäht. Nach erfolgter Heilung wird dann der Vaginalstumpf sicher von den daran fixirten Ligamentstümpfen in der Höhe gehalten und somit ein Recidiv des Prolapses ausgeschlossen.

Ein Breisky'sches Eipessar im Uterus einer 77jährigen Greisin. Von Dr. Karl A. Herzfeld. (Centralbl. für Gynäk., 1893, No. 27.)

Wegen starken Ausflusses und lästigen Harndranges suchte eine 77jährige Patientin die Schauta'sche Klinik auf, aus deren Anamnese hervorging, dass sie seit fünf Jahren wegen Scheidenvorfall ein Breisky'sches Eipessar trage, das sie gewöhnlich selbst entfernen und reinigen konnte; seit fünf Monaten war es ihr jedoch nicht mehr gelungen das Pessar zu entfernen, ja sie konnte es nicht mehr fühlen. Bei der Untersuchung wird der untere Pol des Pessars ca. 1 cm. über dem für den Finger durchgängigen Muttermund gefunden; der Fundus wird kappenartig aufsitzend über der Symphyse getastet. Die Entfernung des Pessars geschah in Narkose, nach Spaltung des Muttermundes und Zerstückelung mittelst Paquelin und Zange. Es zeigt sich nun die Cervicalhöhle dilatirt, dünnwandig, und darüber die für zwei Finger geöffnete ungefähr zwei cm. lange Uterushöhle.

### Therapeutische Notizen.

Ueber die Wirksamkeit des Phenocolls bei Malaria liegen verschiedene Mittheilungen von italienischen Aerzten vor. In Copporo (Provinz Ferrara) wurden 10 Kranke, die an Tertiana und Quartana litten, mit Ph. hydrochloricum behandelt und 9 geheilt. In Alfomine (Provinz Ravenna) wurden 6 Kranke geheilt; in 5 Fällen war Chinin und Solutio Fowleri vergeblich angewendet worden. In Grosseto wurden von 7 Kranken 4 geheilt, 2 Fälle blieben zweifelhaft, in einem war die Wirkung eine negative. Dr. MATARAZZO beseitigte bei einem seit 3 Monaten kranken Mädchen, bei welchem Chinin, Arsen und Jodkalium wirkungslos geblieben waren, die Fiebererscheinungen innerhalb 11 Tagen. Dr. POLLETTINI hat 100 Malariakranke mit Phenocoll behandelt und in 48 Fällen Heilung, in 27 unsichere und in 25 negative Wirkung beobachtet. Dr. CUCCO-OLIO hat eine Reihe von Fällen beobachtet, in welchen Phenocoll dem Chinin gegenüber in eclatanter Weise wirkte. Ausserhalb des Körpers hat jedoch das Mittel keine zerstörende Wirkung auf die Malaria-Plasmodien. Nach den gewonnenen Erfahrungen ist demnach die günstige Wirkung des Phenocolls bei Malaria zweifellos, wenn auch die Wirkung nicht in allen Fällen eine absolut sichere ist, was ja auch beim Chinin der Fall ist. (Gaz. degli Osp. 1893.)

*Folia Vaccinii Myrtilli* sind neuerdings als ein Mittel gegen *Diabetes mellitus*, oder zur Verminderung der abnormen Zuckerbildung bei dieser Krankheit empfohlen, und ist dafür das Extract derselben in Gebrauch gekommen. *Vaccinium Myrtillus* enthält, wie andere *Vaccinium*-arten, wie *Arbutus uva ursi*, *Chimaphila umbellata* und viele *Ericaceae*, *Chinasäure* und das Glycosid *Arbutin*. Jene verlässt den Organismus durch den Harn als Hippursäure, dieses als Hydrochionsulfat und Methylhydrochionsulfat. Die erstere vermindert die Zuckerreaktion des Harnes, das letztere macht denselben im Polarisator links drehend. Beide beeinträchtigen daher die gewöhnlichen Zuckerreaktionen und führen durch scheinbare Verminderung der Resultate derselben eine Täuschung herbei, in Folge deren man den irrigen Rückschluss gemacht hat, dass diese Pflanzenmittel eine Verminderung der Zuckerbildung bewirken. OEFELE in Bad Neuenahr macht nun in der *Phar. Centr. H.*, 1893, S. 306, auf diese Thatsachen aufmerksam und wird wohl damit dem ferneren Vertrauen der Aerzte auf diese vermeintlichen *Diabetes*-Mittel ein Ende legen.



Prof. Belljarminow (St. Petersburg) untersuchte das von RAEHLMANN in die Praxis eingeführte Alkaloid *Scopolaminum mur.* an 30 Personen. Dieses Alkaloid wirkt rascher als Atropin, erreicht rascher sein Maximum, dagegen ist die Wirkung eine weniger anhaltende. Eine Lösung von Atropin 1:120 entspricht einer Lösung von Skopolamin, lähmt die Accomodation, alterirt den intraocularen Druck beim normalen Auge nicht und besitzt einen hohen Diffusionscoefficient. Therapeutische Anwendung findet Skopolamin bei Erkrankungen der Iris, der Hornhaut (keratitis phlyct., parench. diffusa, keratitis-hypopyon etc.) dann nach *discissio cataractae*. Als Nebenerscheinung werden bei Anwendung einer starken Lösung (1:120) genannt: Trockenheit und Hitzegefühl im Rachen. Durstgefühl, Schwindel, schwankender Gang. Bei schwachen Lösungen (1:1000) treten diese Erscheinungen nicht auf. (Wratsch, Nr. 17, 1893.)

Durch die ausgezeichneten Erfolge, welche die Gynäkologen bei der localen Anwendung des Ichthyols gegen chronische Entzündungen der weiblichen Geschlechtsorgane aufzuweisen haben, angeregt, hat Dr. A. FREUDENBERG in Berlin Ichthyolsuppositorien zur Behandlung der Prostatitis angewendet. Seine Erfahrungen beruhen auf etwa 30-40 Fällen von überwiegend chronischer Prostatitis; in allen Fällen sah er häufig in überraschend kurzer Zeit vom Gebrauche der Ichthyolzäpfchen Rückgang und fast in allen Fällen vollständige Heilung der bestehenden subjectiven Beschwerden (Schmerzen beim Stuhlgange, Druckgefühl beim Uriniren), sowie der objectiven Symptome (Schwellung, event. Verhärtung der Drüse), welcher sich unmittelbar auch Besserung des so häufig gerade bei der chronischen Prostatitis psychisch wie körperlich alterirten Allgemeinbefindens anschloss. Ein Vergleich mit Jodkalizäpfchen fiel zu Gunsten des Ichthyols aus. In den Fällen, wo es erforderlich war, wurde nebst dem Ichthyol auch die locale Behandlung von der Harnröhre aus in Angriff genommen. Man beginne stets mit 0.3 Ichthyol pro Zäpfchen und steige bis 0.6; nur selten ist es nothwendig, diese Dosis zu erhöhen. Man lasse in der Regel zwei Zäpfchen pro Tag gebrauchen, eines des Morgens nach dem event. Stuhlgange, das andere Abends vor dem Zubettegehen; ein drittes lasse man nur dann einschieben, wenn im Laufe des Tages ein Stuhlgang erfolgt. Sonst ist es nicht nöthig, da Versuche gezeigt haben, dass in der Regel nach 11 bis 12 Stunden die ichthyolhaltige Fettmasse des Zäpfchens noch nicht resorbirt ist. (Centralbl. f. kl. Med., 1893, No. 26.)

Zur Geschmacks-Verbesserung oder -Verdeckung des Leberthrans sind seit Langem verschiedenartige Vorschläge gemacht worden. Eine neuere beachtenswerthe besteht in der Süßung desselben durch einen geringen Zusatz einer concentrirten Lösung von reinem *Saccharin* in Essigäther. Die Klarheit des Thranes wird dadurch nicht beeinträchtigt: (Pharm. Rundschau, April 1893.)

Dr. FRANZ KUHN hat in der Klinik von RIEGEL Untersuchungen über das *Benzo-Naphtol* angestellt, deren Ergebnisse er in Nr. 19 der „Deutsch. med. Wochenschr.“ niederlegt. Es zeigte sich, dass das Mittel auf die Gasgährung des Magens nicht den geringsten Einfluss hatte; auch auf die Zersetzung des frisch entnommenen Stuhles hatte es keinerlei hemmenden Einfluss. Verf. versuchte auch, durch Bestimmung der Menge der im Urin ausgeschiedenen Producte der Eiweissfäulniss die antifermentative Wirkung des Benzo-Naphtols zu bemessen. Es zeigte sich, dass unter dem Gebrauche des Benzo-Naphtols weder eine bemerkenswerthe Aenderung der Mengen der ausgeschiedenen gepaarten Schwefelsäure zu verzeichnen war, noch eine bemerkenswerthe Aenderung des Verhältnisses der gepaarten

Schwefelsäure zur präformirten. Auch auf die ausgeschiedene Indicanmenge hatte das Benzo-Naphtol gar keinen Einfluss, während Calomel mit nachfolgendem Bismutum salicyl. von vorzüglicher Wirkung war. Auch die klinische Beobachtung ergab keine günstigen Resultate. Aus alledem ergibt sich, dass die antifermentative Wirkung des Benzo-Naphtol durch nichts erwiesen ist und seine klinische Verwendbarkeit aus Darmantisepticum bei Erkrankungen des Verdauungstractes demnach nicht gerechtfertigt ist.

Da das salzsaure Orexin, obzwar es ein sehr gutes Stomachicum ist, oft sehr unangenehme Nebenwirkungen äussert, wie Erbrechen und intensives Brennen auf den Schleimhäuten, so ertheilt Pentzoldt den Rath dasselbe als freie Base — **Orexinum basicum** — anzuwenden, welches von diesen Nebenwirkungen zum grossen Theile frei ist. Es ist am besten, das Mittel in Oblaten zu rezipiren und zwar in Dosen von 0.3—0.5.

Dr. J. de Christmas in Paris (Assistent im PASTEUR'schen Institut) empfiehlt ein neues antiseptisches Mittel unter dem Namen von **Phenosalyl** (zu beziehen in New York von SCHULZE-BERGE & KOEHL, 79 Murray Str.), welches er auf chemischen Wege durch Zusammenschmelzen von Carbolsäure, Salicylsäure und Bezoësäure und nachträglichen Auflösung des Gemisches in Milchsäure hergestellt hat. Auf Grund der bacteriologischen Untersuchungen, welche er mit diesem Antisepticum angestellt hat, behauptet CHR., dass dasselbe in seiner bacterientödtenden Wirkung viel stärker sei als jede einzelne für dessen Herstellung angewandte Substanz. Das Phenosalyl soll sich bereits in einer 1 Prozent Lösung auch praktisch bewährt haben. Verschiedene Aerzte (Prof. TRAIPOINT in Lüttich, die Doctoren ROSKAM, BEGGER, DULOROY in Paris u. A.) haben, auf Empfehlung von CHR., das Phenosalyl in einer Reihe von Fällen in ihrer Praxis versucht und sprachen sich, in der von ihnen veröffentlichten Mittheilungen, sehr günstig über dasselbe aus.

Als Ersatzmittel der Pyrogallus- und Chrysophansäure, wird das Gallanol von Cazeneuve und Kollet in die Therapie eingeführt. Dasselbe ist durch Reinigung aus der im Handel eingeführten Gallusäure hergestellt. Es hat die gleiche Wirkung wie die Pyrogallsäure, ohne deren toxische Eigenschaften zu besitzen. Seine Anwendung wird in Pulver- und Salbenform und als Pinselung empfohlen, das Pulver besonders bei chronischem feuchten Ekzem, rein oder zu gleichen Theilen mit Talcum gemischt. In Salbenform wird es mit Vaseline im Verhältniss von 1 : 30, 1 : 10 und 1 : 4 hergestellt und ist besonders bei Psoriasis und Ekzemen anzuwenden. Da es weder Röthung, noch Entzündung, noch Verfärbung der Haut hervorruft, kann es auch im Gesichte zur Anwendung kommen. Es ist ferner geruchlos und macht keine Flecken auf der Wäsche. (Lyon med., 1893, No. 15.)

### Allelei.

Auf seiner Rückreise von der Weltausstellung nach Europa hat Prof. HELMHOLTZ einige Tage in der Stadt New York verlebt und war die ganze Zeit über Gast von Prof. HERMANN KNAPP. Der berühmte Gelehrte war auch hier, wie überall, Gegenstand verschiedenartiger Ovationen. Unter Anderem veranstaltete Herr SETH LOW, Präsident des Columbia College, ihm und seiner Gemahlin zu Ehren ein Diner und einen Empfangsabend: beide Festlichkeiten sind auf's Glänzendste ausgefallen und boten dem Gefeierten die Gelegenheit, viele hervorragende Persönlichkeiten aus den besten Kreisen der hiesigen Gesellschaft kennen zu lernen. Einer Aufforderung von Prof. KNAPP folgend, hielt Prof. HELMHOLTZ, in der Unterrichtsstunde des Ersteren im College of Physicians and Surgeons, einen hochinteressanten Vortrag in englischer Sprache, in welchem er seine Beobachtungen und theoretischen Erwägungen darstellte, die ihn auf die Entdeckung des Augenspiegels geleitet haben. Mehrere Hundert Zuhörer, darunter Professoren und Aerzte, waren im Hörsaale versammelt und lauschten mit Spannung den wissenschaftlichen Auseinandersetzungen des grossen Gelehrten. Der Vortrag wurde durch eine Ansprache von Seiten des Prof. KNAPP eingeleitet, in welcher er in kurzen Zügen die bedeutenden Fortschritte in der Augenheilkunde, dann die Arbeiten von HELMHOLTZ, GRAEFE u. A. in den letzten Decennien vorführte. Er erwähnte bei dieser Gelegenheit auch der grossen Verdienste, die sich unser College und Mitbürger, Dr. CARL KOLLER, durch die Einführung der localen Anaesthesie in der Augenheilkunde erworben hat. — Einen zweiten Vortrag hielt Prof. HELMHOLTZ im Columbia College. Er behandelte in demselben die *Wissenschaften im Allgemeinen*. Zuerst schilderte er die Geistesarbeit der Gelehrten des Alterthums und Mittelalters, wie sie Schritt für Schritt vorwärts gedrungen waren und nur das Fundament für den ferneren Aufbau der Wissenschaft gelegt haben, und ging dann über auf die Geschichte der Wissenschaften in den letzten zwei Jahrhunderten. Erst von hier ab — so führte er aus — wurden der Wissenschaft neue Gebiete erschlossen, wodurch die grossen Errungenschaften, die unserer Zeit den Stempel aufdrücken, ermöglicht worden sind. — Unter den vielen vornehmen Gästen, die sich zu den beiden Vorträgen eingestellt hatten, befand sich auch Prof. GRAHAM BELL, der Erfinder des Telephons, der speciell aus Halifax nach New York herübergekommen war, um den grossen Forscher persönlich kennen zu lernen. — Prof. HELMHOLTZ verliess New York am Sonnabend, den 7. October.

Prof. J. Gad, Abtheilungsvorsteher am Berliner Physiologischen Institut, begiebt sich mit einjährigem Urlaub nach Cleveland (Ohio), um dort—wie die Zeitungen angeben—„den physiologischen Unterricht zu organisiren.“

Seitens des College of Physicians in Philadelphia wird der W. F. JENES Memorial-Preis im Betrage von \$500 für die beste Arbeit „über die Kindersterblichkeit während der Geburt und deren Verhütung“ (Infant Mortality during Labor and its Prevention) ausgeschrieben. Die Arbeiten müssen, in englischer Sprache oder von einer englischen Uebersetzung begleitet, bis zum 1. Januar 1895 an Herrn Dr. HORACE Y. EVANS in Philadelphia eingereicht werden.

Der zweite Pan-Americanische Congress soll erst nach fünf Jahren, u. z. in Mexico stattfinden.

In den hiesigen Tagesblättern erschien vor Kurzem eine Annonce, in welcher eine Entschädigung von \$5000 Demjenigen angeboten wurde, der sich zu einer, zu experimentellen Zwecken vorzunehmenden und mit einem Risiko für die Gesundheit des Betreffenden verbundenen chirurgischen Operation herzugeben bereit wäre. Es liefen auf die angegebene Adresse nicht weniger als 142 Offerten ein! Wie es heisst, soll die Annonce von zwei Aerzten in Ecuador ausgehen, die die Absicht haben, bei einem lebenden Menschen eine künstliche Magenfistel auszulegen und auf diese Weise die Beobachtungen von BEAUMONT und ST. MARTIN einer Prüfung zu unterwerfen.

Am 11. August, dem 200jährigen Gedenktag der Geburt des Begründers der Staarextraction DAVIEL, wurde im Hotel-Dieu in Marseille, wo DAVIEL zum ersten Male seine Operation ausgeführt hatte, eine von der Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Marseille gestiftete Büste des berühmten Ophthalmologen enthüllt.

Die kleinen japanischen Leibwärmeflaschen empfahl Prof. BAEZL aus Tokio im ärztlichen Vereine zu Stuttgart. Es sind handgrosse, flache, mit Stoff überzogene, durchbrochene Kupferkästchen von leicht gekrümmter Gestalt, um sich dem Körper an Brust und Bauch anzupassen. Nachdem man den Deckel geöffnet, legt man in das Kästchen eine der zugehörigen Kohlepatronen von der Dicke und Länge eines Fingers, die man wie eine Cigarrette anzündet. Darauf wird der Deckel geschlossen, das Fläschchen in ein Tuch gewickelt und an die zu erwärmende Stelle festgebunden. Eine Patrone hält das Fläschchen 6 bis 12 Stunden gleichmässig warm. Irgend welche Gefahr ist mit dem Apparate nicht verbunden, obzwar die Kohle die ganze Zeit glimmt. Tausendfältige Erfahrung hat gezeigt, dass die Wirkung bei Rheumatismus, Pleuraschmerz, Neuralgie u. s. w. ebenso rasch als angenehm ist. Ganz besonders gut ist die Wirkung bei schmerzhaften Affectionen im Magendarmcanal, bei Neigung zu Diarrhoe und bei Schmerzen im weiblichen Genialapparat. Viele Frauen sind im Stande, dadurch ihre Molimina menstrualia zu beseitigen. In allen diesen Fällen wickelt man das Fläschchen am besten einfach in eine Leibbinde und befestigt es mit dieser.

Der Herausgeber der „Aerztl. Rundsch.“ in München, Dr. A. Krübe, unterzieht in seinem Organ die geschäftliche Ausbeutung des Rufes, den sich Pfarrer Kneipp in Wörishofen erworben hat, einer scharfen Kritik. Er tadelt es, dass sich der heilkundige Geistliche für die Erlaubniss der Benutzung seines Namens und Bildes bei Dingen, die mit der menschlichen Gesundheit in keiner Beziehung stehen, einen Antheil am Reingewinn sichert. „In erster Linie — so schreibt Dr. Krübe in der „Augsb. Abdtz.“ — gelten meine Bedenken dem Umstande, dass ein Mann, welcher das Wasser als ein Universalheilmittel selbst in tödtlichen Krankheiten preist und jede Anwendung von Arzneimitteln (ausser heimischen Kräutern) als gemeingefährlich bezeichnet, trotzdem gegen eine Geschäftsbetheiligung von fünf Procent stark wirkende exotische Mittel, wie Aloe und Rhabarber, unter das grosse Publicum wirft. Welch grosser Schaden durch einen lange fortgesetzten Gebrauch solcher Mittel gethan werden kann und thatsächlich schon geschehen ist, brauche ich nicht weiter auszuführen.“ Auf den Einwand, dass Pfarrer Kneipp die Erträge zur Wohlthätigkeit ver-

wende, fügt Krüche hinzu, es werde „keine Wohlthätigkeitsanstalt die fatale Thatsache zum Schweigen bringen, dass Herr Pfarrer Kneipp laut bis jetzt unwidersprochen gebliebenen Berichten in Berlin den Ausspruch gethan hat, noch nie sei ein nach seiner Methode behandeltes Kind an Diphtherie gestorben, obwohl z. B. im Mai und Juni 1892 sämtliche an Diphtherie in Wörishofen erkrankten Kinder laut Todtenschein der ärztlichen Assistenten des Herrn Pfarrers verstorben sind.“

---

### Büchertisch.

**Die Zaraath (Lepra) der hebräischen Bibel. Einleitung in die Geschichte des Aussatzes.** Von Dr. G. N. Münch. (Dennatol. Studien, 16. Heft.)

Der Verf. gibt eine ausführliche Darlegung der Geschichte des Aussatzes und unterzieht die Ueberlieferungen von der praehistorischen Zeit einer Kritik. Vor Allem beschäftigt er sich eingehend mit der Frage, ob der Ausdruck „Zaraath“ nur die Lepra meine oder, ausser derselben, noch andere Hautkrankheiten, oder endlich, ob er überhaupt mit der Lepra identisch sei. Er führt die von den verschiedenen Autoren zur Stütze ihrer respectiven Ansichten angeführten Beweise an und gibt schliesslich seiner eigenen Anschauung Ausdruck. Denjenigen, die sich für die Geschichte des Aussatzes interessiren, wird die Lectüre der interessanten, streng wissenschaftlichen Abhandlung empfohlen.

H. G.

---

### Briefkasten.

NEW YORK, 13. September 1893.

Herrn Dr. MAX EINHORN.

Sehr verehrter College! In der letzten Sitzung unseres Vereins verlas ich meinen Brief an Pasteur und dessen Antwort. Ich nehme an, dass es Ihnen angenehm sein würde, diese Correspondenz oder deren Inhalt in der nächsten Nummer der „Med. Monatsschrift“ zu erwähnen und gebe deshalb eine Abschrift umstehend.

Mit herzlichstem Gruss Ihr

A. ROSE.

NEW YORK, May 16th, 1893.

Mr. le Prof. Dr. LOUIS PASTEUR,  
Paris.

MONSIEUR! J'ai le plaisir de vous informer que la Société médicale Allemande de la ville de New York m'a chargé de l'honneur de vous faire part que dans la séance du 1er Mai, elle vous a nommé, à l'unanimité des voix, membre honoraire de la société, vous priant de bien vouloir accepter le faible témoignage de son admiration.

Je vous prie, Monsieur, de croire à mes sentiments de très haute consideration

ACHILLES ROSE, M. D.,

Secrétaire de la Société Médicale de la Ville de New York.

PARIS, le 28. Mai 1893.

Institut Pasteur, 25 Rue Dutot.

MONSIEUR LE SECRÉTAIRE !

Je m'empresse de vous remercier de l'information que vous me faites parvenir que la société médicale Allemande de la ville de New York m'a nommé, à l'unanimité des voix, membre honoraire de la société.

Je suis très flatté de ce témoignage d'intérêt accordé à mes travaux et je vous serai obligé de vouloir bien être auprès de tous les membres de la société l'interprète de tous mes sentiments de profonde gratitude.

Veillez agréer, Monsieur le Secrétaire, l'assurance de ma haute  
 consideration  
 L. PASTEUR.

---

### Personalien.

VERZOGEN :

Dr. LOUIS HEITZMANN nach 110 Ost 58. Strasse.  
 Dr. CHAS. H. MAY nach 692 Madison Ave.  
 Dr. GEO. W. RACHEL nach 83 2. Ave.  
 Dr. G. SEELIGMANN nach 693 Madison Ave.  
 Dr. ALFRED N. STROUSE nach 72 W. 55. Strasse.

---

### An die Leser.

*Geschäftliche Zuschriften*, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17—27 Vandewater Street, New York.

*Manuscripte*, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

DR. MAX EINHORN, 107 East 65th St.

---

## SITZUNGSBERICHTE.

---

### Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

17 West 43. Strasse.

Sitzung vom 6. Februar, 1893.

Präsident: J. W. Gleitsmann.

Vor der Tagesordnung:

Dr. Brettauer präsentirt die Zuckung einer incarcerirten kleinen Schamlippe, hervorgebracht durch Einschnürung mittelst eines Bündels Haare. Die Schamlippe ist zu einer bedeutenden Grösse angeschwollen. Behandlung war Durchschneidung der strangulirenden Haare. Nach einem Jahre stellte sich ein Recidiv ein; die Geschwulst war diesmal viel grösser als bevor und hing bis an den After hinab. Aetiologie ist wahrscheinlich Masturbation. Als radikale Therapie schlägt B. die Amputation der Lippe vor.

## Discussion:

C. Heitzmann hat hypertrophische Nymphen gezeichnet. Auch in seinem Falle lag Nymphomanie vor, doch glaubt H., dass in jenem Falle die Hypertrophie der Clitoris die Ursache der Nymphomanie war.

## Tagesordnung:

Das Protokoll der vorigen Sitzung wird verlesen und angenommen.

Hierauf folgt: 1) Dr. Alfred Meyer's Vortrag:

**Ein Fall von paroxysmaler Tachycardie.**

2) Dr. S. J. Meltzer's Vortrag:

**Ueber Selbstregulirung des Herzschlages.**

3) Discussion über die Vorträge von Dr. Meyer, Dr. Meltzer und Dr. Jacoby über motorische Herzneurosen, gehalten in der Januarsitzung.

Dr. S. Weber: Tachycardie als Neurose findet sich anfallsweise und continuirlich ziemlich häufig bei physiologischen sowohl als bei pathologischen Zuständen. Physiologische Zustände der T. findet man in der Entwicklungsperiode und im Climacterium. Bei dem letzteren bewähren sich Brom- und Eisenpräparate, bei pathologischen Zuständen wie Hysterie und Neurasthenie sind Hydrotherapie, Electricität und Tonica indicirt. Paroxysmale Tachycardien bei Gesunden sind nicht selten toxische Erscheinungen, wie sie z. B. nach Einnahme von starken Mahlzeiten auftreten, nach dem Missbrauch von Tabak, Kaffee, Alcohol. Paroxysmale T. findet man auch bei centralen Nervenkrankheiten, sowie bei Erkrankungen der Coronar-Arterien, und bei Aorten-Insufficienz. Wo organische Herzkrankheiten, besonders Arteriensclerose, vorliegen, treten zwei für Differentialdiagnose wichtige Symptome auf: Auftreibung des Bauches und starker Drang zur Defäkation. Wo keine organische Krankheit vorliegt, findet man eher Urindrang. W. hat jetzt einen Fall von Bradycardie in Behandlung, eine Diabetica. Als der Zucker verschwunden war, sank der Puls auf 24 in der Minute und blieb so viele Monate; nach Wiederauftreten des Zuckers von etwa 3 Prozent im Urin, stieg der Puls auf 70 bis 76, —Erscheinungen, welche in diesem Falle wohl auf den neurogenen Ursprung —des Diabetes hinwiesen. Tachycardie kann auch mit Pulsirregularität vorkommen ohne organische Herzkrankheit.

Dr. G. Lehr in Wiesbaden hat in seiner beachtenswerthen Arbeit, „Die Nervöse Herzschwäche,“ Fälle dieser Art mitgetheilt.

Caillé: Die Unregelmässigkeiten der Herzaction, welche wir als Palpitation, Arythmie, Tachycardie und Bradycardie bezeichnen, sind stets als Symptome aufzufassen, in Folge von Ueberbürdung des Herzens, oder in Folge eines centralen Leidens oder als Reflexsymptom. Da die Lebensdauer vielfach von der Regelmässigkeit der Herzaction abhängt, so ist eine Unregelmässigkeit jeder Zeit wichtig, — die Lokalisation der Ursache oft leicht und oft schwierig. Ganz ausgeprägte motorische Störungen werden oft subjectiv nicht lästig empfunden, äusserst selten ist Cyanose vorhanden, — langdauernde Palpitation führt oft zur Hypertrophie des Herzens.

Palpitation mit und ohne Arythmie wurde von Da Costa als „irritable heart“ des Längeren beschrieben und bietet im Climacterium ein bekanntes Krankheitsbild, wobei durch Stauung in der Leber oft Icterus zu Stande kommt und die Bauchaorta derart pulsirt, dass ein Aneurysma vorgetäuscht wird. Fettleibigkeit und rasche Herzaction sind häufige Erscheinungen, ferner Palpitation in Folge von Anaemie, Angst, Tabak, Alcohol, Kaffee, Onanie, Neurasthenie mit Dyspepsie und bei der Pubertät.

Die Tachycardie, paroxysmal, anhaltend oder in längeren Pausen auftretend, findet sich bei Potatoren, starken Rauchern, in Folge überstandener Angst, als Reflex bei Ulcus ventriculi, sowie bei centralen Leiden und pathologischen Veränderungen am Herzen selbst.

Bradycardie hat Redner beobachtet bei Gehirntumoren, nach Typhus, Diphtherie, Anaemie, bei Uterus-fibrillen, nach Operationen, bei Diabetes, acuter, gelber Leberatrophie, perniciosöser Anaemie, Magencarcinom, etc. Wenn

der Herzschlag abwechselnd kräftig und schwach ist, kann der Puls allein eine Bradycardie vortäuschen, die nicht vorhanden ist. Therapeutisch sind bei motorischen Herzneurosen je nach Indication zu empfehlen :

Weir-Mitchell-Kur, Terrain-Kur (Bergsteigen), Enthaltung von Alkohol, Thee, Kaffee, Tabak und Darreichung von Coca-Wein, Eisen, Natr. bromat., Chloralhydrat, Morphinum, Eisbeutel.

C. Heitzmann : Meltzer sagt, es gebe keine Bewegung ohne Muskel. Die Amoebe hat keine Muskeln und Nerven und sie bewegt sich doch. An Stelle des künftigen Herzens ist am zweiten Bebrütungstage des ovulum ein Schlauch ohne Muskeln. —Bei seinem eigenen Falle von Tachycardie ist keine der angegebenen Ursachen vorhanden, es ist nur zu viel Flüssigkeit im Organismus, die den Anfall hervorbringt.

Meltzer kann sich mit A. Meyer's Theorie der Wirkung von Digitalis bei Tachycardie auf das Vagus-Centrum nicht verständigen.

Felix Cohn fragt Meltzer, ob bei toxischen Wirkungen ein Stillstand des Herzens in Systole möglich ist.

Meyer (im Schlusswort) : Wenn Digitalis bei T. nicht wirkt, so ist Vaguslähmung vorhanden, ob central, ob im Verlauf des Nerven, weiss er nicht. Die Lage der Patienten ist auf dem Leib mit vorgebeugtem Kopf, den Kopf auf dem Boden ; vielleicht ist ein Druck auf den Vagus verantwortlich für den Erfolg.

In Beziehung auf Weber's Bemerkungen : Bei Bradycardie mit Diabetes ist die Störung wohl eine centrale. In Bezug auf Caillé's Bemerkungen, sagt er ; Ulcus ventriculi führt zu habitueller, nicht zu paroxysmaler T.

Meltzer (im Schlusswort) verneint Cohn's Frage. Auf Heitzmann's Bemerkungen erwidert er : Selbst bei der Amoebe ist Reiz und Hemmung möglich. Der Kernpunkt seiner Darstellung ist nicht, wo die Regulierung sitzt, sondern warum eine Regulierung stattfindet.

Jacoby findet, dass es ein Vortheil ist, eine grosse, weitgehende Theorie für Herz- und Athmungsbewegungen aufzustellen wie die Meltzer's. Ein Tachycardischer kann auch Intermissionen und Remissionen haben.

Hierauf folgt A. Coillé's Vortrag :

### Beobachtungen über den therapeutischen Werth von Ozon-Inhalationen nebst Demonstration eines verwerthbaren Apparates.

#### Discussion :

Meyer glaubt, dass das Ozon bei Lenkaemie von Nutzen sein solle, da der Oxyhaemoglobingehalt hier verringert sei.

Welt : Wie oft und wie lange athmen Kinder unter 18 Monaten das Ozon ?

Caillé : Kinder athmen 15 bis 20 Minuten lang. Bei Kindern unter 18 Monaten hat er dasselbe nicht angewendet.

Ozon-Präparate sind nutzlos, da das Ozon sich nicht hält.

Schluss und Vertagung.

DR. FRANZ TOBEK,

Stellvertretender protok. Secretär.

Sitzung vom 6. März, 1893.

17 West 43. Strasse.

Präsident : J. W. GLEITSMANN.

Dr. G. M. Edebohls demonstrirt die nach seiner Angabe angefertigten Beinhalter zum Gebrauche bei gynäkologischen Operationen und Untersuchungen.

Das bei denselben zur Anwendung kommende Princip ist von den, in der Construction anderer ihm bekannter Beinhalter obwaltenden, wesentlich verschieden.



In den bekannten Clover'schen und anderen ähnlichen Beinhaltern werden die Kniee durch entweder um den Hals der Patienten gehende, oder am oberen Ende des Tisches befestigte Riemen angezogen und festgehalten. Wieder andere Beinhalter sind an dem Tische selbst befestigt und stützen von da aus auf verschiedene Weise die Kniee und Unterschenkel.

In keinen derselben werden die unteren Extremitäten von dem Fusse aus frei schwebend, mit durch eigenes Gewicht nach aussen fallenden Knieen, getragen. Und dennoch bietet diese Suspension der Füsse Vortheile, die keine andere Position gewährt:

a) erleichtert dieselbe ungemein die bimanuelle Palpation der weiblichen Beckenorgane durch die dabei gewonnene vollständige Relaxation der Muskeln des Rumpfes und der unteren Extremitäten.

b) werden die Füsse bei Operationen dem Operateur hübsch aus dem Wege gehalten.

c) verhindert es die Assistenten bei der Operation sich auf die Beine der Patientin zu stützen, und erspart so Letzterer die manchmal Tagelang anhaltenden postoperativen Schmerzen in den unteren Extremitäten.

d) wird beim Gebrauch derselben die vielen Beinhalter anhaftende Constriction des Halses und des Brustkorbs und das damit verbundene Hinderniss der Respiration vermieden.

E. hat seine Beinhalter seit zwei Jahren in constantem Gebrauche an seinem Operationstisch. Nachdem er die Vortheile derselben auch bei der gynaekologischen Untersuchung schätzen gelernt hatte, liess er dieselben an dem in seiner Office benutzten „Harvard Chair“ anbringen.

In allerjüngster Zeit hat E. seine Beinhalter den Bedürfnissen bei der Vornahme gynaekologischer Operationen in der Wohnung der Patientin angepasst. Zwei an irgend einem Tische anzuschraubende Träger tragen die aufrechten Stützen. Jede der letzteren zerfällt in zwei Hälften (E, H.) von denen die eine, behufs bequemer Transportation, in die andere telescopirt (K). Die Füsse werden in der bei F. angedeuteten Weise suspendirt. Der ganze Apparat wiegt  $1\frac{1}{2}$  kilogr. und verpackt sich 38 centimeter in der Länge.

J. Reynders & Co., 303 Fourth Ave., sind die Fabrikanten.

Dr. F. Lange stellt einen Patienten vor, an dem er ein Fibrosarcom der äusseren Orbitalwand nach osteoplastischer Resection derselben extirpirt hat.

Herr College T., etwa 30 Jahre alt, litt seit etwa sechs Monaten an einer wenig empfindlichen Anschwellung in der Gegend der rechten Thränendrüse, welche Anfangs als Daeryocystitis chronica angesehen und behandelt wurde. Er kam in meine Behandlung im November vorigen Jahres. Es liess sich damals feststellen, dass dem äusseren Orbitalrande gegen die orbita hin eine derbe, längliche Geschwulst auflag, welche sich anscheinend eine Strecke weit in die orbita fortsetzte.

Behufs ihrer Entfernung wurde in folgender Weise vorgegangen: Bogenförmiger Schnitt entsprechend der äusseren Hälfte des Orbitalrandes. Freilegung des Knochens oberhalb und unterhalb der Geschwulst. Dieselbe erwies sich als vom Periost ausgehend und wurde von dem darunter liegenden Knochen, welcher glatt und normal aussah, abgehoben und gegen die orbita dislocirt. Der Raum erwies sich als zu eng, um gegen die Tiefe der Orbita hin die Abgrenzung gegen das normale Gewebe festzustellen und wurde daher mit einer feinen Stichsäge von innen her ein dreieckiger Knochenlappen umschnitten, indem von oben her entsprechend der oberen Grenze der Geschwulst, schräg nach unten und hinten, von unten in horizontaler Richtung in die fissura orbitatis inferior hineingesägt wurde. Auf diese Weise wurde ein dreieckiges Knochenstück umgrenzt, welches mit den Weichtheilen auf einer der orbita abgewendeten Fläche in Verbindung blieb. Dasselbe wurde nach aussen dislocirt, und es war nun Platz genug vorhanden, um die Geschwulst gleichfalls nach aussen zu ziehen, von der unversehrten Thränendrüse abzulösen und aus ihren Verbindungen nach hinten innerhalb der Gesunden zu trennen. Sie hatte die Grösse von etwas mehr als einem 25 Cts. Stück, war etwa 1 Ctm. dick und ziemlich regelmässig rund. Der Knochen wurde in seine normale Lage zurückgeklappt, dort durch Catgutnäthe der unmittelbar aufliegenden Weichtheile fixirt, und heilte reactionslos ein. Mikroskopische Diagnose durch Herrn Dr. Heitzmann: Fibrosarcoma.

## Discussion:

C. Heitzmann. Die Geschwulst erwies sich von aussen als fibrös, dagegen war im Centrum ein Sarkomknoten vorhanden.

Dr. Willy Meyer. Wie tief ist der Orbitalrand aufgeschnitten worden?

Dr. Lange. Der Schnitt wurde bogenförmig entsprechend der äusseren Hälfte des Orbitalrandes geführt.

Dr. F. Lange demonstriert das Präparat einer chronischen, multilipen, eitrigen Mastitis. Letztere giebt oft Veranlassung zur Verwechslung mit Carcinom.

## Diskussion:

C. Heitzmann konnte zweimal durch das Mikroskop die Diagnose auf Mastitis stellen und Carcinom ausschliessen. Redner meint, dass die Infection von den Milchgängen ausgegangen ist und nicht constitutionell ist.

Lange nimmt an, dass die Kecken mit der Blutbahn angeschwemmt sind.

Dr. Willy Meyer hat einen ähnlichen Fall operirt und meint, dass ein entzündlicher Herd sich abgrenzen und später sich weiter ausdehnen kann; in seinem Falle trat die multiple Mastitis erst 4 Jahre nach einer Entbindung ein.

Kammerer schliesst sich Heitzmann's Ansicht an; Redner habe bei einer Schwangeren wiederholte Incisionen in der Mamma machen müssen; nachdem die Frau entbunden war, war alles geheilt.

F. Lange. Wie soll es mit der Stillung in diesen Fällen gemacht werden? Bei den parenchymatösen Formen ist es besser, die Lactation auf der gesunden Seite zu sistiren.

Sodann hält Dr. Willy Meyer seinen angekündigten Vortrag:

**Eröffnung der Prostataabscesse vom Damme her.**

## Discussion:

Präsident Gleitsmann dankt Vortragendem im Namen des Vereins.

F. Lange hat gleichfalls nach derselben Methode öfter operirt und glaubt, dass man im Allgemeinen damit auskommt; es kommen jedoch Ausnahmen vor. Die Hauptgefahr besteht in acuter Prostatitis, indem leicht Pyämie entstehen kann; wichtig, dass man recht früh einschreitet; die tuberculösen Prostata's anlangend, so habe er 2 Fälle behandelt; beide mit gutem Erfolg.

F. Kammerer stimmt Vortragendem bei, dass diese Operationen vom Damme gemacht werden sollen und nicht vom Rectum aus. Redner habe selber 4 Fälle glücklich operirt.

Dr. Willy Meyer bemerkt in seinem Schlusswort behufs Diagnosenstellung: zuerst uriniren lassen, Blase leer machen, dann streichen, wenn Eiter auf Druck herauskommt, so beweist dies mit Wahrscheinlichkeit Tuberculose der Prostata.

Es folgt hierauf der Vortrag von Dr. Edebohls:

**Die diagnostische Palpation der weiblichen Beckenorgane.**

Die Herren Carl F. Kremer, Jos. Braunstein und F. Steffen werden zu Mitgliedern erwählt.

Dr. Louis Conrad wird zum correspondirenden Mitglied von C. Heitzmann, W. Freudenthal, M. Einhorn und G. M. Edebohls vorgeschlagen.

Dr. Louis Pasteur wird zum Ehrenmitglied von C. Heitzmann, G. M. Edebohls, Willy Meyer, F. Kammerer und M. Einhorn vorgeschlagen.

Als Mitgliedscandidaten werden vorgeschlagen:

Dr. Leo G. Goldberg von Dr. Nordmann.

Dr. Edward Kossler von Dr. C. Heitzmann.

Der Vortrag von Dr. W. Freudenthal wird wegen vorgerückter Stunde auf die nächste Sitzung verschoben.

Schluss und Vertagung.

DR. MAX EINHORN,  
protokollirender Secretär.

Sitzung vom 3. April, 1893.

17 West 43. Strasse.

Präsident: J. W. GLEITSMANN.

## Vorstellung von Patienten:

Dr. Franz Torek stellt einen Fall vor mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose von Cerebralabscess: Knabe im Alter von  $6\frac{1}{2}$  Jahren. Seit dem Alter von 5 Monaten Otorrhoe beiderseits. Im Alter von  $1\frac{1}{2}$  Jahren wurde hinter dem linken Ohr die Wild'sche Incision gemacht. Etwa 4 Monate nach der Operation stiess sich nekrotischer Knochen aus der Wunde, welche dann zuheilte. Die Otorrhoe hat jedoch niemals aufgehört und besteht jetzt noch. Anfang Februar kam Patient unter des Redners Beobachtung wegen epileptischer Anfälle, die zuerst täglich auftraten, später seltener. Zu Anfang bestanden diese in tonischen Streckungen des ganzen Körpers bei vollständiger Besinnungslosigkeit; in der letzten Hälfte des Februar wurden sie klonisch und bestanden in Zuckungen aller vier Extremitäten, die jetzt nur 2-3 Minuten dauerten. Seit dieser Zeit hat sich häufig Erbrechen oder Brechneigung eingestellt; auch sind öfters Schüttelfröste und Fieber aufgetreten. Die Temperatur, die Redner ein paar Mal gemessen hatte, variierte zwischen  $99\frac{1}{4}$  und  $101$ , zu anderen Zeiten jedoch war er völlig fieberfrei; heute um 6 Uhr Abends z. B. war die Temp.  $99$  im Rectum. Zu einer Zeit schien es als ob bei Percussion des Schädels die grösste Empfindlichkeit über dem linken Ohr und etwas nach vorn sei, später jedoch verlor sich diese Localisation wie überhaupt die Empfindlichkeit herabgesetzt zu sein schien. Der Junge, der zu Beginn der Beobachtung noch ganz munter war, ist seitdem immer blöder und energieloser geworden. Kopfweh ist fast beständig vorhanden; zuweilen tritt plötzlich ein gesteigerter, heftiger Kopfschmerz ein, worauf der Patient soporös wird und in ein paar Stunden wieder zum normalen Zustand zurückkehrt.

Redner hebt hervor, dass die Feststellung eines nicht traumatischen Hirnabscesses im latenten Stadium, wo keine localisirten Symptome vorhanden sind, zu den schwierigsten diagnostischen Problemen gehöre und er stütze die Diagnose in diesem Fall auf folgende Symptome: 1) Vorhandensein eines primären Eiterherdes im Ohr. 2) Chronischen Kopfschmerz mit acuten Exacerbationen. 3) Niedrigen Fieberverlauf. 4) Gelegentliche Schüttelfröste mit Fieber. 5) Zunehmende Blödigkeit. 6) Häufigen Brechreiz. 7) Die epileptischen Anfälle.

Dr. C. Beck demonstriert neue antiseptische Gaze und spricht über den Werth des salzsauren Phenocolls:

In der letzten Nummer der N. Y. Med. Monatsschrift finde ich einen Hinweis auf den antiseptischen Werth des Phenacetins. Ich kann denselben nur bestätigen und möchte zugleich erwähnen, dass ich seit vorigem Sommer schon mit dieser so bekannten Droge sowohl als mit Antifebrin und Phenocoll Versuche angestellt habe.

Es lag ja auch theoretisch nahe, wenn man die Abstammung dieser Mittel in's Auge fasst, anzunehmen, dass dieselben lokale antiseptische Eigenschaften besitzen. Am geringsten sind dieselben beim Antifebrin ausgeprägt (welches etwa mit der Borsäure rangiren dürfte). Stärker wirkt schon das Phenacetin.

Leider aber fand ich das salzsaure Phenocoll überlegen, wesshalb ich während der letzten Monate ausschliesslich mit diesem letzteren experimentirte, zuerst in Pulverform und später mit 20 Prozent Gaze und 6 Prozent wässriger Lösung. Nach meiner in mehr als 80 Fällen erprobten Versuchen steht dasselbe dem Iodoform an Wirksamkeit kaum nach, übertrifft dasselbe aber dadurch, dass es

- 1) geruchlos
- 2) in Wasser löslich ist
- 3) kein Eczem erzeugt
- 4) ungiftig ist.

Ein Präparat, welches ohne üble Folgen in Tagesdosen bis zu 7 Gramm verabreicht werden darf, kann selbstverständlich perkutan angewendet keine

Intoxikationserscheinungen hervorrufen, zumal man kaum je mehr als 2 Gramm für einen Verband nöthig hat.

Ich behalte mir vor, Ihnen hierüber binnen Kurzem eingehendere Mittheilungen zu machen.

Es folgt nun die angekündigte Diskussion über Pathologie, Diagnose und Therapie der Gehirnabscesse :

Pathologie : Dr. C. Heitzmann.

Diagnose : Dr. B. Sachs.

Therapie : Dr. O. Kiliani.

(Die Vorträge sind in der Med. Monatsschrift abgedruckt worden.)

#### D i s k u s s i o n :

Dr. Gerster hat viele Gehirnfälle operirt, allerdings keinen Abscess; Redner möchte hauptsächlich auf die Technik eingehen. Diagnostisch ist es schwer zu entscheiden, ob es sich um einen Eiterherd oder Tumor handelt; die Operation ist daher zugleich eine explorative. Kiliani hat die amerikanischen Chirurgen ignorirt; in den letzten 2 Jahren sei jedoch hier viel auf dem Gebiete geschehen. Die Amerikaner bedienen sich des Trepan. Redner habe den Trepan aufgegeben und gebrauche statt dessen den Meissel; mit dem Meissel arbeite man tangentiell und kann keine Verletzungen anrichten. Es ist erstaunlich, wie viel Verletzungen das Gehirn reactionslos verträgt; man kann das Gehirn an vielen Seiten mit dem Skalpell einschneiden, ohne zu schaden. Eiterherde würden zuweilen auch nach solchen Operationen vermisst, weil das Schädeldach nicht genügend geöffnet war. In der letzten Zeit sind vielfach osteoplastische Operationen vorgenommen worden; es wird dabei ein Lappen aus Periost gebildet.

Dr. Knapp. Eiterung wird nur durch pyogene Bacterien erzeugt. Die Diagnose des Gehirnabscesses ist schwer. Die acuten Abscesse sind ausserordentlich selten und kommen hier ausser Frage. Die chronischen Abscesse zeichnen sich durch niedrige Temperaturerhöhung aus (99—100° F.)

Aetiologisch kommen die Abscesse vor nach Ethmoidalleiden, nach otitischen Processen, nach Nasenpolypenoperationen, dann nach Empyem des Stirnbeinsinus. Redner habe einen Abscess im Frontallappen gesehen, wobei die Intelligenz nicht gestört war, und wo die Symptome äusserst gering waren. Die otitischen Abscesse finden sich häufig im Kleinhirn nach Durchbruch des Processus mastoideus. Die Durchbrüche des Mittelohrabscesses können dreifach sein: 1. Processus mastoideus, 2. Gehörgang, 3. Kuppelraum des Ohres. Ein Verhüten dieser Zustände ist wichtiger als die Behandlung der Gehirnabscesse. Der operative Eingriff ist gar kein so geringer; an Verblutung sterben wohl welche. Redner habe einen Fall gesehen, wo eine Cyste entfernt worden ist, und Patient an profuser, venöser Blutung gestorben ist. In Bezug auf die Operation soll man den Warzenfortsatz zuerst öffnen. Extradurale Abscesse können oft selber durch den Schädel durchbrechen und spontan heilen. Redner habe selber einen solchen Fall von Spontanheilung beobachtet.

Dr. Vulpius. Die eitrige Encephalitis müsse scharf geschieden werden von der in der weissen Substanz vorkommenden Affection. Horsley hat eine grosse tuberculöse Neubildung mit Erfolg operirt. Senkrechte Einschnitte verlaufen allerdings ohne Blutung; allein es kommen doch parenchymatöse Blutungen vor. Redner habe zwei Operationen mitgemacht; die Diagnose auf Gehirnabscess wurde durch Druckerscheinungen gestellt: Puls 40, rasende Kopfschmerzen; bei der Operation des ersten Falles fand sich kein Eiter, nur Blut kam heraus; nach dem Tode fand man bei der Section 2 Abscesse. Im zweiten Fall fand sich bei der Operation ein grosser Abscess.

Dr. B. Sachs. Wenn im Knapp'schen Fall von Abscess im Frontallappen die Intelligenz nicht gestört war, so beweist dies doch nicht viel.

Dr. W. Freudenthal's Vortrag wird wegen der zu vorgerückten Stunde auf die nächste Sitzung verschoben.

Zu Mitgliedern werden vorgeschlagen :

Dr. Julius Solon, 77 Rivington Strasse, von Dr. J. W. Gleitsmann.

Dr. Charles Otto Maisch, 90 Madison Strasse, von Dr. F. Torek.

Schluss und Vertagung.

DR. MAX EINHORN,

protokollirender Secretär.

Sitzung vom 1. Mai, 1893.

17 West 43. Strasse.

Präsident: J. W. GLEITSMANN.

Verlesung und Annahme des Protokolls der März- und Aprilsitzungen.

Präsident Gleitsmann berichtet über den Tod des Vereinsmitgliedes Dr. Henry Schweig und fordert die Versammlung auf, sich von den Sitzen zu erheben. Geschichte.

Die abgehaltene Wahl ergiebt die Aufnahme von Prof. Louis Pasteur, Paris, als Ehrenmitglied, Dr. Louis Conrad, Wiesbaden, als correspondirendes Mitglied und der Herren E. Kostler und L. G. Goldberg als active Mitglieder.

Vorstellung von Patienten:

Max Einhorn stellt einen Patienten mit einer frei in der ganzen Bauchhöhle wandernden Niere vor; letztere ist erheblich vergrössert. Die Untersuchung des Urins ergab normale Verhältnisse; durch Tragen einer Binde haben sich die Beschwerden bedeutend gebessert.

L. Stieglitz stellt einen Patienten mit ausgesprochener Ataxie vor; die Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautete auf: „Erkrankung der Seiten- und Hinterstränge.“

Demonstration von Instrumenten:

Dr. H. Goldenberg demonstrirt ein Instrument, welches er warm zum Reinigen von Gummikathetern empfiehlt. (Dasselbe Instrument wird zum Reinigen von Pfeifen gebraucht).

Discussion:

Dr. Stieglitz hat nach Reinigen von Kathetern mittelst des genannten Instrumentes Freibleiben von Kulturen constatirt.

Der Präsident verliest ein Schreiben behufs Errichtung eines Semmelweiss-Denkmal und verweist dasselbe an den Verwaltungsrath.

Dr. F. G. Sondern hält sodann seinen angekündigten Vortrag:

**Demonstration des Centrifugalapparates.**

(Ist in der N. Y. Med. Monatsschrift abgedruckt worden).

An der Discussion betheiligen sich die Herren Willy Meyer, F. Torek, A. Jacobi und M. Einhorn, der bei dieser Gelegenheit die Gärtner'sche Kreiselcentrifuge demonstrirte.

Sodann hält Dr. W. F. Freudenthal seinen angekündigten Vortrag:

**Ist die Stoerk'sche Blennorrhoe und Laryngitis sicca ein und dieselbe Krankheit?**

(Abgedruckt in der N. Y. Med. Monatsschrift vom Mai 1893).

Discussion:

A. Jacobi hat ähnliche Processe in der Nase häufig beobachtet. Redner wendet concentrirte Salpetersäure an und empfiehlt warm deren Gebrauch.

J. W. Gleitsmann hat seit 25 Jahren keinen Fall von Stoerk'scher Blennorrhoe gesehen; es war auffallend, dass nur Stoerk von der Blennorrhoe

sprach, sonst Niemand. Redner sei der Ansicht, dass die Blennorrhoe keine Krankheit für sich ist, sondern verschiedenen Zuständen angehöre.

A. Jacobi. Der Larynx ist mit Plattenepithel versehen und dürfte deswegen mehr Widerstand bilden, dagegen, wenn ergriffen, schwer leiden.

Freudenthal würde sich fürchten, conc. Salpetersäure in den Kehlkopf oder in die Trachea einzuführen.

A. Jacobi bemerkt, dass er die Salpetersäure nur für die Nase anwendet.

Ehrmann. Die Leute mit Laryngitis sicca gehören den Ziegelerarbeitern; Redner gebrauchte 20 Prozent Chlorzinklösung.

Es folgt darauf der Vortrag von Dr. Max Einhorn :

### **Diätetik der Magenkranken.**

(Ist in der N. Y. Med. Monatsschrift abgedruckt worden).

An der Discussion betheiligen sich die Herren A. Jacobi, A. Seibert und M. Einhorn.

Zum Mitglied wird vorgeschlagen :

Dr. N. Sachs von Dr. Max Einhorn.

Schluss und Vertagung.

DR. MAX EINHORN,  
protokollirender Secretär.

# New Yorker Medicinische Monatschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

unter Mitwirkung von

Dr. J. Brettauer, Dr. W. Freudenthal, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. H. Goldenberg,  
Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Krug, Dr. S. J. Meltzer,  
Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. A. Schapring, Dr.  
A. Seibert, Dr. F. Torek, Dr. S. Welt, Dr. Ad. Zederbaum.

Redigirt von

Dr. MAX EINHORN.

---

General Agenten: The International News Co., 85 Duane Street, New York.

Verlag der Medical Monthly Publishing Co.,

C. KAHLER, Geschäftsführer, 17-27 Vandewater Street, New York.

---

Bd. V.

New York, 15. November 1893.

No. 11.

---

## ORIGINALARBEITEN.

### I.

#### Bemerkungen über die Pathologie und Diagnostik der Nierenkrankheiten.\*)

Von

Dr. C. HEITZMANN.

Der Kliniker kann in der Diagnose von Nierenkrankheiten, dem Thema unserer heutigen Discussion, nicht gut ohne den Pathologen, speciell den Mikroskopiker, fertig werden. Viele Nierenkrankheiten sind eben nur durch die mikroskopische Untersuchung des Harnes zu erkennen. Da mir eine 20jährige Erfahrung in dieser Beziehung zu Gebote steht, und meine pathologische Sammlung insbesondere an Nierenpräparaten reich ist, bin ich gern bereit, die Discussion einzuleiten.

Die Formen, welche den Kliniker am meisten interessiren, da sie am häufigsten zur Beobachtung kommen, sind folgende:

1. *Secretions-Anomalien.* Es gibt Personen, die von frühester Jugend auf grosse Mengen von Harnsäure oder von oxalsaurem Kalk entleeren. Wir heissen sie Lithaemiker, und den Zustand "harnsaure Diathese," Bezeichnungen, die unsere Unkenntniss über die Natur und Ursache der Krankheit nothdürftig verdecken sollen. Man hat übermässigen Fleischgenuss einerseits, und übermässigen Genuss von Zucker und Stärke andererseits für die Lithaemie verantwortlich machen wol-

---

\*) Vortrag in der Sitzung der Medic. Gesellschaft von New York, am 2. October 1893.

len. Das kann nicht richtig sein, denn Personen mit diesem Zustande werden auch in Gefängnissen angetroffen, wo die Patienten über den Verdacht zu reichlichen Fleisch- oder Zuckergenusses wohl erhaben sind. Solche Personen sind häufig die Träger von harnsauren oder oxalsauren Concrementen in den Nierenkelchen und im Nierenbecken, wo sich die Harnsäure und der oxalsaure Kalk stets zuerst niederschlagen. Die sogenannten Nierensteine veranlassen als Fremdkörper Entzündung des Beckens und der Kelche, welche wir unter dem Sammelnamen "Pyelitis" zusammenfassen. Von oberflächlicher, katarrhalischer Entzündung bis zur Vereiterung, Abscessbildung im Nierenbecken und der entsprechenden Niere lassen sich alle Grade im Harne erkennen. Da treffen wir im Sedimente massenhaft Krystalle und Concretionen solcher von Harnsäure, von oxalsaurem Kalk, oder einer Mischung beider, nebst Blut- und Eiterkörperchen, den charakteristischen Becken-Epithelien, und bei Vereiterung auch Bindegewebsstrümmen. Ob die Niere in Mitleidenschaft gezogen ist, erkennen wir an der An- oder Abwesenheit von Nieren-Epithelien, bei wechselnden Mengen von Eiweiss. Nach meiner Erfahrung liegt die Ursache von Blutharnen am häufigsten in den Nierenbecken, bei Anwesenheit von Concretionen. Am schlimmsten sind in dieser Beziehung die Concremente von oxalsaurem Kalk, die "Maulbeersteine," theils wegen ihrer beträchtlichen Härte, theils wegen der krystallischen, rauhen Oberfläche. Die wüthenden Schmerzen, welche solche Steine in der Regel, keineswegs jedesmal verursachen, veranlassen die Patienten bald ärztliche Hilfe zu suchen. Eine Anzahl von Heilquellen und Medicamenten, neuerlich das Piperazin, sind, wegen ihrer Harnsäure lösenden Eigenschaften empfohlen worden. Sie leisten in manchen Fällen gute Dienste, lassen in anderen ganz im Stich, und dem Patienten bleibt schliesslich nur chirurgische Hilfe übrig. Vielfach hat man schon Nierensteine entfernt, oder die ganze Niere erfolgreich extirpirt, wenn diese durch secundäre Vereiterung nutzlos oder gefährlich für den Organismus geworden ist. Solchen Kranken wird das Biertrinken strenge verboten. Ich kenne aber einen Fall, einen durch Börsenspeculation reich gewordenen, etwa 35jährigen Amerikaner, der, mit Nierensteinen behaftet, sich nur in Deutschland bei reichlichem Genuss von Münchner Bier wohl fühlt und dort nie von Blutungen belästigt wird. Sobald er nach Amerika zurückkehrt, fangen auch die Beschwerden und Blutungen wieder an.

2. *Nephritis*. Unter den Pathologen herrscht heute noch in der Systemisirung der Nierenentzündungen eine ganz unglaubliche Confusion. Das Höchste hat in dieser Beziehung der New Yorker Pathologe FR. DELAFIELD geleistet. Mir scheinen sich die Formen der Nephritis einfach in drei primäre Gruppen trennen zu lassen, und halte ich die Secundär-Erkrankungen von den Primärformen gesondert. Der unsinnige Name „Bright'sche Nierenkrankheit“ hat selbst einen ROKITANSKY zu widersinnigen Schilderungen verleitet, und VIRCHOW will eine Combination der interstitiellen mit der parenchymatösen



Nephritis als Bright'sche Niere gelten lassen. Da es keine rein interstielle, auf das Bindegewebe allein localisirte und keine rein parenchymatöse, die Epithelbekleidung der Harnröhrchen betreffende Nephritis gibt, habe ich mich beschieden, bei der alten humoral-pathologischen Nomenclatur zu bleiben. Darnach lasse ich nur drei primäre Formen von Nephritis gelten: Die katarrhalische, die croupöse und die suppurative.

*Die katarrhalische Nephritis* ist die häufigste, aber auch die mildeste. VIRCHOW verwirft den Ausdruck „Katarrhalische Entzündung“; für ihn ist das nur eine Fluxion. Ich glaube, dass das zu weit geht, und wir die leichteste Form der Entzündung an mit Epithel bekleideten Flächen, den sogenannten Schleimhäuten, recht gut als katarrhalische bezeichnen können, wie es die Augenärzte ja immer mit der Conjunctivitis gethan haben. Die Nierenröhrchen sind aber auch nur solche Schleimhautbildungen, bei ununterbrochener Continuität des Epithels von der Mündung der Harnröhre an bis zur Bekleidung der Nierenknäuel und der Knäuelkapsel. Unter dem Mikroskope, häufig bei nur wenig ausgesprochenen klinischen Symptomen, erkennen wir die katarrhalische Nephritis daran, dass wir im Harnsedimente wechselnde Mengen von Blut- und Eiterkörperchen, nebst Nierenepithelien, den abgeschwemmten Elementen von der Innenfläche der Harnröhrchen, antreffen. Cylinder fehlen oder sind in äusserst geringer Menge vorhanden. Eiweiss wird im Harne in geringer Menge, häufig nur in Spuren gefunden; nicht selten fehlt dasselbe vollständig. Die Krankheit tritt entweder acut, oder in chronischer Form auf, mit wiederholten subacuten Nachschüben. Der Verlauf erstreckt sich häufig auf Jahre, zumal dann, wenn nur eine der Nieren ausschliesslich oder vorwiegend erkrankt ist, was man daran erkennt, dass trotz ausgesprochenem Befunde von Nephritis Harnsäure oder harnsaurer Natron, oder oxalsaurer Kalk constant oder zeitweilig in grösseren Mengen angetroffen werden. Eine entzündete Niere kann das nicht leisten. Die grösste Gefahr der katarrhalischen Nephritis liegt darin, dass sie, einmal chronisch geworden, unausbleiblich zur Schrumpfung, Cirrhose der Niere führt. Auch diese Form, klinisch wie mikroskopisch so deutlich ausgesprochen, bringt keine unmittelbare Gefahr, wenn auf eine Niere vorwiegend oder ausschliesslich beschränkt. Ich will in aller Kürze die Befunde bei Nieren-Cirrhose anführen. Unter dem Mikroskop: Mangel an Salzen, spärliche Eiterkörperchen und Nierenepithelien, spärliche Bindegewebstrümmen, bisweilen Indican in grösseren Mengen; heruntergekommene Constitution. Bei chemischer Analyse: Enorme tägliche Mengen eines wasserreichen Harnes, von einem specifischen Gewichte von 1010 und darunter, constant; Mangel an Salzen, geringe Mengen von Eiweiss. Klinisch: Abmagerung; kleiner aber gespannter Puls; Occipital-Schmerz; Schlaflosigkeit, Ekel, häufiges Erbrechen etc. Bei katarrhalischer Nephritis wird nur der Internist eingreifen können. Am meisten ist von diätetischer Behandlung, Milchkur, Trinken von heissem Wasser, viel Bewegung

in freier Luft, zu erwarten. Tägliches Schwitzen wirkt höchst wohlthätig. Man kann auf diese Weise die Nephritis bisweilen zum Stillstand bringen. In einem mir bekannten Falle (L—r) ist es dem therapeutischen Genie L. WEBER's gelungen, dies bei einer schon weit vorgeschrittenen Nieren-Cirrhose zu erreichen. Der Mann bekam später Herzerweiterung, die ihn weggraffte. Insbesondere können jene Formen von katarrhalischer Nephritis, die von übermässiger Secretion von oxalsaurem Kalk herrühren, durch viel Bewegung in freier Luft, Gymnastik, eventuell Holzhacken, rasch zum Schwinden gebracht werden, wie ich das in einer Anzahl von Fällen gesehen habe.

Die *croupöse Nephritis* ist eine viel schwerere Nierenkrankung. Der mikroskopische Befund im Harnsedimente ist bei dieser Form ganz charakteristisch. Man findet nebst Blut- und Eiterkörperchen und Nierenepithelien stets Harncylinder, und zwar Hyalin-, Epithel- oder Blutecylinder bei acuter, körnige, Fett- oder Amyloidecylinder bei chronischer croupöser Nephritis. Dabei sind stets beträchtliche Mengen von Eiweiss im Harne vorhanden. Die acute croupöse Nephritis tödtet häufig, wenn beide Nieren gleichzeitig befallen werden, wie wir das nach Scharlach und Diphtherie so häufig sehen. Die Schwangerschafts-Nephritis hat durchschnittlich eine günstigere Prognose, da in vielen Fällen nur die rechte Niere entzündet ist. Uebersteht der Kranke den acuten Anfall, dann wird die Krankheit in der Regel chronisch und endet schliesslich in Atrophie der Niere, Verlust grosser Flächen der Corticalis, häufig complicirt mit Hyperplasie, insbesondere bei secundärer Fett- und Amyloid-entartung. Der Tod erfolgt bei acuter croupöser Nephritis unter den Symptomen der Uraemie, bei chronischer croupöser Nephritis unter jenen der Abzehrung, häufig von Hydrops anasarca oder ascites begleitet. Die compensatorische Herzvergrösserung fehlt wohl nie. Die chronische Uraemie ist klinisch auch durch den ammoniakalischen Geruch des Athems gekennzeichnet. Ist einmal Fett- oder Amyloid-entartung eingetreten, dann kann jeder acute Nachschub von Nephritis in kurzer Zeit tödtlich werden. Andererseits sind Fälle in hinlänglicher Menge bekannt, wo schon weit vorgeschrittene Amyloid-entartung der Nieren wieder rückgängig wurde. Auch die croupöse Nephritis gehört ganz in das Gebiet des Internisten, der durch diaetetische Behandlung wohl mehr erreichen wird, als durch innerlich verabreichte Medicamente. Viele Fälle werden bei ausschliesslicher Fleischkost, mit reichlichem Trinken heissen Wassers (sog. Salisbury'sche Kur) gebessert, andere wieder durch Milchkur.

Die *eitrige Nephritis* ist die schwerste Form von Nierenentzündung, in der Regel durch Staphylococccen-Invasion von aussen hervorgerufen. Die englische Bezeichnung „Surgical Kidney“ weist recht drastisch auf den Ursprung des Leidens hin, obgleich seit Einführung der Asepsis in die Chirurgie diese Quelle selten geworden ist. Dagegen sind mir mehrere Fälle bekannt, wo einfache Gonorrhoea zur Abscessbildung in einer Niere geführt hat. Werden beide Nieren gleichzeitig von eitriger Entzündung befallen, dann ist der Kranke stets unrettbar ver-

loren. Nicht selten beschränkt sich die Abscessbildung auf eine Niere und wird, nach erfolgtem Durchbruch, leicht unter dem Mikroskope diagnosticirbar. Nebst grossen Mengen von Eiterkörperchen, und einer variablen Anzahl von rothen Blutkörperchen finden wir Nierenepithelien und Bindegewebestrümmen in reichlicher Anzahl. War die Nierenvereiterung durch ein Concrement im Nierenbecken hervorgerufen, dann treffen wir auch Harnsäure- oder oxalsaure Kalkkrystalle im Sedimente; obgleich selbst bei vorhandener Calculose solche Krystalle gelegentlich fehlen können. Nach erfolgtem Durchbruch von Nierenabscessen, denn nicht selten treffen wir mehrere in der Niere zerstreut, kann spontane Heilung erfolgen. Häufig aber ist hier der chirurgische Eingriff, Nephrotomie oder Nephrektomie am Platze, und die Litteratur weist eine erkleckliche Anzahl von Fällen auf, wo durch die Operation das Leben gerettet wurde.

Bevor ich das Kapitel der Nephritis verlasse, will ich kurz der *Nierentuberculose* gedenken, welche heutigen Tages durch den Katheterismus der Ureteren und den Nachweis des Tuberkelbacillus diagnosticirbar geworden ist. Stets ist Tuberculose von Nephritis begleitet, weitaus am häufigsten von der katarrhalischen Form, nur äusserst selten von der croupösen. Lässt sich die Tuberculose in einer Niere localisiren, dann kann auch diese Form zu operativem Einschreiten, Nephrektomie, legitimen Anlass geben, vorausgesetzt, dass die Constitution des Kranken nicht zu sehr geschwächt ist.

3. *Tumoren der Nieren.* Dies ist ausschliessliches Gebiet des Chirurgen. Von gutartigen Geschwülsten lassen bisweilen Nierencysten, sogenannte Hydronephrose, von bösartigen Sarcome (Myelome) klinisch sowohl wie mikroskopisch eine Diagnose zu. Die Nierencysten, die sich an irgend einer Stelle des Unterleibes vorwölben können, werden unter dem Mikroskope erkannt, oder deren Anwesenheit vermuthet, wenn die Befunde von Nieren-Cirrhose vorhanden sind, ohne dass die klinischen Symptome auf diese Krankheit hinweisen würden. Dass Nierensarcome aus der mikroskopischen Analyse des Harn-Sedimentes diagnosticirt werden können, habe ich bisher in fünf Fällen bewiesen, wo hinterher die klinische Untersuchung oder der post mortem-Befund meine Diagnose bestätigt haben. Welch' hoher Grad von Sicherheit in der Diagnose eines Nierensarcoms erreichbar ist, beweist ein Ende 1890 in St. Mark's Hospital vorgekommener Fall. Die Kliniker vermutheten einen Tumor der rechten Niere. Nach Untersuchung des Harn-Sedimentes erklärte ich, dass ein Sarcom vorliege. Daraufhin wurde der Lumbarschnitt gemacht, die Niere aber eher kleiner als vergrössert gefunden und deshalb der Schnitt wieder vernäht. Der Mann starb einige Tage nachher und die rechte, leicht cirrhotische Niere wurde mir, ohne ein Wort des Vorwurfs, zugeschickt. Ich selbst war entschlossen, meinen Irrthum öffentlich zu bekennen. Ich härtete die Niere in Chromsäurelösung. Nach zwei Monaten ging ich, schweren Herzens, an die Untersuchung. Als ich die Niere halbirte, fand sich in der Pyramidensubstanz, gegen das Becken vor-

springend, ein etwa wallnussgrosser Tumor vor, welcher sich unter dem Mikroskope als Lympho-Sarcom erwies. Das Präparat befindet sich in meiner Sammlung.

Dass der Verlauf auch bei Nieren-Sarcom ausnahmsweise ein langsamer sein kann, wahrscheinlich, wenn nicht frühzeitig ein Durchbruch der Nierenkapsel erfolgt, beweist mir der Fall einer Frau in Yonkers, bei welcher ich vor vier Jahren, und jedes Jahr wieder, ohne die Herkunft des Harnes zu kennen, ein Nieren-Sarcom diagnosticirt habe, und die heute noch, wenn auch in stark heruntergekommenem Zustande, lebt.

## II.

### Ueber die Grenzen der medicinischen Behandlung der Nierenkrankheiten.\*)

Von

Dr. LEONARD WEBER.

Die chronische Pyelonephritis suppurativa, wie sie durch Steine, Tuberculose, Gonorrhoe und andere Infection hervorgebracht wird, ist als destructive und gefährliche Krankheit bekannt und sind wir um so mehr geneigt Fälle der Art dem Chirurgen zur Nephrotomie und Nephrectomie zu überantworten, je mehr gute Resultate solchen Massnahmen folgen. Dass durch Aseptik und wesentlich verbesserte Methode des Operirens gute Erfolge auf chirurgischem Wege erzielt werden, ist allgemein schon anerkannt. Dass wir nichts destovener gelegentlich mit Fällen zu thun haben, welche sich zu keiner radicalen Operation mehr eignen, lässt sich auch nicht läugnen. Bei Stein oder Steinen in der einen Niere muss die relative Gesundheit der anderen Niere wahrscheinlich sein, wenn operirt werden soll; ist dasselbe Leiden bilateral, so muss man das Vorhandensein von secernirender Nierensubstanz genügend sowohl in Bezug auf Masse als auf Function annehmen können, bevor zur Operation geschritten wird. Der Patient darf ferner nicht zu alt und schwach und soll auch frei von anderen Complicationen sein, durch welche ein gutes Resultat voraussichtlich unmöglich oder recht unwahrscheinlich gemacht wird.

Im Allgemeinen kommt dann noch bei Ueberlegung der eventuellen Vornahme einer bedeutenden Operation dieser Art der Zustand des Herzens ganz wesentlich in Betracht, wie dies ja auch bei der Prognose der Bright'schen Nierenerkrankung der Fall ist. In Anbetracht der Nothwendigkeit eines kräftig functionirenden Herzens für den Ausgleich jeder grösseren entzündlichen Störung, oder für die gewünschte

\*) Vorgetragen vor der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 2. October 1893.

Mehrleistung eines parenchymatösen Organs, wird die Prognose auf längere oder kürzere Lebensdauer in Bright'scher Nierenerkrankung wesentlich vom Zustand des Herzens beeinflusst, und wird andererseits die Leistungsfähigkeit des Herzens uns ein ziemlich sicherer Führer, ob *ceteris paribus* operirt werden soll oder nicht. In diffuser Nephritis und Schrumpfniere z. B., so lange die functionelle Leistungsfähigkeit des L-Ventrikelmuskels den compensatorischen Anforderungen entspricht, wird der Patient sich relativ gut genug befinden und ohne grössere Beschwerden leben können. Aber wie bald und sicher tritt eine böse Wendung ein, wenn die Hypertrophie des L-Ventrikels ausbleibt oder die vorhandene einer Dilatation in Folge von Erschöpfung oder Entartung des Muskels Platz machen muss. Aehnliche fatale Störungen müssen dann auch bei radicalen Nierenoperationen eintreten, so zwar, dass bei vorhandener dauernder Herzschwäche die Prognose nicht nur zur Vornahme der Anaesthesie, sondern auch der Operation als ungünstig gelten kann, auch wenn die andere Niere gut genug wäre, um für den Ausfall der zu entfernenden erfolgreich einzutreten. So sind denn Fälle von s. g. chirurgischer Nierenerkrankung, in welchen aus zureichenden Gründen nicht operirt werden kann oder soll, nicht allzu selten, und bleibt es zuletzt die Aufgabe des behandelnden Arztes die Leiden des Patienten zu erleichtern, das Allgemeinbefinden zu verbessern und sein Leben zu fristen, so gut es eben geht. Opiate, alkalische Mineralwässer, Bäder u. s. w. werden verordnet, wenig wird damit erreicht.

Während der Behandlung der letzten vier Fälle chronischer Niereneiterung in meiner Praxis habe ich notirt, dass das Leben der Patienten weniger durch den Eiweissverlust und mehr oder minder deutlichen urämischen Erscheinungen als durch die chronische durch den suppurativen Process bedingte Sepsis bedroht wurde. Ist durch den Eingriff der Eiter erregenden Mikroben die Suppuration einmal in Gang gebracht, so bleibt sie mehr oder weniger constant, jetzt in Form des stetigen Abfliessens, dann stossweise, sehr variabel in Bezug auf die tägliche Quantität. Wenn nun eine temporäre Obstruction des Ureter vorkommt, wie z. B. es häufig passirte im Fall No. 2, und es dadurch zur Retention und Stauung von Eiter oberhalb kommt, so treten sofort die akuten Symptome septischen Fiebers auf, nicht selten heftig, mit häufigen, rasch aufeinander folgenden Recidiven, und in wenigen Wochen ist der Patient in geradezu alarmirender Weise geschwächt und reduziert. Sodann wird der Prozess der Ulceration und Destruktion wieder gefördert durch die im Laufe des Fiebers entwickelte Cachexie, da ja eben die Resistenz der Gewebe durch einen solchen Vorgang bedeutend beeinträchtigt wird, und es wird zuletzt geradezu ein *Circulus vitiosus* etablirt.

Indem ich mich nun umsahe nach einem Mittel von guten antiseptischen Eigenschaften, das nicht nur ohne Gefahr verabreicht werden, sondern von dem man auch erwarten konnte, dass es auf dem Weg der

Ausscheidung durch die Nieren günstig auf dieselben einwirken dürfte, schien es mir am besten, Creosot zu versuchen.

Seit 1888 habe ich den Buchenholztheer in mehr als 150 Fällen von Lungentuberkulose konsequent angewandt und beobachtet, dass in der grossen Mehrzahl derselben das septische Fieber, welches durch das pyogene Virus in Combination mit der tuberkulösen Infection erzeugt wird und alle wohlentwickelten Fälle der Tuberkulose begleitet, durch das Creosot bald vermindert und allmählich unterdrückt wird. So war es nur logisch, ähnlich gute Resultate von dem Gebrauch desselben in dem septischen Fieber der eitrigen Nierenentzündungen zu erwarten, um so mehr, da die Ausscheidung des Mittels mit dem Urin beträchtlich ist. Meine Erwartungen sind, wie ich glaube, nicht getäuscht worden, und die konservirenden Erfolge, welche ich in den weiter unten mitzutheilenden Fällen mit dem Mittel gehabt habe, werden es rechtfertigen, so hoffe ich, die Aufmerksamkeit der Kollegen auf den Werth des Kreosots in gewissen Formen der sogenannten chirurgischen Nierenerkrankung zu lenken. Diese Mittheilung mag andre veranlassen, durch ähnliche Versuche die Zahl der einschlägigen Beobachtungen zu vermehren.

In meinen vier Fällen habe ich nicht nothwendig gehabt, zunehmend grössere Dosen von Creosot zu verordnen, so wie ich es in Behandlung der etablirten Lungentuberkulose fast regelmässig thue, sondern gefunden, dass 3-5 Gran Creosot in Kapselform oder in alkoholischer Lösung eingegeben, oder in der Form von Suppositorien oder Injectionen in den Darm dreimal in 24 Stunden genügen, um den faulen Geruch des Urins zu corrigiren, das Fieber zu reduzieren und in nicht langer Zeit den allgemeinen Zustand des Patienten merklich zu verbessern. Es giebt Aerzte, welche dem Creosot eine bedeutende therapeutische Wirkung auf die Lungentuberkulose absprechen; die haben Unrecht ebensowohl als jene, welche in ihm ein gradezu spezifisches Kurmittel erblicken. Wenn es auch den Bacillus-tuberculosis nicht affizirt, nicht tödtet, so hilft es meiner Ansicht nach doch ganz entschieden, dem Lungengewebe den schon verlorenen Widerstand gegen die unheilvolle Wirkung des Bacillus wiederzugeben. Sogenanntes tuberkulöses Gewebe ist erkranktes Gewebe, so verändert und gelähmt durch das Bacillus-Toxin, dass es den zerstörenden Einfluss des Eitergiftes leicht unterliegen wird; wenn nun durch das Creosot dieser letzteren Mischinfection bald Halt geboten wird, so muss man, denke ich, zugestehen, dass dasselbe einen bedeutenden heilsamen Einfluss gegen die Eitererreger und ihre Gifte ausüben kann.

Im folgenden die kurze Geschichte von vier einschlägigen Fällen:

Fall 1. L. M., 34 J., Commis, pthisische Belastung in der Familie. In früher Jugend einige, doch kleine Drüsenabscesse, die allmählich ausheilten, häufige Nasen-Bronchialkatarrhe, niemals Bluthusten; im 20. Jahre bei ziemlich guter Gesundheit und Kraft, im 24ten eine heftige, langdauernde Gonorrhoe, die sich im Laufe der Zeit mit doppelseitiger Pyelitis komplizirte, der Anfang der letzteren durch heftigen Frost

und Fieber charakterisirt. Seitdem nicht mehr gesund, obgleich imstande, seine nicht schweren Geschäfte ziemlich regelmässig zu besorgen. Urin nie frei von Eiter, Blutzellen und Nierenepithelien sind häufig im Sedimente nachzuweisen. Nierensteine können ausgeschlossen werden, Tuberkulose wahrscheinlich auch; von den im Laufe der Zeit geübten Behandlungsmethoden hat keine annähernd so gute palliative Erfolge aufzuweisen gehabt, als das Creosot, welches er seit Jahr und Tag nimmt. Seit mehr als sechs Monaten hat er so gut wie kein Fieber mehr, sieht besser aus, fühlt sich besser und hat an Gewicht gewonnen; der Urin ist klarer, das Uriniren weniger häufig und weniger schmerzhaft.

Fall 2. L. B., 68 Jahre alt, Kaufmann, ursprünglich von gesunder, kräftiger Konstitution, seit 40 Jahren schon chronischen Bronchialkatarrh mit in den letzten Jahren nachweisbarem, mässigen Emphysem. Die ersten Symptome von Nierenleiden rechterseits vor ungefähr 12 Jahren, Schmerzen in der Nierengegend, gelegentliche Hämaturie, vielleicht durch Nierenstein hervorgebracht. Ab und zu schlechtes Allgemeinbefinden, allmählich zunehmend, Urin wird schleimiger, trüber, und ist in den letzten 2 Jahren nicht mehr frei von Eiter. Die rechte Niere ist entschieden vergrössert, was durch bimanuelle Untersuchung ziemlich leicht nachzuweisen ist. Linke Niere gewiss auch schon erkrankt, denn der Urin ist von konstant geringem spezif. Gewicht, enthält Eiweiss, abgesehen von dem Eiter und die Diurese ist in den letzten Jahren bedeutend vermehrt. All diesen Complicationen zum Trotz ist die Herzthätigkeit des Patienten noch immer eine kräftige und genügende.

Im Sommer 1892 plötzlicher Anfall von Urinretention, durch Verstopfung des rechten Ureters mit weichen, schuppigen, fibrinösen nicht organisirten Detritusmassen, was ihm bedeutende Schmerzen und Fieber, mit geschwulstartiger Hervorwölbung der rechten Nierengegend verursachte und nach Fortschwemmung der verstopfenden Partikel von abundanter Urin- und Eiterentleerung und raschem Abfall des Fiebers gefolgt war. Bis Ende 1892 hat Patient 5—6 solche Anfälle gehabt und wurden durch dieselben seine Gesundheit und Kraft in hohem Masse reduzirt. Sein Gewicht hat um 30 Pfund abgenommen.

Die Herren Dr. LANGE und KEYES sahen den Patienten im Consilium und wir waren einstimmig der Ansicht, dass der Zustand des Kranken ein derartiger geworden, dass die Vornahme einer eingreifenden Operation ausser Frage war. Herr B. hat nun seit nahezu 10 Monaten von Creosot 2—4 Gran 3mal täglich genommen, allerdings ist er auch im Winter im Süden gewesen, und hat seit letztem März keinen Anfall wieder gehabt. Sein Allgemeinbefinden ist ganz bedeutend gebessert, Nieren- und Blasenschmerzen hat er so gut wie keine, Diurese nach wie vor reichlich, und der Urin enthält viel weniger Eiter als früher.

Fall 3. E. S. . . ., 54 Jahre. Kaufmann, keine Belastung, mässig kräftiger, doch sehr nervöser Mann, seit Jahren unregelmässige

Herzaction, keine Zeichen von Klappenstörung. Sah ihn zuerst vor etwa 10 Jahren wegen Abscess des app. vermiformis, nachdem er, wie sein Arzt sagte, schon 3 Wochen mit allen Erscheinungen der acuten eiterbildenden Appendicitis im Bette gelegen. Wir fanden, dass der Abscess bereits die Blase perforirt hatte; gegen Ende der 4. Woche fand auch Durchbruch in das Rectum statt, darauf wurde Patient bald fieberfrei und die Aushellung bis zur vollständigen Genesung nahm ihren ungestörten Fortgang; auch hat S. nach dieser Richtung keinerlei Beschwerden seither gehabt. Seit etwa 18 Monaten hat er Symptome, welche auf Nierenstein deuten. Vor ca. 6 Monaten zuerst leichtes Fieber und gelegentlich etwas Eiter von den Nieren her. Nimmt Creosot die letzten 3 Monate hindurch und befindet sich jetzt beinahe frei von Beschwerden.

Fall 4. Frau S. S., 72 Jahre, dicke blasse Frau. Seit ca. 8 Jahren Nierensymptome rechtsseitig und Bronchialcatarrh mit Exacerbationen. Urin ist bedeutend und constant eiterhaltig, auch etwas Blut ist oft demselben beigemischt. Leichte Frostschauer und Fieber von Zeit zu Zeit. Chronische Suppuration. Pyelo-Nephritis ist zweifellos vorhanden, aber Patientin wohnt im Lande und ich habe nur zweimal Gelegenheit gehabt, sie zu untersuchen, ohne gründlich dabei zu Wege gehen zu können, kann desshalb über die Wurzel des Uebels nicht genaueres angeben. Es wird mir übrigens berichtet, dass sie das verordnete Creosot in Dosen von 2-3 Gran 3 mal täglich seit 3 Monaten genommen habe und frei von Fieber und bei besserem Allgemeinbefinden sei.



## III.

## Zur Erklärung der transitorischen Myopie bei Iritis, nebst Bemerkungen über diabetische Kurzsichtigkeit.

Von

Dr. A. SCHAPRINGER,

New York.

Bei Iritis tritt gewöhnlich eine vorübergehende Erhöhung der Refraction des Auges um ein bis zwei D ein. Seitdem Dr. JOHN GREEN (St. Louis) im Jahre 1887 zuerst auf diese transitorische Myopie bei Iritis hingewiesen\*, ist seine Beobachtung vielfach bestätigt worden.

Einen Erklärungsversuch über die nähere Ursache dieser Erscheinung hat JOHN GREEN nicht vorgebracht. Von anderer Seite sind verschiedenartige Versuche nach dieser Hinsicht gemacht worden, welche hier aufgezählt werden sollen.

Nach Dr. F. W. MITTENDORF\*\* wird das Zustandekommen der Erscheinung durch Volumszunahme des vorderen Theils des Glaskörpers in Folge von Ansammlung von Exsudat erklärt. Diese Volumszunahme des Glaskörpers soll das Linsensystem nach vorne drängen, wodurch der hintere Brennpunkt des Auges nach vorne rücken muss. Gegen diesen Erklärungsversuch ist einzuwenden, dass, eine Volumszunahme des Glaskörpers, welche im Stande wäre, die Linse nach vorne zu verdrängen, doch eine, dem tastenden Finger sich verrathende Zunahme des intraoculären Druckes zur Folge haben müsste. Nun ist aber durch Palpation leicht festzustellen, dass die Spannung der Bulbuskapsel bei Iritis nie merklich erhöht ist.

Nach einer andern Theorie sollte bei Iritis in Folge des Zusammenkniffens der Lider die Hornhautkrümmung vermehrt sein, was natürlich Kurzsichtigkeit hervorrufen würde. Zahlreiche, mit Hülfe des nun weit verbreiteten JAVAL-SCHIÖTZ'schen Ophthalmometers ausgeführte Messungen des Hornhautradius haben keine Veränderung des letzteren erwiesen.

Nach einer dritten Hypothese erregt der entzündliche Vorgang einen Krampfzustand im Ciliarmuskel, also einen Accommodationskrampf. Diese Erklärungsweise ist in letzterer Zeit insbesondere von CHARLES A. OLIVER (Philadelphia) aufgegriffen und zur Basis gewisser therapeutischer Folgerungen gemacht worden, † welcher Umstand die

\* JOHN GREEN. On a Transient Myopia occurring in connection with Iritis. Transactions of the American Ophthalmol. Society, 1887, p. 599.

\*\* F. W. MITEENDORF. *Symptomatic Myopia*. Transactions of the American Ophthalmological Society, 1888, S. 74.

† CHARLES A. OLIVER (de Philadelphie). *La correction exacte des vices de réfraction dans l'iritis plastique*. Annales d'Oculistique, Janvier, 1893.

uns hier beschäftigende Frage mit einer gewissen praktischen Bedeutung ausstattet. Nach OLIVER sind wiederholte genaue Messungen der Refraction an Augen mit Iritis plastica von grossem Werth. Man soll deshalb auf die Refraction achten, weil die Anwendung starker Mydriatica, so lange jene Erhöhung der Refraction nicht verschwunden ist, noch fortgesetzt werden muss, auch wenn die Pupille schon ad maximum dilatirt ist.

Nun hat schon GREEN selbst darauf aufmerksam gemacht, dass die in Rede stehende vorübergehende Myopie noch nachgewiesen werden kann, wenn die Entzündungserscheinungen am Auge schon vollständig rückgängig und die Pupille dem Einflusse von Atropin vollständig gefügig geworden ist. Aus eben diesem seltsamen Verhalten zog aber GREEN die richtige Folgerung, dass es sich nicht um einen Accommodationskrampf handeln könne.

Ich glaube, dass der Grund des Auftretens der Myopie bei Iritis in der pathologischen Beschaffenheit des Humor aqueus zu suchen ist. Die gewöhnlich leicht erkennbare Trübung als solche hat natürlich auf die Refraction — in dem engeren Sinne, in welchem wir von einer solchen am Auge sprechen — keinerlei Einfluss. Abgesehen von den suspendirten festen Partikeln hat aber der flüssige Theil des Inhalts der Vorderkammer bei Iritis aller Wahrscheinlichkeit nach eine von der normalen abweichende chemische Zusammensetzung. Die an den Wandungen der Kammer nachweislichen Fibrinbeschläge lassen insbesondere vermuthen, dass der Procentsatz des in der wässrigen Feuchtigkeit gelösten Fibrins im pathologischen Zustande ein höherer ist. Man kann ungezwungen annehmen, dass auch die übrigen festen Bestandtheile stärker vertreten sind. Mit erhöhter Concentration einer Lösung wächst aber auch der Brechungsindex derselben.

Unter normalen Verhältnissen findet an der hintern Hornhautoberfläche keine Lichtbrechung statt, weil die Hornhautsubstanz und das Kammerwasser ein und denselben Brechungsindex haben. Wächst aber nach unserer Voraussetzung der Brechungsindex des letztern bei Iritis, so wird auch an der hintern Oberfläche das Licht gebrochen werden. Die an der vordern Hornhautfläche stark gegen die Achse zu gebrochenen Lichtstrahlen werden an der hintern Fläche eine weitere Neigung gegen die Achse zu erfahren. Dieser Zuschuss an Brechung hat zur Folge, dass die Lichtstrahlen sich früher vereinigen als sie sollten, also vor der Netzhaut — mit anderen Worten, das Auge ist kurzsichtig.

Da in unserem Fall die hintere Hornhautoberfläche zwischen zwei Medien verschiedener Brechbarkeit eingeschaltet ist, von welchen dasjenige der geringern Brechbarkeit, nämlich die Hornhautsubstanz, der convexen, und dasjenige mit höherem Brechungsindex — das Kammerwasser — der concaven Seite entspricht, so haben wir ein einfaches System, für welches im Wesentlichen dieselben geometrisch-optischen Bedingungen Gültigkeit haben, wie für das durch die vordere Hornhautoberfläche repräsentirte, ebenfalls einfache System. Die hintere

Hauptbrennweite eines derartigen Systems berechnet sich nach der bekannten Gleichung

$$F_2 = \frac{n_2 r}{n_2 - n_1}$$

durch deren Umstellung wir eine Formel zur Berechnung von  $n_2$ , dem Brechungsindex des iritischen Kammerwassers gewinnen, nämlich

$$n_2 = \frac{F_2 n_1}{F_2 - r}$$

Die auf der rechten Seite dieser Gleichung vorfindlichen Ausdrücke haben folgende Bedeutung:

$F_2$  bedeutet die hintere Hauptbrennweite des aus Hornhautsubstanz, hinterer Hornhautoberfläche und iritisch verändertem Kammerwasser bestehenden Systems. Die Wirkung dieses Systems ist eine sammelnde, und man kann sich dasselbe ersetzt denken durch eine am Ort der hintern Hornhautoberfläche angebrachte Sammellinse von gleich grosser hinterer Hauptbrennweite. Die Sammelkraft dieser Linse ist es nun, was das vorher emmetropische Auge myopisch gemacht hat. Wenn wir durch ein vor das Auge gehaltenes Concavglas die Myopie neutralisiren, so giebt die Stärke dieses Concavglases das Maas der Stärke der vorhin erwähnten imaginären Sammellinse an. Die Stärke der die Myopie ausgleichenden Zerstreulinse ist also als  $F_2$  einzuführen, wobei man aber, um genau zu sein, die kleine Entfernung des Glases von der hintern Hornhautoberfläche in Abzug zu bringen hat.

$n_1$  bedeutet den Brechungsindex der Hornhautsubstanz, welche nach v. HELMHOLTZ 1.3365 beträgt.

$r$  ist der Krümmungshalbmesser der hintern Grenzfläche der Cornea. Nach der von TSCHERNING am Lebenden ausgeführten Messung beträgt er 6 Millimeter.

Führt man die Rechnung für die verschiedenen, bei Iritis constabilirten Grade von erworbener Myopie aus, so erhält man folgende Werthe:

Grad der Myopie.	Brechungsindex des Kammerwassers.
1.0 D.....	1.345.
1.5 D.....	1.349.
2.0 D.....	1.353.

Eine Zunahme des Brechungsindex des Kammerwassers um 0.01 entspricht also ungefähr einer Refraktionszunahme des Gesamtauges um 1D. Die postulierte Zunahme des Brechungsindex ist also nicht bedeutend und liegt keinesfalls ausserhalb des Bereichs des Wahrscheinlichen.

Zur Prüfung der hier vorgetragenen Theorie müssten äusserst subtile Messungen vorgenommen werden, u. z. mit Instrumenten, wie dem v. HELMHOLTZ'schen Ophthalmometer oder dem TSCHERNING'schen Ophthalmophakometer, welche praktischen Aerzten nur ausnahmsweise zu Gebote stehen.

Nimmt man unsere Erklärung als die richtige an, dann wird man die von OLIVER geforderten wiederholten und genauen Refraktionsprüfungen bei Iritis mit gutem Gewissen unterlassen können. Man wird auch nach Rückgang der entzündlichen Erscheinungen und vollkommener Erweiterung der Pupille nicht mit Einträufelung von starker Atropinlösung fortfahren, bloß wegen der etwa noch persistirenden Myopie, welche, nach dem eben Dargelegten, nicht als Accomodationskrampf aufzufassen ist. Bei erweiterter Pupille sind übrigens auch die Abflusswege des Kammerwassers im Iriswinkel verengt; durch fortgesetztes Atropinisiren verlangsamt man also bloß die Resorption des pathologisch veränderten Humor aqueus. Fühlt man sich durchaus berufen, die Resorption des letztern durch locale Maassnahmen zu befördern, so bietet sich, wenn zu gehöriger Zeit angewendet, die Massage des Augapfels als zweckmässiges Mittel dar.

Es liegt die Frage nahe, welchen Einfluss eine Zunahme des Brechungsindex des Glaskörpers bei gleichbleibendem Index des Humor aqueus auf die Gesamtrefraction des Auges haben würde. Die Antwort hierauf findet sich in folgender Ueberlegung:

An der concaven Vorderfläche des Glaskörpers findet normalerweise eine Brechung der Lichtstrahlen in der Art statt, dass die schon in der Krystalllinse convergent zur Achse verlaufenden homocentrischen Strahlen noch convergenter gemacht werden, damit sie sich am Orte der Netzhaut schneiden. Die Stärke der an der genannten Fläche stattfindenden Zunahme der Achsenneigung hängt ab von dem Unterschied der Brechungsindices der Krystalllinse und des Glaskörpers. Erhöhen wir den Werth des Brechungsindex des letztern, so vermindern wir diesen Unterschied. Die Zunahme der Achsenneigung der Strahlen wird dadurch geringer und die Lichtstrahlen werden erst hinter der Netzhaut zur Vereinigung gelangen, d. h. das Auge ist hypermetropisch gemacht worden.

In Bezug auf die Wirkung auf die Gesamtrefraction des Auges, welche einer Veränderung ihres Brechungsindex entsprechen würde, verhalten sich demnach Kammerwasser und Glaskörper gerade entgegengesetzt.

Wie die transitorische Myopie bei Iritis, so beruht auch die in seltenen Fällen bei Diabetes auftretende, mehr oder minder hochgradige Kurzsichtigkeit aller Wahrscheinlichkeit nach weder auf Verlängerung der Augenachse, noch auf Krümmungszunahme von trennenden Flächen, sondern stellt wohl auch eine Index-Ametropie dar. Auf das Vorkommen von diabetischer Myopie hat HIRSCHBERG zuerst hingewiesen. Zwei Fälle dieser Art habe ich erst unlängst selbst zu beobachten Gelegenheit gehabt. Einer dieser Fälle betraf eine 61jährige Frau, deren Zuweisung ich der Güte des Herrn Dr. S. J. MELTZER verdanke. In beiden war die durch den Diabetes erworbene Kurzsichtigkeit ziemlich hochgradig, da sie über 6D betrug. Die Vorderkammer zeigte in beiden Fällen normale Tiefe, so dass eine stärkere Krümmung der Vor-

derfläche der Linse nicht wohl zur Erklärung der Refraktionszunahme herangezogen werden kann.

Wenn der Grund dieser Zunahme überhaupt in der Linse gesucht werden soll, so liegt die Annahme einer Verringerung des Brechungsindex der Corticalschichten am nächsten. Es klingt freilich paradox, dass bei einer biconvexen Linse, wie die Krystalllinse, das Brechungsergebnis ein stärkeres werden soll dadurch, dass der Brechungsindex eines Theiles dieser Linse verringert wird. Man muss bedenken, dass die Corticalschichten ein System von Zerstreuungslinsen darstellen, welche die übergrosse Sammelkraft des beinahe kugelförmigen Kerns zum Theil neutralisiren. Durch Herabsetzung des Brechungsindex vermindern wir die zerstreue Wirkung der Corticalis, wodurch die sammelnde Wirkung des Kerns ein Uebergewicht erlangt.

Nachdem das Vorhergehende schon zu Papier gebracht, erhalte ich durch ein im Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde (1892, Supplement, S. 496) erschienenenes Referat Kenntniss von der in einem italienischen Journal veröffentlichten Arbeit: Ueber die Gegenwart von Zucker im Auge während des experimentellen Diabetes, von Gebrüder Cavazzani. Ich lasse das Referat hier folgen:

„In ihrer Arbeit über die Functionen des Pancreas (Le funzioni del pancreas ed i loro rapporti colla patogenesi del diabete, Venezia 1893) berichten die Verf. über 2 Hunde, welche in Folge von Pancreas-Exstirpation permanenten Diabetes mellitus hatten. Als die Thiere getödtet wurden, untersuchten Verf. die enucleirten Augen und fanden bei dem 1. Hunde, dass der Humor aqueus 0.386 Prozent Zucker enthielt, die peripheren Schichten der Linse sehr wenig, der Linsenkern aber und das corpus vitreum keinen Zucker enthielten. Beim 2. Hunde enthielt nur der Humor aqueus Zucker und zwar weniger als 0,05 Prozent. Die Verf. schliessen, dass der Secretionsprocess der zwei Augenmedien ein verschiedener sein muss. Der Zuckergehalt des Blutes war in den Thieren viel grösser als der des humor aqueus, bei einem Hunde 1.875 Prozent. Da die Linsen vollkommen durchsichtig und normal waren und die eine doch Zucker enthielt, sprechen die Verf. sich gegen DEUTSCHMANN aus, welcher (Archiv f. Opth. 1887, p. 229) meinte, dass solange die Epithelien der Linse intact seien, kein Zucker in die Linse diffundiren könne.“

Ueber etwaige Refraktionsveränderung an den Augen wird in dem Referat nichts mitgetheilt. In Zukunft sollte bei Anstellung ähnlicher Versuche jedenfalls auch hierauf geachtet werden. Im Hinblick auf das Vorkommen von diabetischer Myopie beim Menschen ist es höchst bemerkenswerth, dass im Kammerwasser mehr oder weniger Zucker nachgewiesen werden konnte, aber keine Spur davon im Glaskörper. Ein Zucker enthaltender Humor aqueus muss einen höhern Brechungsindex haben als ein normaler und deshalb den Brechungszustand des Gesamtauges im myopischen Sinne verändern. Enthielte der Glaskörper auch Zucker und wäre seine Brechungszahl dadurch erhöht, so würde er nach der oben gegebenen theoretischen Auseinandersetzung

die Tendenz haben, den Brechungszustand des Gesammtauges im entgegengesetzten Sinne zu verändern, also die durch den Zuckergehalt des Kammerwassers gesetzte Myopie wieder auszugleichen.

Wenn bei Diabetikern im 40. bis 60. Lebensjahre spontane Kurzsichtigkeit ohne Linsentrübung auftritt, so glaubt KNIES,\* dass diese Erscheinung wohl auf eine diffuse Erkrankung der Aderhaut im Augengrunde zurückgeführt werden müsse, bei der zwar das Pigmentepithel nicht oder nur wenig mitbetheiligt ist, wohl aber die Sclera, die erweicht und nachgiebt, wenn es sich nicht um blosse Linsenquellung handelt. Beiden dieser, von KNIES angeführten Erklärungsarten fehlt es vorläufig noch an jeder pathologisch-anatomischen Grundlage. Die Ansicht, dass es sich im Wesentlichen um Index-Myopie handle, erhält hingegen durch die Ergebnisse der chemischen Untersuchungen der italienischen Experimentatoren eine wesentliche Unterstützung, welche um so bemerkenswerther ist, als die Beziehungen dieser Ergebnisse zu dem hier besprochenen Gegenstande nichts mit den Gesichtspunkten zu thun hatte, von welchen aus die beiden Forscher bei ihrer Arbeit ausgegangen waren.

---

\* MAX KNIES, Die Beziehungen des Sehorgans und seiner Erkrankungen zu den übrigen Krankheiten des Körpers und seiner Organe. Wiesbaden, 1893, S. 455.

## REFERATE.

## Respirationsorgane.

Referirt von Dr. J. W. GLEITSMANN.

**Electrolysis for the Relief of Certain Morbid Conditions of the Nasal Septum.** Von Dr. J. G. Newcomb. (Medical Record, August 5th, 1893.)

**Behandlung der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand durch Electrolyse.** Von Dr. M. Schmidt. (Separatabdruck aus den Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin.)

Beide Autoren geben ihre Ansichten über diesen Gegenstand nach von ihnen gemachter Erfahrung. Nach einleitenden historischen Bemerkungen bespricht NEWCOMB die Art und Weise der Anwendung der Electrolyse, ihre relativen Vorzüge über andere Operationsmethoden und beschreibt zwei Fälle von Septumdeviation, welche er mit derselben behandelte. Im ersten Falle wurde ein Strom von 15 Milliampères einer 20zelligen Batterie mit Insertion der Nadel ein Centimeter tief ungefähr sechs Minuten in drei Sitzungen angewandt. Eine Verkleinerung der septalen Leiste, aber auch eine kleine Perforation war die Folge. Im zweiten Falle verursachte die Electrolyse heftige Schmerzen, konnte nur kurze Zeit jedesmal applicirt werden, hatte aber doch guten Erfolg.

N. glaubt, dass er durch die bisher üblichen chirurgischen Methoden dieselben Resultate viel rascher erzielt haben würde.

SCHMIDT wendet Electrolyse seit zwei Jahren an und ist sehr für dieselbe eingenommen. Er gebraucht einen Accumulator und Rheostat hält aber einen Amperometer nicht für absolut nöthig, da die Toleranz der Patienten für den Strom sehr verschieden ist, der eine 3, der andere bis zu 40 Milliampère verträgt. Der Strom muss nur langsam an- und ebenso wieder abgedreht werden. Die erste Sitzung ist gewöhnlich fünf Minuten lang, die spätere bis zu zehn Minuten, und sollen in Zwischenräumen von nicht unter eine Woche wiederholt werden. Nach der vierten Sitzung ist gewöhnlich der Knorpel ganz weich, der Knochen meist erst nach der sechsten bis achten Sitzung.

Desinfection der Instrumente wird sehr empfohlen, da SCHMIDT im Anfang vier Injectionen (zweimal Angina lacunaris, und je einmal Erysipelas faciei und acute intensive Rhinitis) erlebte.

**Clinical Notes on Chancre of the Tonsils, with Analysis of Fifteen Cases.** Von Dr. L. D. Bulkley. (Medical Record, May 27, 1893.)

Unter 2,000 Fällen von Syphilis sah B. 110, in welchen die Ansteckung nicht von den Genitalien erfolgte. Am häufigsten ist Lippen-schanker (49 Fälle), dann kommen die Tonsillen mit 15, die Finger mit 14, die Brust mit 7, die Zunge mit 5 Fällen u. s. w.

Die Diagnose ist nicht immer leicht, öfters wurde Tonsillitis diagnostiziert. Auffallend ist die häufige Härte der geschwollenen Mandeln, welche stets mit dem Finger palpirt werden sollen.

Syphilis durch Tonsillarinfektion oder überhaupt nicht von den Genitalien aus acquirirt, hat gewöhnlich einen schwereren Verlauf. Die Art der Infection ist oft sehr schwer zu eruiren. Die Saugflaschen von syphilitischen Kindern, der Gebrauch von Löffeln, Gabeln, Pfeifen u. s. w. ist oft daran Schuld, manchmal auch perverse Geschlechtsbefrie-

digung, hauptsächlich aber das Küssen. B. erzählt mehrere Fälle, in denen ein syphilitischer Bräutigam seine Braut, ein Vater sein Kind ansteckte.

Die Behandlung muss energisch und über lange Zeit — 2 Jahre — ausgedehnt sein.

**Abscess of the Larynx.** Von Price Brown. (Medical Record, August 12, 1893.)

B. beobachtete zwei der seltenen Fälle von idiopathischem Larynx-abscess. Der erste betraf einen 50jährigen Mann von tuberculös belasteter Familie, welcher nach Schlafen in einem feuchten Bett sich eine acute Laryngitis zugezogen hatte, von welcher er sich nicht erholte. Im Anfang leichte, dann schwere Dyspnoe fand Brown bei der Consultation Oedem der Taschenbänder, die Stimmbänder verdeckend, aber keine Ulceration. Da Patient Abends besser, wurde keine Scarification noch Tracheotomie vorgenommen; am nächsten Morgen starb der Kranke aber plötzlich ehe der Arzt ihn erreichen konnte.

Die Section ergab einen Abscess hauptsächlich an der linken Hälfte des Ringknorpels mit enormem Oedem des obren Theiles des Larynx. Der zweite Patient bekam ohne nachweisbare Ursache Schmerzen im Larynx und Athmenbeschwerden. B. constatirte Schwellung der Epiglottis, nach deren zweimaligen Incision auch Entleerung von Blut und einigen Tropfen Eiter und Blut, auch eine solche des Aryknorpels, welche ebenfalls zweimal incidirt wurde, wonach Patient genass.

**The Treatment of Non-Membraneous Stenosis of the Larynx in the Adult by O'Dwyers Method of Intubation with Report of Five Cases.** Von Dr. W. K. Simpson. (Medical Record, April 15, 1893.)

**Die Intubation bei Larynx-Stenosen.** Von Dr. A. Rosenberg. (Abdruck aus dem Archiv f. Laryngologie, I. Bd. 2. Heft.)

Den Werth der Intubation bei Erwachsenen, auf deren Indicationen schon früher in dieser Zeitschrift hingewiesen wurde (Januar 1891), zeigt SIMPSON wiederum an fünf Krankengeschichten. Bei drei Patienten war Syphilis die Ursache der Stenose; bei dem ersten Falle veranlasst durch eine grosse, Granulationen ähnliche Masse, welche bei einmaligem Einführen und Liegenlassen der Röhre während 3½ Tage sich vollständig absorbirte und nach fünf Jahren keine Wiederkehr zeigte. Der zweite Fall zeigte fast vollständige Obliteration des Larynxlumen, die sich nach Intubation hob, um nach 2¼ Jahren wieder aufzutreten. Intubation war wieder erfolgreich, aber eine in ihrer Ursache nicht aufgeklärte Medianstellung des rechten Stimmbandes blieb bestehen.

Der dritte Fall war eine beträchtliche syphilitische Stenose, mit bedeutender Dyspnoë, welche Intubation dauernd beseitigte, der vierte eine Abductorparese, deren Dyspnoe ebenfalls erleichtert wurde, doch starb der Patient an Pneumonie. Der letzte Patient acquirirte eine Larynxfractur durch Fall und Eindringen einer Schraube in den Kehlkopf. Nach gemachter Laryngotomie wurde circa 1 Monat später wegen ödematöser Schwellung und Verdickungen im Larynx Intubation unter grossen Schwierigkeiten vorgenommen und wiederholt, und schliesslich ein offenes Lumen und freie Athmung erzielt.

ROSENBERG hat 12 Fälle intubirt und giebt die Krankengeschichten von 11 derselben. Dieselben sind je ein Fall von Laryngitis subglottica, Perichondritis cricoidea specifica, Trauma, doppelseitige Posticuslähmung Perichondritis arytenoidea tuberculosa, und je zwei von Papillomen, Adductorenspasmus, und Granulationsstenosen. Auf Details einzugehen, würde hier zu weit führen und wer sich für dieses



Thema interessirt, muss die interessante und lehrreiche Arbeit selbst lesen. In allen Fällen beseitigte Intubation natürlich die Dyspnoe, und in vielen trat vollständige Heilung ein. So wurde ein hartnäckiger bereits nach Laryngofissur wegen Papillome curettirter 12jähriger Knabe durch Tubage geheilt, der zweite Patient entzog sich zu frühzeitig der Behandlung. Gleicher Erfolg war bei den Adductorensparmen und Granulationsstenosen zu constatiren. Ein syphilitischer Patient der letzten Gattung war vorher schon tracheotomirt und mit Schrötterschen Zinnbolzen behandelt worden. Die Posticuslähmung wurde schliesslich tracheotomirt.

ROSENBERG sagt zum Schluss, dass die Intubation neben den bisher gekannten und geübten Dilatationsmethoden nicht nur einen ebenbürtigen Platz in der Therapie einnimmt, sondern sie nicht selten an Bedeutung übertrifft.

**A Contribution to the Treatment of Pulmonary Tuberculosis with Professor Koch's Tuberculin.** Von Dr. Karl von Ruck. (The Therapeutic Gazette, June 15th, 1893.)

Der Artikel liefert einen Bericht über den gegenwärtigen Zustand von 25 Schwindsüchtigen, die zwei Jahre vorher mit Tuberculin behandelt worden waren.

Von fünf Patienten im ersten Stadium waren 1891 drei anscheinend geheilt, zwei gebessert. Nach zwei Jahren rapportirten sämmtliche fünf Heilung ohne Rückfall.

Von sieben Patienten des zweiten Stadiums waren vier ohne Krankheitssymptome, drei gebessert entlassen worden. Sechs von diesen berichteten schliessliche Heilung, einer einen Rückfall mit folgender Besserung.

Im dritten Stadium waren 1891 13 Patienten, vier mit beträchtlicher, sechs mässiger Besserung, drei ohne Besserung. Von diesen sind noch sechs am Leben, drei bedeutend gebessert, drei nur wenig, sieben starben.

RUCK weist den Einwand, dass geeignete Behandlung in günstigem Klima auch gute Erfolge habe, mit der Bemerkung zurück, dass er vor der Anwendung von Tuberculin keine solche Resultate erzielt habe.

Die ungünstigen Wirkungen des Tuberculins vermeidet er durch Beginnen mit minimalen Dosen (1/20 mgram) und vorsichtiger graduirter Steigerung.

---

**Krankheiten des Verdauungsapparates.**

Referirt von Dr. MAX EINHORN.

**1. Ueber die electriche Durchleuchtung des Magens und deren diagnostische Verwerthbarkeit.** Von L. Kuttner und J. Jacobson. (Berliner klin. Wochenschr. 1893, No. 39 und 40.)

Unter EWALD's Leitung haben Verfasser die Gastrodiaphanie einer eingehenden Prüfung unterzogen; es wurde zunächst die Durchleuchtung des Magens an zahlreichen Patienten des Augustahospital und der Poliklinik vorgenommen; sodann wurden mehrere vergleichende Untersuchungen an Leichen unternommen, wo die Resultate der Gastrodiaphanie durch die Section verificirt wurde. Verfasser bedienten sich des EINHORN'schen Apparates, nur liessen sie am selben eine Vorrichtung treffen, vermittelst deren man den Magen selbst während der Durchleuchtung mit Wasser anfüllen kann; sie bedienen sich grösserer Mengen Wassers als EINHORN angegeben hat. Ihre Resultate stimmen im Ganzen mit denen von EINHORN überein, nur heben sie

hervor, dass ein dilatirter Magen sich respiratorisch verschiebt, während bei Gastropiose die Durchleuchtungsfigur keinen respiratorischen Schwankungen unterliegt. Auch nach den Ansichten dieser Autoren kann man mittelst Gastrodiaphanie 1. einen dilatirten Magen, 2. Gastropiose schnell und sicher erkennen, 3. ist der Gastrodiaphanie auch für die Diagnose von Tumoren eine gewisse, wenn auch in keiner Weise zu überschätzende Bedeutung zuzusprechen, insofern als uns dieselbe in einigen Fällen auf das Vorhandensein einer für keine anderen Untersuchungsmethoden zugänglichen Geschwulst hinweist, während sie in anderen Fällen den Sitz des palpatorisch nachgewiesenen Tumors genauer präcisiren kann.

**2. Ueber die Ausschaltung der Ernährung durch den Magen bei Dilatatio ventriculi.** Von Dr. A. Rössler. (Wiener klin. Wochenschr. 1893, No. 40.)

Verfasser hat bei mehreren Patienten mit Dilatatio ventriculi (ex Atonia) auf der von SCHRÖTTER'schen Klinik für mehr oder weniger lange Zeit Nährklysmen (bestehend aus 250 g. Milch, 2 Eiern, 50 g. Wein und etwas Salz) angewandt, während per os nichts gereicht wurde, um auf diese Weise dem erkrankten Organe die grösstmögliche Ruhe angedeihen zu lassen. Die Resultate waren recht günstig; die motorische Action des Magens besserte sich sehr bald, und auch die physikalische Untersuchung des Magens ergab eine Verkleinerung seines Umfangs. Nach eingetretener Besserung ging Verfasser langsam zur gewöhnlichen Ernährung durch den Mund über.

**3. Some Simple Methods for the Analysis of the Gastric Contents.** By A. L. Gillespie. (International Medical Magazine, 1893, No. 9.)

Verf. giebt eine Beschreibung der üblichen Methode bei der Untersuchung des Mageninhalts und hebt hervor, dass er die Menge des gebundenen HCl dadurch bestimmt, dass er die Acidität vor und nach Verdampfung des Filtrates bestimmt; das freie HCl verflüchtigt sich während der Verdampfung, während das gebundene im Rückstande zurückbleibt. Hat man nun die Abwesenheit von organischen Säuren constatirt, so wird die im Rückstand gefundene Acidität auf das gebundene HCl bezogen werden können.

**4. Ein casuistischer Beitrag zur Lehre von der Peritonitis in Folge der Perforation eines Magengeschwürs.** Von Dr. E. Schotten. (Münchener med. Wochenschrift, 1893, No. 41.)

S. hatte in letzter Zeit Gelegenheit, drei Fälle von Peritonitis, bedingt durch Perforation von Magengeschwür, zu beobachten, und beschreibt einen dieser Fälle als den interessantesten. Es handelte sich um einen 46jährigen Patienten, der schon seit 20 Jahren an Magenbeschwerden litt; es waren dazwischen Intervalle relativen Wohlbefindens, doch musste Pat. immer Diät halten. Zwei Tage vor dem Exitus letalis traten schwere Erscheinungen bei Pat. auf; heftige Schmerzen in der Magen- und Bauchgegend, Erbrechen (auch Kaffeesatzartige Massen) und Würgen; am Tage darauf traten mehr oder weniger collapsartige Erscheinungen auf, das Erbrechen liess nach, das Würgen jedoch bestand noch in unveränderter Form und auf der linken unteren Leibgegend wurde eine gedämpfte Stelle bemerkt, welche auf Berührung sehr schmerzhaft war. Die Perkussion der Leber ergab normale Verhältnisse. Unter zunehmenden Erscheinungen des Kollapses starb Patient. Die Diagnose wurde auf Perforation eines Magenulcus und dadurch bedingte Peritonitis gestellt, obgleich in der Lebergegend kein tympanitischer Schall vorhanden war. Die Autopsie hat die im Leben gestellte Diagnose verificirt.

### Chirurgie. Referirt von Dr. FRANZ TOREK.

**Ein Fall von eingeklemmtem gangränösem Schenkelbruch, geheilt durch Resektion und Naht des Darmes. Von Dr. med. Rud. Wanach. (St. Petersburg. Med. Wochenschr. 1892 No. 34.)**

Aus der Arbeit hebt Referent nur folgende Thatsachen hervor:

Patientin wurde unter Cocain Anaesthesie operirt, die W. wegen der durch Intoxikation oder Shock herabgesetzten Herzthätigkeit an Stelle des Chloroforms empfiehlt. Er hat seine letzten Fälle von incarcerirter Hernie sämmtlich ohne Chloroform operirt und sagt, dass die Patienten sehr wenig Schmerzen dabei auszuhalten haben. Obiger Fall wurde am vierten oder fünften Tage der Einklemmung operirt, wobei ein 10 Cm. langes Darmstück, das an einer Stelle siebförmig perforirt war, resecirt wurde. Der zuführende Theil des Darmes war ödematös geschwellt und injicirt; es entleerte sich eine beträchtliche Menge Kothes aus demselben, worauf dasselbe noch mit warmer Borlösung ausgewaschen wurde. Auf sorgfältige Reinigung des Darmes legt W. ebenfalls viel Werth. Der Darm wurde mit Seide genäht und die Wunde mit Jodoformgaze tamponnirt. Am zweiten Tage post operationem Magenauswaschung. Wunde nach 40 Tagen per granulationem geheilt. Einen Monat später stiess sich noch eine Seidenligatur aus. W. hält die Resektion für das Normalverfahren und möchte die Anlegung eines Anus praeternaturalis auf diejenigen Fälle beschränkt wissen, denen man wegen hochgradigen Collapses eine langdauernde Operation nicht bieten kann, ferner auf solche, die wegen schon bestehender allgemeiner Peritonitis von vornherein als verloren betrachtet werden müssen.

**Gastrorrhaphy for Diminishing the Size of a Dilated Stomach. Von Robt. F. Weir, M. D. (N. Y. Med. Journal, July 9, 1892.)**

Wegen Stenose des Pylorus hatte W. bei einem 41 Jahre alten Pat. die Gastro-enterostomie erfolgreich ausgeführt. Nach Verlauf eines Jahres stellte sich Pat. mit denselben gastrischen Beschwerden und Erbrechen wieder vor. Ein Verschluss der angelegten Kommunikation wurde als Ursache der Beschwerden dadurch ausgeschlossen, dass man in den Magen eingepumpte Luft in die Därme übergehen hörte. Einer vorhandenen Ventralhernie konnten die Beschwerden auch nicht zugeschrieben werden, da sich dieselben nach Anlegung eines Bruchbandes nicht besserten. W. kam daher zu dem Entschluss, dass die Erscheinungen einer Atonie des sackartig erweiterten Magens zuzuschreiben seien, und dass man daher diesen auf chirurgischem Wege verkleinern solle. Dies geschah in folgender Weise: An dem Theile des Magens, welcher links von der gastro-enterischen Kommunikation lag, wurde mitten zwischen dem oberen und unteren Rande, zuerst mit Hilfe einer Sonde, dann ohne dieselbe, eine Falte von 6 bis 8 Zoll Länge in den Magen eingeschlagen und mit durch Serosa und Muscularis geführten Seidennähten fixirt. Eine zweite, dritte und vierte Reihe von Nähten vergrub eine immer grösser werdende Falte in das Magencorpus, bis die grosse an der kleinen Kurvatur angenäht war und eine doppelte Falte von Handbreite in den Magen hineinragte. Vier Wochen nach der Operation konnte Pat. wieder gewöhnliche Diät vertragen. W. glaubt, dass bei Fällen, wo wegen Pylorus stenose entweder eine Pyloroplastik oder eine Gastroenterostomie vorgenommen wird, wenn der Magen bedeutend erweitert ist, die Gastrorrhaphie zum Nutzen des Patienten hinzugefügt werden könne.

**The Rubber Bulb as an Aid in Intestinal Resection.** Von Francis Reder, M. D. (International Journ. of Surgery, Sept. 1892.)

Dieses Instrument ist ein cylindrischer Gummi-Ballon, an der Mitte von dessen Langseite ein  $\frac{1}{2}$  Zoll dickes und 8 Zoll langes Gummi-Röhrchen befestigt ist, durch welches man den Ballon aufblasen oder luftleer machen kann. Er ist in verschiedenen Grössen zu haben. Der nur theilweise gefüllte Ballon wird in die beiden resecirten Darmenden eingeschoben, und wenn dieselben gut approximirt sind, wird er ganz aufgeblasen. Nach R. soll sich sowohl die Naht der Mucosa, als auch die der Serosa und Muscularis leichter und schneller auf dieser Gummi-Unterlage ausführen, als ohne dieselbe. Der Darm wird bis auf  $\frac{1}{2}$  Zoll geschlossen, und durch diese Oeffnung wird der Ballon, nachdem die Luft aus demselben ausgesaugt worden ist, wieder entfernt.

**Ueber Desinfection der Messer für Operationen.** Von Dr. med. Otto Ihle. (Der Aerztliche Praktiker, Dez. 15, 1892.)

Da das Scalpell am meisten mit Infectionsstoffen in Berührung kommt, muss es wie alle anderen Instrumente gekocht werden; es genügt nicht, dasselbe nur in eine antiseptische Lösung einzulegen. Die Schärfe des Messers leidet nicht durch das Kochen, sondern nur dadurch, dass die Schneide desselben mit den anderen Instrumenten in Berührung kommt. Das Wasser muss mindestens 1 Procent wirklich reine Soda enthalten, eher mehr, als weniger. Da die krystallisirte Soda beinahe  $\frac{2}{3}$  Krystallwasser enthält, muss man von dieser dreimal so viel gebrauchen. Man mache es daher zur Regel, nur chemisch reine Soda zu gebrauchen; ist dieselbe pulverisirt, einen Esslöffel, ist sie krystallisirt, 2 Esslöffel auf den halben Liter Wasser. Um zu verhindern, dass die Schneide der Messer mit den übrigen Instrumenten in Berührung komme, hat I. ein durchlöcherteres Blechkästchen construirt, in welches zwei Messer so eingelegt werden können, dass ihre Schneide frei liegt. Das Kästchen mit den Messern wird dann in den Kochtopf gelegt,

(Schon zwei Monate vor dem Erscheinen dieses Artikels hat Dr. F. FÖRSTER von New York einen ähnlichen Behälter demonstrirt, welcher bei RICHARD KNY & Co. zu haben ist. — Anmerk des Ref.)

**An Original Method of Restoring the Alveolar Arch in Anterior Cleft of the Hard Palate and of Correcting the Deformity of the Ala Nasi in Hare-Lip.** Von John A. Wyeth, M. D. (Journ. of the Am. Med. Assn., August 12th, 1893.)

In Fällen von vorderer Gaumenspalte, wo sich der Zwischenkieferknochen nicht reponiren lässt, oder wo derselbe ganz fehlt, oder wo die Diastase so gross ist, dass die eine Ala nasi  $\frac{1}{4}$  bis  $\frac{1}{2}$  Zoll zurücksteht, empfiehlt W. folgendes Verfahren: Etwa  $\frac{1}{4}$  Zoll von den Knochenrändern, die vereinigt werden sollen, wird je ein Loch gebohrt und starker Silberdraht durchgezogen, aber noch nicht geknüpft. Die Ränder werden nun angefrischt. Dann wird mit einer Knochenscheere der Alveolarrand und die Maxilla der kurzen Seite ungefähr in deren Mitte eingekerbt und die Maxilla mittelst einer in die so gemachte Fissur eingeführten Draht- oder Seidenschlinge vollständig fracturirt. Jetzt wird die Silbernaht zusammengezogen und die Knochenspalte somit geschlossen. Da die Ernährung des abgebrochenen Knochenstückes zeitweilig von den Weichtheilen abhängig ist, wird die Lippen- und Nasenplastik erst 6—8 Wochen später ausgeführt.

**A New Method for the Radical Cure of Varicose Veins.** Von Ernest La Place, A. M., M. D. (Journ. of the Am. Med. Assn., Aug. 12th, 1893.)

Der Autor empfiehlt die Ligatur der Vena saphena externa und interna an deren Mündungsstellen. Um die interna zu unterbinden, macht man eine Incision  $1\frac{1}{2}$  Zoll unter POUPART's Band und  $1\frac{1}{2}$  Zoll von der Innenseite des Schenkels entfernt. Die externa wird durch eine schräge Incision etwa zwei Zoll unter der Mitte des Poplitealraumes erreicht. Er bedient sich der Cocain-Anaesthesie. Das ganze Bein wird bandagirt und eine Zeit lang hoch gelegt. Nach zwei Wochen darf der Patient aufstehen. Heilung in 2—3 Wochen.

### Dermatologie und Urologie.

Referirt von Dr. H. GOLDENBERG.

**Dr. Welander's Warmebehandlung des weichen Schankers von Dr. Lorand.** (Wiener med. Wochenschrift 1893, No. 40.)

WELANDER hat von BOECK's und AUBERT's Beobachtung, dass das Schankergift bei höherer Temperatur als  $40^{\circ}$  C. seine Inoculabilität verliert, Gebrauch gemacht und behandelt weiche Geschwüre in der Weise, dass er zunächst die Ränder der untermirten Geschwüre entfernt, die letzteren dann mit in warmes Wasser getauchten, festanliegenden Baumwollläppchen bedeckt und sie einer gleichmässigen permanenten Temperatur von mindestens  $41^{\circ}$  C aussetzt. Das letztere geschieht mittelst bleierner Röhren, die von einem kupfernen Behälter ausgehen, in welchem durch eine Gasflamme eine konstante Temperatur von  $50^{\circ}$  C. erhalten wird. Die bleierne Röhre wird mit einer Lage Watte und einem Stücke Guttapercha in situ gehalten. Der Verband wird dreimal täglich gewechselt, der Patient 2 Tage im Bett gehalten. Während dieser Zeit sollen selbst ausgebreitete Geschwüre sich reinigen, die Secretion „hört beinahe ganz auf“ und die Geschwüre verwandeln sich in reine Wunden, die mit feinen Granulationen versehen sind und ihre Ansteckungsfähigkeit verloren haben. Der Vortheil dieser Methode besteht darin, dass Bubonen verhütet werden. In 118 Fällen, die von WELANDER mit der Wärme behandelt wurden, kam es nicht ein einziges Mal zur Entstehung eines Bubo.

**A Case of Malignant Syphilis Resulting in Death.** By Dr. A. E. Roussel. (The American Lancet, October 1893.)

Es handelt sich um einen 40jährigen Patienten, bei dem sich im Anschluss an einen phagadänischen Schanker heftiges rheumatisches Fieber, Schwellung der rechten Tibia in Form eines Tumors, innerhalb der ersten Wochen einstellten.

Heftiges Fieber (am Abend  $103^{\circ}$ ) und Cephalalgie schwanden bald unter „mixed treatment,“ dagegen stellte sich bald hochgradige Ulceration und Necrosis des harten Gaumens und des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers ein. Patient hatte dabei trotz fortschreitender Cachexie einen so enormen Appetit, „dass er für 3 oder 4 Männer ass.“ Störungen in der Verdauung und Magenkrämpfe waren die Begleiterscheinungen einer fortschreitenden Anaemie.

Im zehnten Monate entwickelte sich Stricture des Oesophagus und überaus heftiger Schmerz in der Lumbargegend. Unter fortschreitendem Marasmus erfolgte exitus ein Jahr nach dem Beginn des Leidens.

(Ob eine Untersuchung des Urines auf Zucker vorgenommen wurde, gibt Verf. nicht an. Man könnte jedenfalls an Cachexia diabetica, als Complication der zweifellos vorhanden gewesenen Lues, denken.)

**The Management of Eczema in Children.** By Dr. A. E. Carrier.  
(Medical Record, Sept. 16th, 1893.)

Der Verf. behandelt das Eczem im Kindesalter vom Standpunkt des allgemeinen Practikers und sieht den Hauptgrund des häufigen Vorkommens der Erkrankung in der mangelhaften Hygiene der Haut des Neugeborenen. Durch den übermässigen Gebrauch von Seife und zu häufiges Reiben wird die Haut ihres natürlichen Schutzes beraubt. In 80 Procent aller Fälle von Eczema infantile sind Kopf und Gesicht afficirt, eine Thatsache, die dafür spricht, dass äussere Reize den hauptsächlichsten aetiologischen Factor bilden. Ausserdem lässt der Verf. auch Verdauungsstörungen, durch ungeeignete Nahrung verursacht, als ätiologisches Moment gelten. Bezüglich der Behandlung gibt er zunächst prophylactische Rathschläge für die Hautpflege und die Ernährung des neugeborenen Kindes, die nichts Neues bringen. Bei der internen Behandlung legt er einen grossen Werth auf die Darreichung von Alkalien, und in acuten Fällen empfiehlt er besonders Antimon in kleinen Dosen. Bei der Besprechung der localen Behandlung beschränkt er sich auf die Darlegung der Principien und Indicationen der gebräuchlichen Heilmittel.

**The Sterilization of the Urethral Canal.** By J. P. Fiske, M. D.  
(ibidem).

Eine Wiederholung der altbekannten Vorschrift, für gründliche Asepsis der Harnröhre zu sorgen, ehe Instrumente eingeführt werden. (Die vom Verf. gegebenen Rathschläge sind übrigens für den genannten Zweck kaum genügend, da man mit einer „Anspritzung“ die hintere Harnröhre nicht gehörig desinficiren kann. Zu dem Zweck soll man nach Desinfection der vorderen Harnröhre einen Katheter hinter den Musculus compressor urethrae einführen und durch den ersten die hintere Harnröhre desinficiren. In der Praxis empfiehlt es sich, — der Verf. gibt dies nicht an — den Patienten stets vor jeder instrumentellen Manipulation uriniren zu lassen. Was die Bedenken des Verf. betreffen, Cocain in die vorher nicht ausgespritzte Harnröhre zu injiciren, möchte Ref. darauf aufmerksam machen, dass man die Sache in der Weise vereinfachen kann, dass man sich zur Anaesthesie einer Lösung von Cocain in Solutio saturata acidi borici anstatt destillirtem Wasser bedient.

---

### Kinderheilkunde.

Referirt von Dr. SARA WELT.

**Ueber Sondenfütterung saugschwacher und dysphagischer Kinder.**  
Von Dr. C. Hochsinger. (Allg. Wien. med. Zeitung, Nrs. 30, 31, 32, 33.)

Eine fleissige Arbeit, in der H. die systematische Anwendung der Schlundsonde bei Säuglingen mit beschränkter oder aufgehobener Function des Saug- und Schlingapparates warm empfiehlt; bekanntlich hat sich bis vor Kurzem die Anwendung der Gavage auf tracheotomirte und schluckunfähige Kinder beschränkt; doch wurde von französischen Aerzten die Sondenfütterung bei saugschwachen Neu- und besonders Frühgeborenen schon seit längerer Zeit geübt.

Im Ganzen werden 4 Fälle mitgetheilt. Das Alter der Kinder, welche alle genasen, schwankte zwischen 2 Tagen und 6 Monaten. Von besonderem Interesse ist der 1. Fall, der ein 5 Monate altes Brustkind betrifft, welches an schwerem Malariafieber erkrankt war; nach vierwöchentlicher Dauer trat Soor mit vollständiger Gaumen- und Schlundlähmung hinzu, welche letztere nach Heilung der Mycose an den sichtbaren Schleimhäuten, noch fortbestand. Die Wiederherstellung der Schlingfunction trat erst am Anfange der dritten Woche ein, und wurden während dieser Zeit im Ganzen 64 Sondenfütterungen vorgenommen.

Auf Grund seiner Erfahrungen hält H. die Anwendung der Sondenfütterung indicirt: 1.) Bei allen Formen von Schlingschwäche und Schlundlähmung, welche Ursache auch immer zu Grunde liegen mag; und glaubt er, dass die Anwendung der Sonde in diesen Fällen stets eine *indicatio vitalis* ist. 2.) Bei Saugschwäche lebensschwacher Neugeborener, sowie durch schwere Krankheit erschöpfter und atrophischer Säuglinge; H. räth dabei zu einer möglichst frühzeitigen Anwendung der Gavage. 3.) Bei allen Formen erschwerter Nahrungsaufnahme, welche durch Erkrankungen der Mund-, Rachen- und Nasenhöhle bedingt sind, gleichgiltig, welche anatomische Erkrankungsform die Störung bedingt. Zur Ausführung des Verfahrens bedient er sich eines NELATON'schen Gummikatheters Nr. 8, dessen Einführung in den Oesophagus ungemein leicht und ganz gefahrlos ist. Doch räth er, das Rohr nicht ganz in den Magen einzuführen, um eventuelle Reflexcontractionen der Magenwände zu vermeiden, welche die sofortige Herausbeförderung des Nahrungsfuidums zur Folge haben können. Bezüglich der Menge der zu verabreichenden Nahrung, räth er am Beginne nur die Hälfte oder 2 Drittheile jenes Nahrungsquantums als Einzelportion zu verabreichen, welches ein gleichaltriges gesundes Kind zu trinken im Stande ist; wird dieses behalten, so darf man ein grösseres, doch nie das volle Quantum geben. H. möchte die Gavage nur für die interne Anstaltsbehandlung und die Privatpraxis anrathen, wo günstige materielle und hygienische Verhältnisse vorliegen.

**The Effects on Sucklings of Purgatives Administered to the Mother.**  
By William J. Gow. (The Practitioner, I, 1893.)

Die Beobachtungen wurden an 42 Fällen angestellt und beziehen sich auf Aloe, Senna, Cascara Sagrada und Magnesium sulfuricum. Die Kinder, deren Alter zwischen 3 Wochen und 10 Monaten schwankte, wurden ausschliesslich gestillt.

S. fand nun, dass Magnes. sulf., an die Mutter verabreicht, häufig Diarrhoe des Säuglings hervorruft, während Aloe, Senna und Cascara Sugrada den Darmkanal des Kindes selten beeinflussen, und glaubt er deshalb, dass die letztgenannten Mittel gegen Verstopfung bei säugenden Frauen anzurathen sind.

**On a Case of Diffuse Gangrene of the Left Lung, Due to the Unsuspected Presence in the Bronchus of a Temporary Molar Tooth, which had Accidentally become Dislodged, while Patient was under an Anaesthetic.** By Th. Kirkpatrick Mouro. (Glasgow Med. Journ., 39, 1893.)

Ein zehnjähriger Knabe, bei welchem die Resection des linken Kniegelenks in Narcoese ausgeführt wurde. Zwei Tage später trat septisches Fieber auf; bald gesellten sich unter typhoiden Symptomen Husten, foetor ex ore und bei der Percussion wurde Dämpfung über

der Hinterfläche der linken Lunge constatirt; der exitus letalis erfolgte am 16. Tage nach der Operation. Post mortem wurde die linke Lunge von kleinen gangraenösen Cavitäten durchsetzt und im linken Bronchus ein cariöser Backenzahn gefunden. M. nimmt an, dass bei der häufigen Reinigung des Mundes des chloroformirten Kindes der gelockerte Zahn vom Kiefer abgelöst und während einer forcirten Athembewegung aspirirt wurde.

**Malarial Fever in a Newborn Infant.** By Floyd M. Crandall. (The N. Y. Polyclinic 1893, I.)

Das Kind war 16 Stunden alt, als sich das Fieber einstellte; die Anfälle wiederholten sich täglich und verschwanden nach Anwendung von Chinin in 0,06 Dosen am fünften Tage post partum. Die Mutter litt zur Zeit der Geburt des Kindes an Malaria, ebenso zwei Geschwister. Die microscopische Untersuchung ergab die Anwesenheit des Plasmodium malariae im Blute von Mutter und Kind. Die Milz war nicht vergrössert. C. glaubt, dass es sich um einen Fall von congenitaler Malaria handelt.

**A Case of Acromegaly.** By Beaven Rake. (British Med. Journal, 1893, I.)

Bericht über einen Fall von beginnender Acromegaly bei einem 10jährigen Negerknaben. Der Kopf, der für den Körper zu gross erscheint, zeichnet sich besonders durch eine prominente Stirne und einen langen, schweren Unterkiefer aus. Auch besteht eine Vergrösserung der Füsse, und ist sie besonders rechterseits bemerkbar. Die 2. und 3. Zehe beider Füsse ist stark hypertrophisch, und auch Index und Mittelfinger sind beiderseits grösser als normal. Doch ist die abnorme Vergrösserung der obern Extremitäten nicht so ausgesprochen als an den untern.

### Therapeutische Notizen.

Ueber das Glycozon hat Dr. CYRUS EDSON im „Times and Register“ eine Abhandlung veröffentlicht, aus der wir Folgendes entnehmen:

Glycozon wird von seinem Entdecker CH. MARCHAND als ein Präparat von stabiler Zusammensetzung bezeichnet, das entsteht, wenn ein Volum Glycerin unter gewissen Bedingungen der Wirkung von 15 Volumen Ozon bei 0° C. unterworfen wird. Es ist unbedingt nothwendig, reines Glycerin dazu zu verwenden, da Wasser oder andere fremde Substanzen in demselben die Bildung von Ameisensäure, Glycerinsäure und anderen sekundären Produkten veranlassen, welche auf thierischer Haut Schmerzen verursachen. Glycozon hat einen angenehmen, süsslichen Geschmack. Da es hygroskopisch ist, so muss es in dicht verkorkten Flaschen aufbewahrt werden, es hält sich dann selbst bei 110° F. unverändert. Es ist ein sehr kräftiges Oxydationsmittel, obwohl nicht so schnell und energisch wirkend, wie Wasserstoffsperoxyd. Deshalb kann es nicht mit anderen Stoffen zusammen verschrieben und darf nur in Glas- oder Kautschuckgefässen administriert werden. Seine physiologischen Eigenschaften betreffend möge hervorgehoben werden, dass es in Mund und Magen ein Gefühl von Wärme, zugleich auch Speichelfluss und gastrische Sekretionen erregt, aus den Geweben Wasser anzieht, ohne jedoch Nachtheil zu bewirken. In sehr grossen Dosen, 1-2 Unzen, verursacht es epigastrisches Unbehagen, gefolgt von reichlichen wässrigen und krampfhaften Stühlen. Dagegen hat es keine Wirkung auf die Nieren, die Leber und das Herz. Unzweifelhaft wird Glycozon im Magen langsam in Ozon und Glycerin zersetzt,



welches letztere sich mit dem Wasser der Gewebe verbindet, während ersteres den Verdauungsprozess befördert und kranke Bestandtheile oxydirt und zerstört. Dr. Edson hält Glycozon für ein gutes Mittel gegen Magengeschwüre, Magenkatarrh durch chronische Alkoholvergiftung und andere Ursachen. Es wird am besten angewandt in Dosen von 1-2 Theelöffel in einem Weinglas voll Wasser, und zwar bei Magengeschwüren etwa eine Stunde vor der Mahlzeit, bei Magenkatarrh dagegen unmittelbar nach dem Essen. Von vortrefflicher Wirkung erweist es sich bei Diphtherie, wenn innerlich gebraucht. Dabei bleibt auch der Magen in Ordnung und wird der Stuhlgang regulirt. Klystiere mit Glycozon (1 Unze mit 12 Unzen lauwarmen Wassers unmitelbar vor Gebrauch gemischt) sind sehr empfehlenswerth bei Darmgeschwüren und Darmentzündungen. Zur Reinigung kranker oder eiternder Hautstellen ist nichts besser als der Gebrauch zuerst von Wasserstoffsperoxyd und dann von Glycozon. Irritrende Sekretionen werden dadurch zum Verschwinden gebracht und der Infektion durch pathogene Organismen wird auf diese Weise vorgebeugt. Häufige Anwendungen von Glycozon sind auch sehr vortheilhaft bei wulstförmiger Rachenentzündung, chronischem Schnupfen und geschwüriger Mundfäule. Bei Anschwellungen des Uterus und dergleichen, ebenso bei Leucorrhöe sollten schmale Streifen von Leinwand oder absorptionsfähiger Baumwolle mit dem Mittel imprägnirt und die Vagina zuvor gründlich mit Wasserstoffsperoxyd (1 Th. auf 4 Th. Wasser) ausgewaschen werden. Dieser Vorgang sollte zwei Mal täglich stattfinden.

Ueber einen günstig verlaufenen Fall von **Mamma-Carcinom** nach Anwendung von Methylenblau wird von d'Ambrosio (Neapel) berichtet. Die beiden Mammae waren erkrankt, rechts in Form eines isolirten, noch beweglichen Knotens, linkerseits in Form einer in grosser Ausdehnung exulcerirten Krebsgeschwulst von der typischen Form eines Cancer en cuirasse. Das Metylen-Blau wurde in der Dosis von 1 Gramm einer  $\frac{1}{2}$ proc. Lösung in das Parenchym und in die Peripherie des Tumors mittelst Pravaz'scher Spritze einmal des Tages injicirt und die Geschwürsfläche mit 1 proc. Farbstofflösung behandelt. Schon nach 2 wöchentlicher Behandlung schwanden die Blutungen und die lancinirenden Schmerzen und nach 4 Monaten schien der Tumor selbst und die Drüsenschwellung sowie die kleinen Knötchen der Umgebung verschwunden. Nachdem auch der allgemeine Kräftezustand sich gehoben hatte, wurde der rechtsseitige Tumor, welcher nun noch schmerzhaft zu werden anfangt, exstirpirt. Eine späterhin auftretende linksseitige Pleuritis konnte nicht auf carcinomatöse Erkrankung der Pleura bezogen werden, weil die durch Punction entfernte Flüssigkeit völlig klar war und nach der Punction Genesung eintrat. Die Stelle des ulcerirten Carcinoms bietet schliesslich nur mehr das Aussehen einer harten Narbe, welche zum Theil von einer schwärzlichen Kruste bedeckt war, und ausserdem bestehen Knötchen in der Haut, welche bei fortdauernder Anwendung der Injectionen noch immer abwechselungsweise auftreten und verschwinden. Der Fall ist ein Beispiel für die günstige Beeinflussung eines Carcinoms durch Farbstoff-Injectionen, wengleich eine völlige Heilung nicht erreicht worden ist. (*Riforma medica*, 1893, II., Nr. 52.)

Bei hochgradigen Stricturen im hinteren Theil der Urethra, welche auch die dünnste Bougienummer nicht durchtreten liessen, hat sich, nach dem „Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte“, folgendes Verfahren als überraschend nützlich erwiesen: Die Urethra wird complet mit einer Flüssigkeit (sehr vortheilhaft 4% Cocainlösung und 1%<sub>00</sub> Sublimatlösung zu gleichen Theilen) angefüllt; während Zeigefinger

und Daumen der linken Hand die Urethra hinter der Glans comprimiren, damit beim Zurückziehen der Spritze der Inhalt der Harnröhre nicht herausfließt, wird die Bougie eingeführt, so zwar, dass sie wo möglich ohne Flüssigkeitsverlust zwischen den lose comprimirenden Fingern durchgleitet, und man erlebt die Ueberraschung, dass das Instrument relativ mühelos in die Blase geräth. Wahrscheinlich wird durch den nach hinten drängenden Inhalt der Urethra die stricturirte Stelle trichterförmig formirt und dadurch der Sonde, welche sich vorher an seitlichen Faltungen fing, der Weg gewiesen. Probatum est.

**Jodkollodium** als vorzügliches Enthaarungsmittel (z. B. bei Sykosis) empfiehlt BUTTE. Die Vorschrift lautet: R. Spirit. 12·0; Jodi pur. 0·75; Collodii 35·0; Ol. Terebinthin. 1·5; Ol. Ricin. 2·0. Hiermit bestreicht man 3—4 Tage hintereinander je einmal die betreffende Stelle recht dick, worauf bei Abhebung dieser Kollodiumhaut fast alle Haare auf der Innenseite der ersten sitzen. („Pharm Post“ 19. '93.)

**Zur Beseitigung der Schmerzen bei Zahncaries** wird Einführung von Kampher und Chloralhydrat aa 5,0 mit 1,0 Cocain, muriat. mittels Watte in die cariöse Höhle empfohlen. Eine andere ebenfalls wirksame Mischung besteht aus Cocain. muriat. 1,0, Op. pulv. 4,0, Menthol. 1,0, Pulv. Althaeae und Mucil. gummiarab. aa q. s.; ein aus dieser Paste geformtes Kügelchen wird in die Zahnhöhle eingelegt. Statt des Cocains kann auch Morphinum verwendet werden in der Formel: Essent. Menth. 2,0, Chloralhydr. und Kampher aa 4,0 und Morph. hydrochlor. 0,15; mittelst Watte einzulegen. (Rif. med.)

In europäischen Fachblättern sind kürzlich verschiedene Vorschriften für die Herstellung von **Jodkalium-Pillen** angegeben worden. Keine derselben erreicht aber den Zweck, grössere Gaben von Jodkalium in möglichst kleine Pillen zu incorporiren, in so einfacher und zweckentsprechender Weise, wie die von dem Herausgeber der „Pharm. Rundschau“, Dr. F. HOFFMANN, seit Ende der sechziger Jahre befolgte und bewährte Methode. Als Vehikel zum Anstossen der Pillenmasse dient der gewöhnliche, gepulverte Succus liquiritiae des Handels. Derselbe giebt, selbst in dem Verhältniss von 1 Th. Succ. liqu. pulv. auf 6 Th. Jodkalium, mit dünnen Sirupus simplex angestossen, eine plastische, leicht ausrollbare Pillenmasse. Die Pillen halten sich bei Aufbewahrung in trockener Luft sehr wohl. Als haltbarer Ueberzug derselben eignet sich am besten Collodium, welches deren Löslichkeit im Magen erfahrungsmässig nicht beeinträchtigt.

---

### Allelei.

In dem hiesigen **St. Mark's Hospital**, welches gegen Ende November sein neues geräumiges Heim, No. 177 zweite Avenue, beziehen wird, hat eine vollständige Reorganisation des ärztlichen Collegiums und des Personals stattgefunden. Der neu engagirte Superintendent und dessen Frau werden der wirtschaftliche Leitung der Anstalt vorstehen. Als Mitglieder des Medical-Board sind gewählt worden die Doctoren: BECK, McBURNEY, DEGNER, FREUDENTHAL, GARRIGUES, M. P. JACOBI, MITTENDORF, ROTTENBERG und WEBER. Die Doctoren DENHARD, EINHORN und WILCOX sind als „Attending Physicians“ bestätigt worden.

Das hiesige Gesundheitsamt hat beschlossen, schon in nächster Zeit auf North Brother Island eine **Klinik für ansteckende Krankheiten** zu errichten. Zu derselben sollen an bestimmten Tagen alle diejenigen

der Stadt Zutritt haben, welche sich practische Erfahrung in Bezug auf ansteckende Krankheiten zu erwerben wünschen.

**Das neue Pasteur-Institut eingeweiht.** Das neue fünfstöckige Gebäude an West Central Park und 97. Strasse, welches den Namen "New York Pasteur Institute and Central Park Sanitarium" führen wird, ward am 9. October in Gegenwart einer grossen, meistentheils aus Aerzten bestehenden Versammlung unter entsprechenden Ceremonien eingeweiht. Die Anstalt wird selbstverständlich unter der Leitung ihres Gründers, Dr. PAUL GIBIER, stehen, der auch im alten Heim das Szepter führte. Professor Dr. OGDEN R. DOREMUS hielt die Festrede, in welcher er der Verdienste des Dr. Gibier in beredten Worten gedachte.

**Prof. Rudolph Virchow** feierte am 21. October d. J. sein 50jähriges Doctorjubiläum. Schon vom frühen Morgen an liefen in der blumengeschmückten Wohnung des Jubilars Glückwunschedepeschen und Briefe aus allen Theilen der Welt ein. Die Berliner Freunde VIRCHOW's haben dafür gesorgt, dass VIRCHOW's Haus einem Blumengarten glich, da VIRCHOW's Vorliebe für die holden Kinder der Flora allbekannt ist. Die ersten Morgenstunden widmete der Jubilar seiner Familie und seinen intimen persönlichen Freunden, unter denen sich die hervorragendsten Männer aller politischen und wissenschaftlichen Richtungen und Schattirungen befinden. Um 11 Uhr erschien die officielle Deputation der Universität, welche das Jubel-Doctordiplom überbrachte, kamen die meisten Mitglieder der medicinischen und der philosophischen Fakultät, Deputationen des Magistrats und der Stadtverordnetenversammlung, der Berliner Bezirksvereine u. s. w. zur Beglückwünschung. Die Berliner Medicinische Gesellschaft, deren langjähriger Vorsitzender der Jubilar gewesen, hat ihn zum Ehrenpräses ernannt und eine Adresse in künstlerischer Ausführung gewidmet. Die deutschen Universitäten und verschiedene gelehrte Gesellschaften haben ihm sämmtlich Glückwunschedressen und viele sonstige Erinnerungen an seinem Ehrentag gewidmet.

VIRCHOW wurde am 21. October 1843 in der Aula der Berliner Universität nach 4jährigem Studium zum Doctor promovirt. In seiner Doctor-dissertation („De rheumate praesertim corneæ“) behandelte er den Stand der Entzündungsfrage, besonders rücksichtlich der Hornhaut des Auges. Bekanntlich hat VIRCHOW seine medicinischen Studien als Eleve des Friedrich Wilhelm-Instituts durchgemacht. Hier hat vor Allem der damalige Subdirector Grimm, der spätere Generalarzt der Armee, sich des „talentvollen“ jungen Mannes angenommen und für sein wissenschaftliches Fortkommen gesorgt. Seine wissenschaftlichen Auffassungen wurden zuerst und entscheidend beeinflusst durch den unsterblichen Begründer der modernen physiologischen und biologischen Forschung, durch JOHANNES MÜLLER, neben ihm mussten FROBIEP, SCHÖNLEIN, DIEFFENBACH und EILHARD MITSCHERLICH genannt werden, die auf VIRCHOW's wissenschaftliche Entwicklung eine nachhaltige Einwirkung ausübten. VIRCHOW's Studienzeit fällt in eine der denkwürdigsten Epochen der modernen Naturwissenschaft, und es muss als eine besonders günstige Fügung des Schicksals bezeichnet werden, dass gerade damals eine Anzahl strebsamer und ungewöhnlich veranlagter junger Leute auf der Berliner Hochschule studirten, die dazu bestimmt waren, die deutsche Naturwissenschaft und Medicin zu hohem Ansehen in der Welt zu bringen. Es sei [nur an die Namen BRÜCKE, TRAUBE, HELMHOLTZ, DUBOIS-REYMOND erinnert, deren Studienlaufbahn in jene Frühlingsblüthenzeit der modernen naturwissenschaftlichen Forschung fällt.

Sir Andrew Clark in London, Premierminister Gladstone's Leib-  
arzt, eine Zierde des ärztlichen Standes, der auch in wissenschaftlicher  
Beziehung sich einen grossen Namen erworben hat, ist am 6. November  
gestorben.

Auf Anregung der deutschen anatomischen Gesellschaft in Berlin ist  
vor 3 Jahren eine Neubearbeitung der anatomischen Nomenklatur in  
Angriff genommen worden. Gelehrte aller Kulturvölker wurden zur  
Theilnahme herangezogen und die Kosten durch Beiträge aus den ver-  
schiedenen Staaten aufgebracht, besonders Seitens der Akademien der  
Wissenschaften. Zur Ueberwachung und Leitung des Unternehmens  
ward eine Kommission eingesetzt, in der Prof. KÖLLICKER in Würzburg  
den Vorsitz führt, und die Vorarbeiten übernahm Prof. WILH. KRAUSE  
in Berlin. Folgende Grundsätze wurden dabei aufgestellt: 1. Jeder  
Körpertheil darf nur einen einzigen Namen haben. 2. Derselbe soll  
ein kurzes sicheres Merkzeichen sein. 3. Kein Körpertheil darf einen  
unnöthig langen Namen führen. 4. Die Namen sollen sprachlich und  
orthographisch richtig sein. Die Gesammtergebnisse der bisherigen  
Nomenklaturarbeiten hat KRAUSE jetzt in einer Schrift dargestellt  
„Die anatomische Nomenklatur, eine historische Untersuchung.“  
(Leipzig, Thieme.)

---

### Büchertisch.

**Atlas der Pathologischen Gewebelehre in mikrophotographischer Dar-  
stellung**, herausgegeben von Dr. C. KARG und Dr. SCHMORL, mit  
einem Vorworte von Prof. F. V. BIRCH-HIRSCHFELD. Mit 27 Tafeln  
in Kupferätzung. Leipzig, Verlag von VOGEL, 1893. Lieferung  
I—IV.

Hier in Amerika, wo die weitere Ausbildung des praktischen Arztes  
in der pathologischen Anatomie und besonders Histologie mit so vielen  
Schwierigkeiten verbunden ist, ist der vorliegende Atlas von ganz be-  
sonders hohem Werth. Man kann so zu sagen unter der Leitung dieses  
Werkes ebenso schön arbeiten, wie unter der Guide eines erfahrenen,  
bewährten Lehrers auf diesem Gebiete. Alle Tafeln, welche ein Bild  
der gesammten wichtigsten pathologischen Veränderungen der Ge-  
webe nach den neuesten Anschauungen geben und ferner die meisten  
pathogenen Organismen in getreuer Form, wie sie unter dem Mikro-  
skope erscheinen, darstellen, sind als bestgelungen in jeder Hinsicht  
zu betrachten. Diese Tafeln ersetzen so die Musterpräparate, welche  
man sonst in den pathologischen Lehrinstituten zu sehen bekommt,  
und können schnell zum Vergleich und Orientirung dienen.

Dieses Prachtwerk der „Pathologischen Gewebelehre“ sollte in der  
Bibliothek des Arztes einen der ersten Plätze einnehmen.

**Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Medicinisch-chirurgi-  
sches Handwörterbuch für praktische Aerzte.** Dritte, gänzlich  
umgearbeitete Auflage, herausgegeben von Prof. Dr. A. EULEN-  
BURG. Verlag von URBAN und SCHWARZENBERG (hier WESTERMANN &  
Co.), 1893.

Dieses grossartige Werk, welches in seinen früheren Auflagen jedem  
Arzt bekannt ist, dürfte jetzt, nachdem alles Neue dem Alten hinzu-  
gefügt wird, noch mehr an Werth gewinnen. Die Ausgabe erscheint in  
ca. 20 Bänden von etwa 45 Druckbogen Umfang pro Band; jede Lie-  
ferung enthält 4–5 Druckbogen und kostet 1 Mark 50 Pf.

## Eingesandt.

Münchener medicinische Abhandlungen.

Zweite Reihe, Heft 7: Periostale Aplasie mit Osteopsathyrosis unter dem Bilde des sogenannten Rhachitis. Von Dr. S. MÜLLER.

„ „ Heft 8: Ueber Herzvergrößerung bei Scharlach und Diphtherie-Nephritis. Von Dr. F. JÄGER.

„ „ Heft 9: Ueber drei Fälle von generalisirter Vaccine. Von Dr. B. DIETTER.

Vierte Reihe, Heft 4: Ueber mehreige Graaf'sche Follikel beim Menschen. Von Dr. R. KLIEN.

„ „ Heft 5: Ueber das Pankreas bei Ammocoetes. Von Prof. Dr. C. v. KUPFFER.

Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften, herausgegeben von Prof. Dr. A. Drasche:

1. Abtheilung: Interne Medicin, Hef. 4, 5 und 6.

2. „ Pharmakologie und Taxikologie, Heft 5.

## Correspondenz.

BERLIN, den 25. Oktober 1893.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

Ihrem Wunsche, Ihnen insbesondere über die Verhältnisse der Berliner medicinischen Institutionen, wie sie in ihrer Gesammtheit momentan sich uns darbieten, einen Bericht zu senden, werde ich so kurz als möglich schreiben. Die meisten Ihrer Leser kennen ja die Reichshauptstadt und insbesondere das medicinische Berlin, welches mit dem Wachsthum und der steigenden Bedeutung der Stadt sicherlich gleichen Schritt gehalten hat. In den sechs Jahren, die ich dem medicinischen Viertel fern geblieben war, hat sich äusserlich sehr vieles, innerlich so gut wie gar nichts geändert. Die alten Meister, deren Name zu beiden Seiten des Oceans einen gleich guten Klang besitzt, arbeiten noch heute mit der alten, nie erlahmenden geistigen Frische und Spannkraft fort. In den ersten Tagen meines hiesigen Aufenthalts wandelte ich, wie einst vor Jahren als junger Student, vom frühen Morgen bis zum hereinbrechenden Abend von einer Klinik in die andere und fand alle in demselben Geiste und von den langverehrten Lehrern geleitet, zu deren Füßen ich vor langen Jahren gesessen. Sie schienen mir nicht um einen Tag älter, als ich sie vor Jahren verlassen. Besonders fiel mir das bei RUDOLF VIRCHOW auf, dessen Vorlesung noch heute denselben Genuss bereitet, und der durch die Ursprünglichkeit seiner Ideen und seinen Gedankenreichtum stets aufs neue anregend wirkt. Der 72jährige beschämt uns Junge durch seine bewunderungswerthe Elasticität. Ein gleiches fiel mir bei dem Pädia-ter HÄNOCH auf, dessen Klinik mindestens so instruktiv ist und noch erfrischender wirkt, als sein unübertroffenes Lehrbuch. Auch der alte Meergreis BARDELEBEN waltet noch unermüdlich seines chirurgischen Lehramtes und beklagt sich nach, wie vor über die unzulänglichen Einrichtungen der Charité.

A propos, ich darf nicht vergessen, Ihnen mitzutheilen, dass die bisher nur in Aerzten- und Studentenkreisen gährende Missstimmung über die Missstände der Charité auch auf diejenigen Kreise übergegriffen hat, welche hauptsächlich das Krankenmaterial für dieselbe liefern. Neulich fand eine zahlreich besuchte

social-demokratische Versammlung statt, in welcher in der beredtesten Form diese Misstände als unhaltbare geschildert wurden. Besonders wurde der mittelalterlichen Verhältnisse in der syphilitologischen- und Nerven-Abtheilung Erwähnung gethan, in welchen die Zwangsjacke und der Kantschuh einen integrierenden Bestandtheil bilden sollen. Hervorhebenswerth ist der Nachweis, dass pro Patient in der Charité 1,20 M. pro Tag verausgabt wird, während in den städtischen Krankenhäusern 2,50 M. pro Kopf bewilligt werden. Der kostbare Raum verbietet mir auf weitere interessante, dieses Gebiet berührende Thatsachen einzugehen. Konstatirt sei nur die Thatsache, dass von sämmtlichen Arbeitern Berlins der Boykott gegen die Charité verhängt wurde. Man darf gespannt sein, welchen Einfluss dies auf das Krankenmaterial der Anstalt ausüben wird, in wie weit die Regierung sich veranlasst sehen wird, den schon seit Jahren geplanten Neubau nunmehr in Angriff zu nehmen. Für den auswärtigen Arzt bietet das medicinische Berlin das non plus ultra vom Sehens- und Lernenswerthen nach jeder Richtung. Allerdings ist das Studiren hier sehr anstrengend und auch ziemlich kostspielig, besonders des Umstandes wegen, dass die einzelnen Kliniken und Krankenhäuser oft meilenweit auseinanderliegen. Nimmt man aber diesen Uebelstand in Kauf, so darf man wohl behaupten, dass Berlin heute dem Arzte, der sich schnell über die Fortschritte seines Faches orientiren will, mehr bietet, als irgend eine andere Universität der Welt. Dabei ist alles, und sind alle von einem tief wissenschaftlichen Geiste durchdrungen, der sich unwillkürlich auf den Hörer überträgt. Das Krankenmaterial ist ein überreiches und die jetzt zweimal des Jahres stattfindenden Ferienkurse für Aerzte bieten in gedrängtester Kürze dem beschäftigten Praktiker in nuce das Wissenswertheste und das für ihn praktisch in Frage Kommende auf allen Gebieten der medicinischen Wissenschaft.

Doch ich muss zum Schluss eilen. Schnell will ich noch einen kurzen Bericht über die heute Abend stattgefundene Festsitzung der „Berliner medicinischen Gesellschaft“ zu Ehren VIRCHOW's anfügen. Der grosse amphitheatralisch gebaute Saal des imposanten Langenbeck-Hauses war von einer ungeheuren Zahl Kollegen gefüllt. In den unteren Sitzreihen und zu beiden Seiten des Präsidenten-Stuhles bemerkte man neben den vollzählig erschienenen Celebritäten der Berliner akademischen Lehrer und Aerzte, wohlbekannte Vertreter auswärtiger Universitäten. Pünktlich um  $\frac{1}{8}$  Uhr betrat VIRCHOW am Arme v. BERGMANN's den Saal. Der Letztere richtete eine formvollendete Ansprache an VIRCHOW, zu deren Schluss er dem Jubilar das Diplom der Ehrenpräsidentschaft der „Berliner medicinischen Gesellschaft“ überreichte. Die Stimme VIRCHOW's klang, als er zur Antwort das Wort ergriffen, gerührt; man konnte ihm anhören, dass ihm die Ehrenbezeugung, welche bisher nur noch dem verstorbenen LANGENBECK zu Theil geworden war, nahe ging. Hierauf trat der Pathologe RINDFLEISCH aus Würzburg hervor, welcher nach einem kurzen, das eigenste Forschungsgebiet VIRCHOW's, die Schädelmessung, berührenden Vortrag dem Jubilar eine kunstvoll ausgestattete Adresse der Würzburger Fakultät, welcher VIRCHOW neun Jahre angehörte, mit den speciellen Grüßen KÖLLIKER's überreichte, des einzigen, der noch heute dem Lehrkörper jener Universität angehört, an welcher VIRCHOW vor mehr als vierzig Jahren gewirkt. Hierauf überbrachte PONFIK nach einer kurzen Auseinandersetzung über die Metastase die Grüsse der Breslauer Hochschule. Charakteristisch war die Antwort VIRCHOW's, welcher darauf hinwies, dass ihm der höchste Lohn des Lehrers heute zu Theil geworden sei, dadurch, dass er in die Lage versetzt sei, von seinen Schülern Neues zu lernen. Die ganze Feier musste auf

jeden Theilnehmer den erhebensten Eindruck machen. Man ging mit dem Bewusstsein fort, das Glied einer unendlich mächtigen Kette zu sein, welche unsichtbar durch die nie rastende wissenschaftliche Forschung zusammengehalten wird.

Noch vieles könnte ich über meine Eindrücke, welche ich in den letzten Monaten erhalten, berichten; doch das, was ich Ihnen mitgetheilt, ist viel länger ausgefallen, als ich im Anfange vorhatte. Daher will ich schliessen.

Mit kollegialischem Grusse

Ihr sehr ergebener

Dr. M. KROTOSZYNER,  
aus San Francisco, Cal.

### Briefkasten.

NEW YORK, 2. November 1893.

SEHR GEEHRTER HERR REDACTEUR!

Ich erlaube mir, Ihnen mitzutheilen, dass in der von mir geleiteten Mechano-therapeutischen Zander Anstalt in diesem vierten Jahre ihres Bestehens die Behandlung auch für solche Patienten möglich geworden ist, die den allgemeinen Aufnahmebedingungen der Anstalt nur selten nachkommen können. Zu diesem Zweck ist eine Extra-Behandlungszeit von  $\frac{1}{2}$ 7 bis  $\frac{1}{2}$ 8 Uhr Abends veranstaltet worden. Untersuchungszeit von 5—7.

Hochachtungsvoll,

Dr. L. WISCHNEWETZKY.

246 Fünfte Avenue.

### Personalien.

VERZOGEN:

Dr. LOUIS FISCHER nach 187 Second Ave.

Dr. S. POLLITZER nach 32 E. 60. Strasse.

Dr. E. STEIGLITZ nach 44 W. 76. Strasse.

Dr. CARL KOLLER nach 715 Madison Ave.

### An die Leser.

*Geschäftliche Zuschriften*, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17—27 Vandewater Street, New York.

*Manuscripte*, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

DR. MAX EINHORN, 107 East 65th St.

## Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

Sitzung von 23. December 1892.

(Fortsetzung zu Seite 156; Krankenvorstellung von Dr. A. SCHAEPFINGER).

Das Krankheitsbild ist also das der *Alexie* und *Agraphie*. Nach der Anamnese war zu Anfang der Erkrankung auch partielle *Aphasie* vorhanden gewesen, welche Ausfallserscheinung zur Zeit der ersten Vorstellung sich schon wieder gegeben hatte. Vortragender lässt es dahin gestellt sein, ob die der Functionsstörung zu Grunde liegende anatomische Läsion in einer Embolie, einer Hämorrhagie oder einer Thrombose bestehe. Für die erstere spreche das jugendliche Alter des Patienten, gegen dieselbe die mangelnden rheumatischen Antecedentien und der negative Auscultationsbefund. Was die Localisirung der Läsion, welcher Natur dieselbe nun auch sein möge, betrifft, so weist die Alexie auf eine Unterbrechung der Verbindungsfasern des Rindencentrums für das Sehvermögen, d. i. der Rinde des Occipitallappens, mit dem motorischen Sprachcentrum, d. i. der linken untern Stirnwindung (BROCA'schen Windung) und dem untern Drittel der vordern Centralwindung. Die Agraphie deutet auf eine Störung der Verbindung zwischen dem motorischen Schreibcentrum im mittleren Drittel der hintern Centralwindung ebenfalls mit dem optischen Centrum. Eine genaue Localisation zu wagen, fühlt sich Vortragender nicht berufen.

Seit der ersten Untersuchung des Kranken haben die krankhaften Erscheinungen unter dem Gebrauch von Iodkalium sich insoweit im günstigen Sinne verändert, als das Schreiben wieder möglich ist, wenn es auch noch mühsam und stockend vor sich geht und das Geschriebene den Patienten selbst in kalligraphischer Hinsicht nicht befriedigt. Auch mit dem Lesen geht es langsam vorwärts. Er kann grösser Gedrucktes langsam buchstabiren, hört aber, wenn er mit zwei oder drei Wörtern fertig ist, ermüdet auf. Das Kopfrechnen geht beinahe so gut, wie es je vorher gegangen ist. Im Haushalt nöthige Verrichtungen, wie Tragen des Kohleneimers und Aehnliches, leistet er ohne ungebührliche Anstrengung, sein Handwerk aber, das eines Kürschners, ist er auszuüben noch nicht im Stande, da er z. B. beim Zuschneiden des Pelzes die beabsichtigte Schnittlinie nicht richtig einzuhalten fähig ist.

### Diskussion.

G. W. Jacoby. Diese nicht so seltenen Fälle werden gewöhnlich auf Embolie der Arteria Fossae Sylviae bezogen. Die Symptome gehen oft zurück. Dyslexie persistirt am längsten.

A. Jacobi. Der erste Aortenton ist stark accentuirt. Herzgeräusch ist nicht zu hören. Das Herz ist schwach, Arterien überall ausserordentlich klein. Wenn der Patient 10 Jahr älter wäre, würde atheromatöse Entartung der Hirnarterien annehmbar sein. Man dürfte hier doch eine Thrombose einer kleinen Hirnarterie supponiren. Besserung würde vielleicht auf Stimulirung der Circulation erfolgen. Digitalis ist contraindicirt, Nitroglycerin, mit oder ohne Spartein, würden die Herstellung eines Collateral-Kreislaufes begünstigen.

### Demonstration von Präparaten.

A. Jacobi legt Herz, Milz, Nieren und Leber vor. Dieselben stammen von einem 44jährigen, im Deutschen Hospitale gestorbenen Manne. Die klinische Diagnose lautete: Sclerose und Insufficienz der Aorta, Hydrothorax, Ascites, Hydrops, Nephritis. Ascites und Hydrops wurden paracentisirt mit temporärer Erleichterung des Patienten. Im



Urin fanden sich viel Eiweiss, hyaline und granulirte Cylinder. Das Herz ist gewaltig vergrössert, besonders links und hochgradig atheromatös entartet. Die Milz ist verhältnissmässig klein, aber sehr hart durch Neubildung von straffem Bindegewebe. Im selben Zustande befinden sich die gewaltig vergrösserten Nieren. — Aehnlich die Leber, die etwas fettig zu sein scheint. — Das Primäre war jedenfalls die Herzkrankung, darauf langjährige Stauung und langsame Bindegewebswucherung. Auffallend war hier auch das Zusammenfallen hochgradiger Atheromatose mit frühzeitigem Ergrauen der Haare. Der Pat. sah 15 Jahre älter aus, als er in Wirklichkeit war.

Gleitsmann demonstriert einen Larynxpolypen.

FRANZ FÖRSTER demonstriert die PRATZ'sche Chloroform und Aethermaske. Er hatte öfters Gelegenheit, sich von der Zweckmässigkeit des Apparats zu überzeugen und kann denselben empfehlen. Franz Förster demonstriert einen Kindskopf grossen, myomatösen Utrus, welchen er durch Collio-Hysterectomie gewann. Der Fall bot grosse Operations-Schwierigkeiten, nicht etwa bedingt durch die Grösse der Geschwulst, sondern durch die intra ligamentäre Entwicklung derselben und die vielseitigen Verwachsungen, welche dieselbe eingegangen hatte.

#### Schluss und Vertagung.

Sitzung vom 27. Januar 1893.

Vorsitzender: OBERNDORFER. — Schriftführer: E. FRIDENBERG.

#### Vorstellung von Patienten.

Goldenberg stellt vor:

1) einen Fall von Lupus vulgaris der Nasenspitze bei einem 5jährigen Knaben mit Necrose und kaltem Abscess am resp. über dem Schläfenbein. Der Patient wird mit Tuberculoicin behandelt.

2) einen 6 Monate alten Knaben mit einem seit 4 Monaten bestehenden Lupus vulgaris exulcerans der Nase und eines Theiles der rechten Wange. Neben weichen leicht blutenden Granulationen findet sich auf der Nasenspitze ein etwa 10 Cents-Stück grosses seichtes leicht blutendes Geschwür mit unebenen, nicht infiltrirten Rändern. An letzteren finden sich miliare Lupusknötchen. Daneben bestand Vereiterung fast sämmtlicher Halsdrüsen, die von Dr. Lilienthal eröffnet und ausgekratzt wurden.

Der Vortragende betrachtet den Fall als durchaus characteristisch für Lupus vulgaris und behandelt ihn mit den neuerdings von Hebra so warm empfohlenen Thiosinamin-Einspritzungen, die intramuscular zwischen den Schulternblättern injicirt werden. Er verspricht den Fall später nochmals vorzustellen.

#### Discussion:

Dr. Pollitzer fragt ob Jodkali angewandt worden sei und betont das seltene Vorkommniss von Lupus Vulgaris bei so jungen Kindern.

Dr. Freudenthal stellt eine Frau mit Chronischem Empyem der Keilbeinhöhle vor. An der Diskussion betheiligen sich F. Kohn und Gleitsman.

Freudenthal stellt ferner einen Jungen mit Fraktur des vorderen Theiles des knorpeligen Septum vor.

1) Chronisches Empyem der Keilbeinhöhle. Frau V. . . , 33 Jahre alt, leidet seit 8 Jahren an fürchterlichen Kopfschmerzen. Sie hatte wöchentlich 2mal derartige Anfälle, die einen bis zwei Tage lang anhielten. Des Morgens fühlte sie sich aber schlechter und erst gegen zwei Uhr Nachmittags war sie freier. Ihre rechte Nase war von Anfang an verstopft und ihre Kopfschmerzen waren auch immer auf dieser Seite stärker. Sie wohnte auf dem Lande und wurde von vielen Aerzten erfolglos behandelt. Vor etwa 8 Wochen kam sie auf meine Abtheilung in die Deutsche Poliklinik. Sie sah lebensmüde und niedergeschlagen aus und schien nur einem äusseren Zwange zu gehorchen, indem sie noch einmal einen Arzt aufsuchte. Die Schleimhaut-

falte zwischen Septum und mittlerer Muschel war hervorgewölbt, tiefroth gefärbt und mit einigen Krusten, sowie vielem Eiter belegt. Die übrige Schleimhaut der Nase ist atrophisch. Es war klar, dass wir es mit einem jener Fälle zu thun hatten, deren Verständniss uns in den letzten Jahren, besonders durch die Arbeiten Schäffers's, Grünwald's und Anderer näher gerückt ist. Da die Durchleuchtung der Highmorshöhle und des Sinus frontalis ein negatives Resultat ergab, so könnte es sich hier nur um ein *Empyem der Keilbeinhöhle* handeln. Ich behandelte die Frau aus äusseren Gründen mit in Lugol'scher Lösung oder in 10 Prozent Milchsäure getauchten Tampons. Dadurch wurde der Zustand so bedeutend gebessert, dass sie fast nie mehr Kopfschmerzen hat; nur des Morgens entleert sich noch ziemlich viel Eiter. Ich werde in kürzester Zeit die Eröffnung der Keilbeinhöhle vornehmen, wodurch eine vollständige Heilung unzweifelhaft erzielt werden wird.

2. Der 16jährige Junge, den ich mir jetzt vorzustellen erlaube, fiel vor 4 Wochen von einem hohen Wagen und erlitt dabei eine *Fractur im vorderen Theile des knorpeligen Septums*. Als er vor 8 Tagen zu mir kam, waren die Theile beinahe rechtwinklig zu einander verheilt und es hatte sich eine sehr starke Scoliose des septum nar. herausgebildet. Die Nasenspitze wich bedeutend nach rechts ab. Es schien mir inopportun hier den callus zu durchschneiden und durch eine Operation ein zweifelhaftes Resultat herbeizuführen. Ich schlug daher folgendes Verfahren ein: Ich stellte eine künstliche Abweichung der Nase nach der andern, d. h. linken Seite her, indem ich die Spitze des Septums, mittelst eines Heftpflasterstreifens stark nach links zog. Den letzteren führte ich über die linke Gesichtseite und über das linke Ohr und befestigte ihn am Kopfe. Das Resultat ist jetzt (Anmerkung bei der Correctur: nach 3 Wochen) ein ganz ausgezeichnetes. Die Nase steht vollständig gerade.

Sara Welt stellt ein Kind mit Diabetes insipidus vor.

#### Discussion:

A. Jacobi empfiehlt Atropin und Ergotin in zunehmenden Dosen.

Scharlau hat von fortgesetztem Ergotingebrauch gute Resultate gesehen.

Kammerer stellt vor eine Frau mit periodischen Schmerzen unter dem Schulterblattnach Typhus und demonstriert ein Präparat nämlich Gallenblase mit Stein und Steine aus dem Ductus Choledochus.

#### Discussion:

Willy Meyer behandelte eine 48jährige Frau, seit Jahren leberkrank, mit grossem seitlichem Tumor, Icterus, Schüttelfröste, und 50 Procent Eiweiss im Urin. Bei der Operation fand man das Netz stark an der Leber adhaerent. — Das Netz wurde abgebunden und darauf der Paquelin angewandt. Die Gallenblase circa haselnuss gross, wurde mit dem Paquelin eröffnet und drei Steine entfernt. Ductus cysticus und choledochus vollkommen durchgängig.

Beschwerden müssen deshalb auf die Adhaesionen zurückgeführt werden.

Kiliani. Die Erscheinungen bei Gallenblasenverwachsungen erinnern sehr an die schweren Magenleiden, welche mit kleinen Netzbrüchen einhergehen. Kiliani glaubt, dass die Ethernarkosen in den ebenerzählten Fällen zum Theil den Exitus bedingt hätten.

Willy Meyer zieht bei älteren Leuten, die sowie so zu Bronchopneumonien geneigt seien, die Chloroformnarkosen vor.

Kammerer würde bei längeren Narkosen den Ether vorziehen. Seitdem er die Parkinson'sche Maske anwendet, bleiben widrige Symptome aus.

A. Jacobi. Die Zerrung der Gallengänge durch entzündliche Adhaesionen ist nicht selten. Auch bei Wanderniere tritt Icterus durch Quetschung oder Zerrung bedingt, auf. Im Kammerer'schen Fall sei die Todesursache eine bestehende Nephritis gewesen. Der negative Befund bei der Urinuntersuchung älterer Personen schliesst chronische Nephritis nicht aus. Bei solchen Patienten, bei denen das Gefässsystem erkrankt ist, wäre Chloroform als Anaestheticum entschieden vorzuziehen.

#### Präparate.

Kammerer legt vor ein—Aneurysma der Aorta (mit Photographie.)

A. Jacobi demonstriert.

1) Leberabscess und Nieren, mit chronischer Entzündung. Die Präparate stammen von einem Patienten, der lange an Malaria und Dysenterie, später an Pleuropneumonia gelitten hatte.

Der Leberabscess lag nach oben, das Zwerchfell verdrängend. Die Nieren zeigten interstitielle Bindegewebswucherung und fettige Entartung.

2) Leberabscess.—Der Patient war längere Zeit in Alabama krank gewesen.—Bedeutende Eiterung anscheinend aus dem unteren Theile der Pleurahöhle. Bei der Aufnahme war der Patient so schwach, dass an Operation gar nicht zu denken war.

3) Pachymeningitis.

4) Zungenkrebs.

Schluss und Vertagung.

#### Sitzung vom 24. Februar 1893.

Vorsitzender: WM. BALSER.—Schriftführer: E. FRIDENBERG.

#### Vorstellung von Patienten:

Dr. Heimann stellt ein Kind mit Osteomyelitis der Skapula vor.

#### Präparate.

Kammerer demonstriert eine Blasenruptur.

Der Patient stürzte von einer Höhe von 20 Fuss. Er erhob sich, ging weiter, konnte aber kein Wasser lassen. Ein Arzt zog blutigen Urin ab. Nach 4 Tagen kam er ins St. Francis Hospital mit Zeichen von Peritonitis. Es wurde leicht blutiger Urin abgezogen. Der Patient konnte dann selbst unter Tenesmus Urin lassen, zuerst blutigen, dann klaren. Blasenperkussion ergiebt keine Dämpfung. Exitus am Abend des fünften Tages.

Die Sektion ergab eine anderthalb Zoll lange Ruptur der Blase an der vorderen Uebergangsstelle des Peritoneums; eiterige adhaesive Peritonitis, welche (in den letzten Tagen) die Oeffnung verlegt hatte.

Interessant ist, dass der Patient zwei Tage lang herumgehen konnte.

#### Diskussion:

Willy Meyer. Aehnliche Fälle sind beschrieben worden. Sie beweisen, dass Naturheilungen vorkommen, trotzdem Urin in die Bauchhöhle gelangt ist. Sofortige Laparatomie ist indicirt.

Kammerer hat auch eine Spontanheilung gesehen in einem Falle wo die entleerte Blase vom Rektum aus nicht zu fühlen war. Die Regel ist jedoch Exitus an eiteriger Peritonitis.

Seibert legt eine Temperaturkurve vor.

#### Discussion:

Goldenberg möchte aus der Kurve die Diagnose auf Erythema exsudativum stellen. Da der Ausschlag meistens aus Blutungen bestand, mag Purpura vorgelegen haben. Oft werden solche Ausschläge durch Chinin unterhalten.

Pollitzer. Dieser Fall von allgemeiner Sepsis erinnert sehr an den von Dr. Adler unlängst mitgetheilten Fall von Prostata-Abscess mit Pusteln und Blasen der Haut. Irgendwo mag ein Eiterherd bestanden haben. Schwemer's Fälle sind einfache septische Erkrankungen, gewöhnlich von Endokarditis mit embolischen Hautprocessen. Das Ablaufen des Processes fiel wahrscheinlich bloss zufällig mit der geänderten Therapie zusammen.

Rose würde das permanente Bad als Wärmerregulator angewandt haben.

Seibert. Ein Eiterherd lag entschieden nicht vor—ferner vereiterte der Ausschlag nicht. In den letzten fünf Wochen wurde kein Chinin gereicht und nur 3mal 1 Gmm Salicylsäure.

#### Mittheilungen aus der Privatpraxis.

Langmann behandelte einen 40jährigen Farmer, welcher vor zwei Jahren einen Typhus abdominalis durchmachte und seitdem an Verstopfung, in der letzten Zeit mit sehr harten, blutigen Stühlen litt. Er wurde mehrere Monate lang in einem hiesigen Dispensary an Hemorrhoiden behandelt, da sich eiförmige Massen aus dem After herausgebildet haben sollen.

Im Hospitale ergab die Untersuchung per Rektum keine Hemorrhoiden. Dicht oberhalb des Anus fand man eine harte Masse, gleich dem Cervix uteri mit centraler Oeffnung, also ein invaginirtes Darmstück. Forcirte Einspritz-

ungen waren vergebens. Diarrhoen mit blutigen Massen dauerten fort. Es wurde dann bei hochgelegem Steisse Luft eingeblasen, und zwar 5 bis 6 Tage lang. Die Schmerzen wurden durch Opiumgaben gelindert. Endlich gelang die Reduction; normaler Stuhlgang stellte sich ein und der Patient genass vollkommen.

Der Fall wirft die Frage auf, wie lange nach Invagination eines Dammstückes man die Lösung durch Eingüsse u. s. w. versuchen darf.

Kurze Zeit nachdem er diesen Fall geheilt, fiel ihm eine Krankengeschichte in die Hand, welche die Lösung einer mindestens ein Jahr bestehenden Invagination beschrieb.

#### Diskussion:

Willy Meyer. Es ist meist unmöglich eine selbst kurze dauernde Invagination durch innerliche Mittel zu lösen, wenn Mesocolon oder Mesenterium miteinbegriffen ist. Selbst nach Laparotomie ist es oft schwer, manchmal möglich durch derben Zug das invagirierte Stück herauszubringen, besonders nach längerem Bestande. Er beobachtete einen einschlägigen Fall bei einem 4jährigen Kinde, welches unter heftiger Kolik und blutigen Stühlen erkrankt, an Sommer-Complaint, behandelt wurde. Nach kurzer Euphorie eine zweite schmerzhaftige Attaque mit Abdominal tumor links. Die rechte Seite war leer, linke eine dicke Wurst. Der behandelnde Arzt konnte die Invagination vom Anus aus fühlen. Die Laparotomie zeigte Ileum Colon ascendens und transversum alle im Colon descendens unverrückbar invagiriert. Offenbar war die Invagination schubweise vorgerückt. Die Lösung von Invagination in der Ileo-coecal-Gegend durch Eingiessungen findet wohl nie statt. Es handelt sich um Scheinheilung mit späterer gangraenöser Abstossung des invagirierten Stückes.

Kammerer glaubt auch, dass in meisten Fällen Scheinheilung vorliegt. Schonende Repositionsversuche sind vielleicht gerechtfertigt. Aber, wenn die Invagination längere Zeit gedauert hat, so schreite man lieber gleich zur Laparotomie. Bei einer Invagination die erst 60 Stunden gedauert hatte, gelang ihm nach Laparotomie die Reposition nur durch Zug unter ganz bedeutender Kraftanwendung. Die Gefahr ist nicht nur die Undurchdringlichkeit des Darmes, sondern auch die Reposition gangraenöser Theile.

Willy Meyer theilt einen Fall von Perityphlitis bei einem Kinde mit. Schluss und Vertagung.

---

#### Sitzung vom 24. März, 1893.

Vorsitzender: G. W. JACOBY. Schriftführer: E. FRIDENBERG.

#### Vorstellung von Patienten.

Willy Meyer stellt 2 Patienten vor, an welchen er wegen Carcinom die Gastrostomie nach Hacker ausgeführt hat.

Dr Schapringer stellt einen 24jährigen Mann vor, dessen linkes Auge einen ungewöhnlichen Spiegelbefund darbietet. Patient klagte über seit vier Wochen bestehenden, zeitweise sehr heftigen Schwindel. Bei Untersuchung der Augen wird das rechte ganz normal befunden. Der Hintergrund des linken zeigt ein seltsames Bild, welchem von einer Reihe von Beobachtern, welche das Auge untersucht hatten, weit auseinander gehende Interpretationen zu Theil geworden sind. Es ist bald Chorioiditis syphilitica, bald als congenitales Colobom der Aderhaut und bald wieder als subretinaler Cysticercus angesprochen worden. Vortragender hofft, dass es ihm gegönnt sein wird, den vorgestellten Patienten einen genügenden Zeitraum hindurch beobachten zu können, um zu einem endgültigen Urtheil über die Bedeutung des Augenspiegelbildes zu gelangen.

#### Discussion:

Gruening. Cysticercus erscheint immer kreisrund oder ekliptisch, mit bestimmten Contouren, ohne Pigmentflecke. Es handelt sich hier nur um eine hyperplastische Choroideal-Affektion.

Fridenberg. Das Bild ist das einer Cyste. Es handelt sich wohl um Cysticercus.

## Präparate.

Adler legt vor ein Carcinom des Magens und der Retroperitoneal-Drüsen. Dasselbe stammt von einer 44jährigen Frau, welche im Deutschen Hospitale behandelt wurde. Sie litt wochenlang an heftigen Schmerzen in der Lebergegend mit Icterus und hatte einen grösseren Gallenstein durch den Darm entleert. Zur Zeit der Aufnahme war kein Zeichen von Lebererkrankung vorhanden. Patient kachetisch. Bedeutende Anorexie. Plötzliches Oedem des linken Beines, darauf progressive mummificirende Gangraen der Zehen. Dann Oedem des rechten Beines und Gangraen der Zehen. Exitus.

**A u t o p s i e.** Herz auffallend klein, leicht verfettet; leichtes Atherom der Intima der Aorta.

Magen normaler Grösse, ringförmiges Ulcus der Cardia, in der Muscularis bis dicht an die Serosa, carcinomatoes.

Retroperitoneale Drüsen in grosse Carcinom-Massen verwandelt.

Pancreas in derbe steinige Masse durch einfache Induration verwandelt.

Vena Cava und Aorta von der Masse umwachsen. Thrombus beider Venae iliacae.

Gallenblase; schlaffer, dicker mit dünner Galle gefüllter Sack; zahlreiche Steine im dilatirten Ductus Choledochus.

## Discussion:

Willy Meyer wurde zu diesem Falle hinzugezogen, wegen Gallenstein-  
koliken. Eine bestimmte Diagnose konnte nicht gestellt werden, doch wurde ein maligner Tumor vermuthet. Viele der Symptome konnten durch mechanischen Druck erklärt werden. So deutete die mangelhafte Harnabsonderung auf Compression der Renalarterien.

Adler demonstirt ein Pyloruscarcinom.

Willy Meyer demonstirt den Magen eines an stricturirendem Oesophagus carcinom leidenden Patienten, an dem er die Gastrostomie nach Witzel ausgeführt, und bespricht die Operations-Methoden von Fenger, Hahn, von Hacker und Witzel.

## Diskussion.

A. Jacobi führte anno '74 die erste New Yorker Gastrostomie aus. Die Operation war damals in Vergessenheit gerathen, kam aber später wieder in Aufnahme. Die Unfähigkeit nach den älteren Methoden einen genügenden Verschluss zu machen, bedingte Eczem und Sepsis. Fast jeder Fall ging an Sepsis zu Grunde.

## Mittheilungen aus der Praxis.

Torek berichtet einen Fall von Perityphlitis. Ein 36jähriger Mann erkrankte an einer ganz akuten Attaque mit heftigen Schmerzen in der rechten Ileocoecal-Gegend. Es wurden Breiumschläge, Bettruhe und Opium verschrieben. Am Abend Puls 100, Temp. 102. Empfindlichkeit rechts, besonders in der Linie zwischen Nabel und Spina superior. Nirgends Dämpfung. Laparotomie wurde vorgeschlagen.

Am folgenden Abende Puls 140. Allgemeine Peritonitis. Dämpfung am Poupart'schen Bande. Respiration 50. Gesicht verfallen. Operation wird widerrathen. Am folgenden Morgen T. 103, P. 160. Mehr Peritonitis. Gegen Mittag Exitus.

Bei dieser foudroyant verlaufenen Perityphlitis war nie deutliche Dämpfung vorhanden. Eine Operation hätte nur innerhalb der ersten zwölf Stunden genützt.

## Diskussion.

A. Rose. Diese Krankheit ist an Ueberraschungen sehr reich. Bei einem Patienten, der alle Paar Monate Perityphlitische Attaquen durchmachte und dessen Operation schon vorgeschlagen worden, sistirten die Attaquen jetzt schon 8 Monate lang auf Naphthalin.

Förster. Der ausserordentlich schnelle Verlauf lässt Ruptur von vornherein vielleicht als Ergebniss früherer entzündlicher Attaquen, annehmen.

Torek. Ausser einigen lockeren Stuhlgängen in der Woche vorher, ergab die Anamnese nichts von früheren Attaquen.

Schluss und Vertagung.

Sitzung vom 26. April, 1893.

Vorsitzender: CAILLE. Schriftführer: E. FRIDENBERG.

## Vorstellung von Patienten:

F. Torek stellt ein 7 Wochen altes Kind mit angeborener Mastdarmscheidenfistel vor. Dieselbe ist für ein Bougie in der Dicke von ungefähr No. 14, F., leicht durchgängig und erstreckt sich von einem Punkte direkt über dem Spinter bis zu einem Punkte direkt hinter dem Hymen. Der Fistelgang liegt fast median, mit einer leichten Abschwenkung nach links. Wo derselbe sich in die Scheide öffnet, ist auch das Hymen nicht gut ausgebildet. Das Rectum ist normal, keine Atresie oder Stenose. — Diese Bildungshemmung fällt in die Zeit zwischen der 10. und 20. Woche des foetalen Lebens, da sich in dieser Zeit Damm und Hymen bilden. Die Fälle von angeborener Mastdarmscheidenfistel ohne Atresia ani sind jedenfalls sehr selten; Torek hat in der ihm zugänglichen Literatur keinen Fall aufgezeichnet gefunden. In einer Monographie über "Kloakenbildung beim Menschen" wird sogar behauptet "Atresia ani fehle nie bei der Kloake."

Als Therapie schlägt Torek vor: Spaltung der Fistel in ihrer ganzen Länge, Excision derselben, dann Naht des Rectum und Damrnaht.

## Discussion.

A. Jacobi. Die vorliegende Bildungshemmung datirt aus der 16. bis 17. Woche und stellt den Rest der offengebliebenen Cloaca dar. Jacobi hat einen einzigen Fall der Art vor etwa 10 Jahren, 1 Jahr lang beobachtet. Die Oeffnung war etwas grösser und lag fast an derselben Stelle, nur etwas höher. Höllenstein-Aetzungen um den Rand herum blieben ohne Erfolg.

Willy Meyer. Da keine Verengerung am After, ist vorläufig kein Eingriff nothwendig. Später ist die Operation leicht. Das Rectum wird genäht. Die Vagina heilt von selbst aus.

Dr. Kiliani stellt einen Patienten mit Fractur des 3. Halswirbels vor mit Subluxation nach vorn.

Pat. fiel am 30. Januar 1893 rückwärts vier Sprossen hoch von einer Leiter auf Steinplatten mit dem Hinterkopfe aufschlagend. Sofortige Bewusstlosigkeit,  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde dauernd, Blutung aus Nase und Mund, nicht aus den Ohren. Am Hinterkopfe blutende Wunde. Ein gereicher Cognac wird erbrochen. Späterhin geht Pat. zu Fuss, etwas taumelnd, nach Hause. Zwei Wochen bettlägerig. Eine Woche häufiges Erbrechen. Am 1. April starkes Bluten aus Nase und Mund, das von Samstag Abend bis Dienstag Mittag mit kurzen Unterbrechungen gedauert haben soll.

Status: Pat. hält den Kopf in einer steifen Haltung nach links gesenkt und gedreht. Fast völlige Unfähigkeit, den Kopf nach links zu drehen. Ungefähr 2 Ctm. unter dem Scheitel nach links eine 2 Ctm. lange Narbe, die verschieblich ist, der Knochen darunter scheinbar verdickt. Sowohl die Narbe als die ganze linke hintere Kopfhälfte nach abwärts auf Druck nach unten zunehmend empfindlich bis schmerzhaft.

Die sämtlichen nervösen Erscheinungen deuten auf Cervicalerscheinungen hin. Nämlich: Pat. kann den Kopf weder heben noch senken, ohne starke Schwindelanfälle zu bekommen. Sehkraft ungeschwächt, aber Pat. ermüdet leicht beim Lesen etc. Gehör unbeeinflusst. Patellarreflexe fehlen. Pat. kann bei geschlossenen Augen die Spitzen der Zeigefinger nicht zusammenbringen, sondern verfehlt dieselben (Ataxie). Ebenso verfehlt Pat. mit dem Zeigefinger seine Nasenspitze bei geschlossenen Augen. Anästhesie der beiden oberen Extremitäten in leichtem Grade; ebenso im Gesichte. Mit dem Tasterzirkel gemessen, beträgt die Entfernung zweier noch als einzeln wahrgenommener Punkte 2 Ctm. an den unteren Stellen des Gesichts.

Bei Abtasten der processi spinosi der Halswirbelsäule trifft man in der Höhe des IV. Halswirbels auf einen Vorsprung, der stärker ausgesprochen ist als die vertebra prominens. Oberhalb desselben eine Vertiefung, die zunimmt bis zu scheinbar 3 Ctm., wenn das Kinn gehoben, und also der Hinterkopf gesenkt wird. Dabei hört man manchmal eine weiche Crepitation. Bei tiefem Senken des Kopfes gleicht sich die Deformität fast völlig aus. Vom Munde aus fühlt man in einer Tiefe, die dem III. Halswirbel etwa entspricht, — man kann es eben mit stark gestrecktem Zeigefinger erreichen — einen von

Schleimhaut überzogenen knochenharten Vorsprung, das Niveau der hinteren Rachenwand um etwa  $\frac{1}{2}$  Ctm. oder etwas mehr überragend. Derselbe bildet in der Halswirbelsäule einen Gibbus nach vorn, mit dem Winkel offen nach hinten. Bei der Untersuchung kein Erbrechen, nicht einmal Würgbewegungen.

Pat. ist ängstlich, scheu, stöhnt, wenn unbeobachtet, in kurzen Unterbrechungen, schwitzt leicht im Gesicht und am Kopf, ist unruhig, bleibt nicht lange auf einem Fleck sitzen. Bekommt leicht Congestionserscheinungen und Angstgefühl.

*Diagnose:*—Fractur (?) mit Subluxation nach vorn, eventuell bloß Subluxation. Compressionserscheinungen des Cervicalmarks.

*Therapie:*—Kopfextension zu versuchen. Anempfehlung der Trepanation der Halswirbelsäule an der verletzten Stelle. Letztere wird energisch abgelehnt.\*)

*Prognose:*—Wohl entschieden infaust. Pat. ist und wird wohl arbeitsunfähig sein, und dürfte wohl unter anfänglichen Reiz- und späteren Atrophieerscheinungen langsam zu Grunde gehen, wenn nicht durch einen erneuten, wenn auch geringen Insult plötzlicher Exitus herbeigeführt werden sollte.

### D i s k u s s i o n .

G. W. Jacoby. Eine Reihe von ähnlichen Fällen findet man in der Literatur, bei welchen aber die Symptome gleich als sehr gefährliche auffallen. Hier sind, wie genauere Untersuchung beweist, die Symptome sehr ausgeprägt. Ataxie, komplette Analgesie bis zum Occipitalis major. Herabgesetzter Gefühlsinn, Paresen der oberen Extremitäten u. s. w., und daher die Prognose eine ziemlich schlechte.

Die Laesion liegt natürlich im oberen Cervicaltheil, ist wohl Subluxation, nicht Fraktur.

Kammerer. Die objektive Untersuchung giebt wenig Anhaltspunkte. Man kann die Processus spinosi abtasten und die Hervorragung im Pharynx ist kaum grösser als man sie bei vielen Menschen normaliter findet. Unbeweglichkeit des Kopfes, wochenlang persistirend, kommt bei einfachen Kontusionen vor. Fraktur, speziell des Wirbelkörpers würde heftigere Symptome bedingen.

Freudenthal sah vor Jahren einen ähnlichen Fall. Hinten konnten zwei bis drei Finger eingelegt werden. Die Vorbildung, im Pharynx war so gross, dass der Larynx nicht inspicirt werden konnte.

Willy Meyer stellt eine 69jährige Frau, die mit der Diagnose incarcerirte Hernie in das Deutsche Hospital geschickt wurde. Sie litt seit 5 Tagen, nach plötzlicher Erkrankung unter heftigen Schmerzen. Erbrechen, einmal Stuhl aber öfters Winde. Auf Klysterie, Stuhl. Am 5. Tage Fieber, öfters Winde. In der rechten Inguinalgegend Geschwulst. Leichte Tympanitis. Am 6. Tage Operation. Beim Einschitt fand man einen gangraenös riechenden Fettklumpen und eine Littre'sche Hernie, i. e., ein Theil der Darmwand war incarcerirt, gangraenös. Die Inguinalgegend war abgedämmt und von oben nach unten eingeschnitten, die Fistel umschnitten; der Darmschnitt von oben nach unten verlängert; und die Längsnaht nach Abbé ausgeführt. Heilung glatt. Der Fall beweist wieder, dass bei Incarcerations-Erscheinungen Winde die Littre'schen Hernien nicht ausschliessen.

Einen zweiten Fall der Art, auch bei einer Frau, wies noch keine Perforation, sondern eine verdächtige Darmstelle vor. Diese wurde mit der Haut vernäht. Es bildete sich eine Fistel ziemlich hoch und die Patientin ging an Inanition zu Grunde.

### D i s k u s s i o n .

A. Caillé hat den Fall in das Hospital geschickt, und zwar mit der richtigen Diagnose. Vor Jahren sah er mit Herrn Kraemer einen ganz ähnlichen Fall, wo Flatus noch durchgingen, und die Diagnose Littre'sche Hernie durch den Operationsbefund bestätigt wurde.

\*) *Ann.*—Die seither versuchte Extension mit Gewichten sowohl als mit Cravatte musste trotz vorsichtigster Anwendung aufgegeben werden wegen Auslösung von heftigen Krämpfen mit theilweiser Besinnungslosigkeit. Dies dürfte wohl als ein bestätigendes Moment der Diagnose aufgefasst werden.

Kammerer operirte eine Littre'sche Hernie bei einem Manne, der schon zehn Tage lang gebrochen und stark kollabirt war. In der Inguinalgegend war ein ganz kleiner Tumor zu fühlen. Der Patient blieb kollabirt und starb zwei Stunden nach der Operation.

Willy Meyer stellt einen Mann vor, dem er ein Carcinomatöses Struma extirpirt. Fridenberg untersuchte vor der Operation den Larynx, und fand bei leichter Verschiebung desselben keine Muskellähmung. Zum grossen Theile konnte in der Kapsel extirpirt werden, links aber hatte der Kropf die Kapsel durchbrochen, wucherte substernal und umging den Laryngeus superior, der geopfert werden musste. Der Patient ist stimmlos, Recidiv ist zu erwarten.

#### D i s k u s s i o n .

Kammerer. Nach Durchbruch der Kapsel ist die Operation schwierig und meistens nur temporär erfolgreich. Ist die Kapsel intakt, so ist der Eingriff recht dankbar. Ein Fall recidivirte erst nach 15 Jahren. Cachexie wurde nicht beobachtet. Bei nichtmalignen Fällen tritt oft Cachexie auf. Die absolute Aphonie nach Schilddrüsen Operationen weicht häufig spontan in 2—3 Wochen.

Gleitsmann beobachtet zwei Fälle von Struma, bei denen beginnende Abduktorenlähmung und die dadurch bedingten Athembeschwerden den Patienten zum Arzte getrieben.

Willy Meyer stellt einen Mann vor, der vor 16 Monaten durch direkten hohen Fall auf die Füsse sich eine Schenkelha's-Fraktur zugezogen,  $3\frac{1}{2}$  Zoll Verkürzung. Deutliche Crepitation und bedeutende Lahmheit. Patient konnte nur auf Krücken sich fortbewegen, wurde vorgefunden.

Nach Resektion der beiden Knochenenden, die man bindegewebig vereint fand, wurde der Schenkelhals durch lange Stahlnagel befestigt. Am folgenden Tage äusserst schwerer hartnäckiger Kollaps. Endlich nach intravenöser Salzlösung, Besserung, Erholung. Das Resultat der Operation war ein vorzügliches. Das Bein kann in jede Richtung bewegt werden. Der Patient ist im Stande mit einem Stocke zu gehen. Vereinigung der Knochenenden hat jedenfalls stattgefunden, ob dieselbe knöchig oder bindegewebig, ist nicht mit Sicherheit festzustellen.

A. Jacobi und Heimann stellen ein drei Wochen altes Kind mit rother fungöser Geschwulst in der Nabelgegend vor, in welche eine dicke Sonde  $2\frac{1}{2}$  Cm. weit, direct nach hinten hineingeletet. Dasselbe wird als Offenbleiben des Duktus Omphalomesentericus, vielleicht mit Vorfall desselben aufgefasst. Therapeutisch wird Abwarten empfohlen.

An der Diskussion betheiligen sich: Kiliani, Torek, Kammerer, Willy Meyer, A. Jacobi, H. Weber.

#### P r ä p a r a t e .

Kammerer demonstrirt Echinococcuseysten.

#### D i s c u s s i o n .

Willy Meyer führt an, dass Billroth die Höhle mit Iodoform-Emulsion ausfüllt und oft Prima Intentio herbeigeführt und fragt wie das Colon gelegen habe.

Kammerer. Bei so grossen Tumoren kann man auf die Lage des Colon keinen grossen Werth legen. Hier war es deutlich nach innen verschoben.

A. Jacobi. Bei grossen Nierentumoren liegt in der Regel das Colon zwischen Tumor und Bauchwand.

Schluss und Vertagung.

Sitzung vom 26. Mai, 1893.

Vorsitzender: WILLY MEYER. Schriftführer: FRANZ FOERSTER.

#### V o r s t e l l u n g v o n P a t i e n t e n .

Willy Meyer stellt zwei Patienten vor, an welchen er die Gastrostomie ausgeführt hat.

Der erste Patient contrahirte vor 30 Jahren Lues, war immer wohl gewesen, bis vor 3 Jahren, als sich Schlingbeschwerden einstellten. Die Wahrscheinlichkeit Diagnose: Oesophagus strictur auf luetischer Basis beruhend wurde gestellt, doch wurde auch an Malignität gedacht. Luetische Behandlung wurde eingeleitet und war auch von mässigem Erfolg, als sich ein Anfall



von Broncho Pneumonie einstellte und sich gleichzeitig die Beschwerden von Strictur vermehrten. Sobald es sein Zustand erlaubte, wurde dann, nunmehr vor 6 Wochen die Gastrostomie nach Witzel ausgeführt. Guter Verlauf für die ersten 24 Stunden, doch unter vermehrten Hustenanfällen stellte sich Pneumonie ein. Patient erholte sich jedoch unter starker Stimulation. Während dieser Zeit war, wie auch Witzel hervorhebt, der Abschluss vollkommen wasserdicht. Patient konnte bald wieder von oben Nahrung zu sich nehmen.

Willy Meyer entfernt das Rohr aus dem Magen und demonstriert den Verschluss, er sieht in dem Witzel'schen Verfahren einen bedeutenden Fortschritt, da doch öfters Lungenerscheinungen gleichzeitig bestehen und uns in dieser Methode ein Weg gezeigt wird, auch unter erschwerten Umständen einen guten Verschluss der Wunde zu schaffen. Bloss bei Narbenstricturen soll diese Operation ausgeführt werden.

Der zweite Patient, ein Mann von 56 Jahren, leidet an einer Cardiastrictur maligner Natur. Die Operation wurde durch den von der Strictur angehenden Zug erschwert, trotzdem ist das Resultat befriedigend. Beim Husten kommt die Magenschleimhaut vor die Fistelöffnung, doch sieckert keine Flüssigkeit durch, ein Rohr von Daumendicke kann bequem eingeführt werden.

#### D i s k u s s i o n.

Einhorn behandelte Patient I während der letzten 3 Jahre, er glaubt, dass in diesem Falle es sich um eine luetische Narbenstrictur handle, zumal da Jodkali seinen Zustand so weit besserte, dass Patient wieder Alles schlucken konnte; allerdings trat nach einiger Zeit wieder Verschlimmerung ein, welche nach erneuerter Jodkali-Behandlung sich wieder besserte, beim bald darauf folgenden dritten Anfall zeigte sich jedoch Medication fruchtlos, weshalb Operation empfohlen wurde. Einhorn konnte Patienten wegen der bestehenden Stricturen nicht per Sonde untersuchen, auch wurde der Mageninhalt nicht untersucht. Bei einer neuerdings vorgenommenen Untersuchung fand er keine Salzsäure, auch keine Fermente, auch war die Zerkleinerung der Speisen nicht so vollständig, wie wünschenswerth, trotzdem würde er nicht die Diagnose Carcinom stellen.

Da der zweite Patient sich oft erbrach, lag die Vermuthung auf Pylorus strictur nahe, doch bestand keine Magenerweiterung. Er glaubt, dass es sich um eine Cardiastrictur mit Oesophagus Erweiterung handle.

Goldenberg möchte wissen, wie man sich die zeitweilige Besserung des Patienten erkläre und ob das Hungergefühl nach der Operation befriedigt werde.

Willy Meyer. Die Abwechslung im Befinden sei allerdings auffallend, auch spreche die Thatsache, dass die Krankheit drei Jahre dauerte, gegen einen malignen tumor, doch hat er öfters nach Operationen bei Carcinom gesehen, dass Patienten schlucken können, und dann wieder auftretenden Schwellungen sie daran verhinderten. Die Diagnose einer spec. strictur hält er seiner Erfahrung nach für unmöglich. In den ersten zwei Tagen nach der Operation sei das Durstgefühl vorherrschend, doch schwinde dasselbe, wie auch der Hunger, nach der ersten Einführung von Nahrung.

Meltzer fragt, ob nicht ein Zusammenhang zwischen Bronchialreiz und der Strictur bestehen möchte, ob die Erscheinungen sich nicht durch intermittierende Drüsenanschwellungen erklären lassen, oder durch Spasmus, welchen man ja oft nach Jodkali schwinden sieht. Er möchte wissen, ob harte oder weiche Sonden gebraucht wurden. Undurchdringlichkeit bei Drüsenanschwellung sei öfters beschrieben worden. Diese Drüsen mögen wieder abschwellen und Sondirung gestatten.

Einhorn. Der Zusammenhang von Bronchitis und Strictur sei naheliegend, dass Oesophagus strictur vorläge, sei klar, denn er sei weder mit harten noch weichen Sonden im Stande gewesen in den Magen zu gelaugen. Er glaubt, dass Spasmus so wenig als Drüsendruck die Passage der Sonde verhindern können.

Goldenberg demonstrirt einen Dattelkern, welchen er an der Urethra eines 14jährigen Knaben nach Incision des Meatus entfernte. Seit angeblich drei Tagen hatte Patient nicht urinirt. litt an grossen Schmerzen in Darm- und Blässengegend, machte den Eindruck eines Schwerkranken. Blase enthielt 14 Unzen Urin. Vor 1½ Jahren soll Patient ähnlich gelitten haben. Da meatus und Harnröhre zu eng sind, um eine Einführung des Kerns von aussen zu er-

möglichen, glaubt er, dass es sich um einen perforirten typhlitischen Abscess handle, da der Knabe verschiedene Anfälle durchgemacht, welche sich als Typhlitis deuten lassen, und welche nach expectativer Behandlung sich besserten. Der Kern selbst ist an seiner Oberfläche arrodirt und ist kleiner als ein gewöhnlicher Dattelkern.

Schapringer möchte sich die arrodirte Beschaffenheit der Oberfläche durch Einwirkung von Eiter erklären, da nicht anzunehmen sei, dass Magen oder Darm Secret einen Verdauungsprocess der Cellulose bewirken können.

Willy Meyer hält die Erklärung Goldenberg's für die richtige, denn, wenn der Kern längere Zeit in der Blase gelegen hätte, würde er sicher Ursache zur Steinbildung abgegeben haben, er glaubt mit Schapringer, dass Eiter die Arrosionen verursachte.

Dr. Langmann demonstirt einen post mortem gewonnenen Uterus mit folgender Krankengeschichte:

Patientin 22 Jahre alt, war immer gesund gewesen, mit Ausnahme eines Malaria-Anfalles vor 1½ Jahren, welcher mit bedeutenden neuralgischen Schmerzen verbunden war. Letzte Periode zeigte sich Anfangs Februar. Anfang März blos einige Flecken. Im Laufe des Monats stellten sich Malaria ähnliche Symptome ein, excessiver voraitus gravidarum. Behandlung blieb erfolglos und musste Patientin per rectum ernährt werden. Anfang April keine Besserung; Untersuchung ergab einen etwas vergrösserten, anteflectirten Uterus, dessen hintere Fläche sehr empfindlich, jedoch ist kein Exsudat zu fühlen. Wegen bestehender Angina ist es nicht möglich, Patientin in narcose zu untersuchen. Auf beiden Seiten befindet sich ein äusserst schmerzhafter Ausschlag, rothe Flecken erythema nodosum, derselbe blasst nach und nach ab und war am 12. April verschwunden. Zur selben Zeit sistirte Erbrechen, Appetit stellte sich ein, höchste Temperatur war bis dahin 100.8 gewesen.

Am 16. April nach einem eingenommenen Laxans stand Patientin auf und wurde plötzlich von einem Schwindelanfall befallen, starkes Erbrechen stellte sich ein, Athem wurde stridorös, Hautfarbe cyanotisch, doch blieb Sensorium frei. Temperatur 100, Puls 80. Der Zustand verschlimmerte sich und unter zunehmender Schwäche trat nächsten Tag exitus ein bei freiem Sensorium.

Section wurde blos theilweise vorgenommen, Brustorgane wurden nicht untersucht, doch waren dieselben intra vitam nebst Nieren gesund befunden worden. In dem etwas vergrösserten Uterus ist in der hinteren Wand eine Ausbuchtung zu sehen, ein Bluterguss hinter die Decidua.

Langmann möchte den Fall als Sepsis der acutesten Form deuten, er glaubt nach Jürgensen, dass es eine Sepsis vom Coagulum ausgehend giebt, er betrachtet Angina und Erythem als Begleiterscheinungen der Sepsis in diesem Falle. Er nimmt an, dass durch das Aufstehen und die damit verknüpfte Anstrengung den Ptomainen eine grössere Pforte geöffnet wurde, und dadurch die schnelle Invasion erfolgte.

Willy Meyer bemerkt, dass 80—90 Pulse bei einem Fall von Sepsis doch eine grosse Seltenheit wären, auch wäre kein Schüttelfrost beobachtet worden.

Rudisch sah Erbrechen und Schwindel an Stelle eines Schüttelfrostes auftreten.

Foerster findet ebenfalls die niedere Pulsfrequenz erstaunlich, wir sehen bei Sepsis oft niedere Temperatur, doch gewöhnlich hohen Puls, bedauert, dass Section nicht vollständig gemacht werden konnte, glaubt, es müsste sich in den betreffenden Organen eine andere Erklärung für den Fall finden lassen.

Meyer bemerkt, dass, wenn man bei einer furianten Sepsis auch vom Schüttelfrost absähe, man doch eine hohe Pulsfrequenz erwarten sollte, fragt, ob nicht doch Lungen-Embolie vorgelegen habe, der Collaps liesse sich dann erklären.

Langmann. Allerdings machte die schnelle Athmung den Eindruck, dass Verminderung der Athmungsfläche stattgefunden, doch bestand weder Husten noch Auswurf.

Meltzer hat ähnliche Fälle bei nicht schwangeren Frauen gesehen, beschleunigter Athem, Angina, Puls 76—78, normale Temperatur, hat die Fälle für La Grippe gehalten, er fand gewöhnlich geschwollene Drüsen-Lungenblähungen durch Vagusdruck bedingt.

Langmann. Angina war in diesem Falle schon vor 8 Tagen abgelaufen.

New Yorker  
**Medicinische Monatsschrift.**

Organ für praktische Aerzte in Amerika

unter Mitwirkung von

Dr. J. Brettauer, Dr. W. Freudenthal, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. H. Goldenberg,  
Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Krug, Dr. S. J. Meltzer,  
Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. A. Schapfing, Dr.  
A. Seibert, Dr. F. Torek, Dr. S. Welt, Dr. Ad. Zederbaum.

Redigirt von

Dr. MAX EINHORN.

General Agenten: The International News Co., 85 Duane Street, New York.

Verlag der Medical Monthly Publishing Co.,

C. KAHLER, Geschäftsführer, 17-27 Vandewater Street, New York.

Bd. V.

New York, 15. December 1893.

No. 12.

ORIGINALARBEITEN.

I.

Ueber die Grenzen der chirurgischen und medizinischen  
Behandlung bei Nierenkrankheiten.\*

Von

Dr. F. LANGE.

New York.

Meine Herren:

Zunächst möchte ich den Vorschlag, in unseren Versammlungen gelegentlich wichtigere Themate zur Discussion zu stellen, welchen der innere Arzt und der Chirurg das gleiche Interesse entgegenbringen, als einen sehr richtig unseren Verhältnissen angepassten begrüßen. Wir können Alle dabei nur gewinnen. Nicht zum wenigsten aber werden unsere Patienten einen Vortheil davon haben, dass wir uns über den zeitigen Standpunkt einer medizinischen Frage klar zu werden suchen, welche, eine Errungenschaft der letzten Jahrzehnte darstellend, der eifrigsten Bearbeitung im Kreise der Fachgenossen unterliegt.

Die Krankenwelt hat einen Anspruch darauf, diejenigen, welchen sie ihr Heil anvertraut, auf der Höhe der medizinischen Kenntniss zu finden, welche ihr durch die Arbeit und Forschung der Zeitgenossen angewiesen wird. Der Arzt soll Notiz davon nehmen, was in seinem

\* *Ann.*—Nach einem in der Versammlung des deutschen medizinischen Vereins am 6ten November gehaltenen Vortrage. Die einschlägigen Demonstrationen und daran geknüpften Bemerkungen sind in dem Folgenden nicht wiedergegeben.

Fache vorgeht, er muss, wenn er auch nicht selber auf dem ganzen Gebiete der Medizin mit activer Hilfe eintreten kann (denn das ist bei der heutigen Entwicklung des Faches nicht mehr möglich), Kenntniss davon haben, in welcher Richtung er das Heil für seinen Kranken zu suchen hat. Gerade das aber möchte ich als eine Hauptaufgabe eines Vereins wie der unsrige betrachten, dass wir in Allem, was die praktische Seite unseres Faches betrifft, uns gegenseitig Belehrung und Anregung zu geben suchen, und es kann nicht fehlen, dass bei der richtigen Handhabung eines Themas wie das heutige, etwas Erspriessliches heraus kommt.

Wir Deutschen dürfen wohl mit Stolz die Errungenschaften auf dem Gebiete der Nieren-Chirurgie als ein Verdienst hauptsächlich der deutschen Medizin betrachten. Es war der vortreffliche, leider zu früh verstorbene Chirurg SIMON, welcher vor mehr als 20 Jahren in zielbewusster und klarer Weise nach diesem neuen Forschungsgebiete die Wege bahnte. Sein Werk über die Chirurgie der Nieren, erschienen im Jahre 1871, ist ein Markstein in der Entwicklung der Chirurgie. Ein Werk, gründlich, ehrlich von einer genialen Beanlagung für die praktischen Aufgaben der Medizin zeugend, eine Arbeit, von dauerndem Werth. Und wie fruchtbringend ist diese Arbeit gewesen. Schon jetzt ist die Nierenchirurgie ein grosses und wichtiges Kapitel, welches dem Arzte manche lohnende, reizvolle Aufgabe bietet; ein Gebiet, auf welchem wir heute für viele Kranke Heil finden, welche in dem Dunkel früherer Jahrzehnte dem Tode geweiht waren.

Es ist natürlich, dass innerhalb desselben dem Chirurgen oft genug Fragen aufstossen, welche an die innere Medizin heranstreifen; ist es doch erst kurze Zeit her, dass letztere hier fast ausschliesslich herrschte. Gegenseitige Ergänzung und möglichste Verständigung über die Grenzlinie der Therapie ist daher sehr wünschenswerth und Sie werden aus dem Vortrage von Dr. WEBER auf der letzten Versammlung entnommen haben, dass in manchen Fällen die innere Therapie noch relative Erfolge aufzuweisen vermag, wo chirurgisches Handeln nicht mehr in Frage kommen kann.

Ich glaube, dass wir bei der Behandlung unseres Themas am Weitersten kommen, wenn wir der Reihe nach diejenigen Erkrankungen durchgehen, bei denen chirurgische Hilfe in Frage kommen kann und uns darüber klar zu werden suchen, unter welchen Umständen sie indicirt ist. Es ist von vorne herein darauf hinzuweisen, dass bei der functionellen Wichtigkeit der Nieren die Nothwendigkeit vorliegt, den Zustand der zweiten Niere in Erwägung zu ziehen, zumal bei einer Anzahl der in Betracht kommenden Erkrankungsformen die Betheiligung beider Nieren im Bereich der Möglichkeit oder selbst Wahrscheinlichkeit liegt. Der chirurgische Eingriff soll unter allen Umständen so viel functionsfähige Nierensubstanz sichern, dass das Bedürfniss des Organismus dabei gedeckt ist.

1. Verletzungen. Dieselben können in einem grossen Procentsatz der Fälle expectativ behandelt werden. Es ist daran zu erinnern,

dass das übrigens gesunde Nierengewebe ein grosses Reparationsvermögen hat.

Sofortiges chirurgisches Eingreifen kann indicirt sein durch Blutung. In Ausnahmefällen kann hierbei Blut im Urin fehlen, wenn nämlich der Ureter quer abgerissen ist. Auch kann in Folge der Verletzung die Hauptarterie thrombosiren und der Urin blutfrei werden. Die Niere geht hierbei in Necrose über.

Die entzündlichen Processe, welche nach TRAUMEN im weiteren Verlauf eintreten, werden gleichfalls nach ihrer Dignität chirurgische Hilfe erfordern, meistens in der Form des Lendenschnittes, welchem sich dann eventuell die Exstirpation der Niere anzuschliessen hat. In den Fällen von schwerer, stumpfer Gewalt und Schussverletzungen liegen gelegentlich Complicationen vor, (Schock, Verletzung anderer wichtiger Organe) welche ein chirurgisches Eingreifen ausser Frage stellen.

Ich habe einen Fall beobachtet, in welchem in Folge querer Durchreissung beider Nieren der Tod durch Verblutung eintrat. Der betreffende Patient war von einem schweren Lastwagen gegen ein Brückengeländer gequetscht worden.

In zwei anderen Fällen, welche ich consultativ sah, war es in Folge von Nierenruptur zu Vereiterungen im perinephrischen Gewebe gekommen, welche den Lendenschnitt erforderten. In beiden Fällen trat Genesung ein. Die Litteratur dieses Capitels bietet eine sehr interessante Casuistik. BARDENHEUER erwähnt einen Fall von Abstossung des unteren Endes der Niere durch eine Wagendeichsel. Dasselbe nekrotisirte. Nach seiner Entfernung durch Nephrotomie trat Genesung ein.

Es sei auch gestattet, daran zu erinnern, dass Patienten mit Blutergüssen im perinephrischen Zellgewebe fiebern können in Folge der Resorption grösserer Mengen von Haemoglobin, welches nach den Untersuchungen von v. BERGMANN und ANGERER als pyrogene Noxe wirkt.

2. Tumoren. Wir haben bis jetzt kein sicheres Mittel, durch innere Medicationen Tumoren zum Schwunde zu bringen, es sei denn, dass sich gemäss den Publicationen von Dr. COLEY in New York gegen Sarcom die Injection der Toxine des Streptococcus Erysipelas wirksam erweisen sollte. Jedenfalls fordert dieses, durch klinische Beobachtungen gestützte Verfahren, welches zudem neueren Forschungen über die Specificität auch gewisser Geschwulstformen zu entsprechen scheint, zur Nachahmung auf. Gegenüber den schnell wachsenden und besonders bösartigen Nieren-Sarcomen der Kinder, welche meist zu spät erkannt werden, um erfolgreiches operatives Eingreifen zu gestatten, wäre damit eine sehr werthvolle Bereicherung unserer Nierentherapie gewonnen. Im Allgemeinen hat die Regel zu gelten, dass Nierentumoren möglichst frühe chirurgische Behandlung indiciren. In zweifelhaften Fällen soll durch den probatorischen Einschnitt die Diagnose gesichert und nach dem Befunde gehandelt werden. Ob

dabei von der Lumbalgegend oder durch den Peritonealraum hindurch vorzugehen ist, entscheidet die Eigenthümlichkeit des Falles.

Im Allgemeinen werden sehr grosse Geschwülste die Laparotomie indiciren, doch lassen sich auch Tumoren erheblicher Grösse durch Operation von der Lendengegend her, eventuell mit Entfernung einer oder mehrerer Rippen, erfolgreich entfernen. Ich operirte in drei Fällen mit Neubildung ohne einen Todesfall.

Der letzte dieser Fälle ist allerdings erst vor 3-4 Wochen operirt, aber als definitiv convalescent zu betrachten. In dem ersten Falle mussten carcinomatöse Drüsenpacketé zurückgelassen werden. Die Patientin erlag 8 Monate danach einer allgemeinen Carcinose. Die Operation hatte wenigstens den Effect, dass die Patientin von ihren quälenden Nierenkoliken in Folge der manchmal recht reichlichen Blutungen befreit war.

Demonstration der auf die beiden anderen Fälle bezüglichen Präparate. In beiden Fällen hatte sich die Geschwulst vom oberen Drittel der Niere entwickelt und reichte hoch hinauf gegen das Zwerchfell. Rippenresection musste in beiden Fällen zu Hilfe genommen werden. In dem einen Falle handelte es sich um ein Carcinom. Hier hatten starke Blutungen und Schmerzen (Nierenkoliken) sowie zunehmende Anaemie den Patienten veranlasst, ärztlichen Rath aufzusuchen. Der andere Fall ist klinisch hoch interessant. Ich sah ihn schon vor Jahren gemeinsam mit Collegen SCHLEGEL und wir kamen auf Grund der Symptome, nämlich wiederholter Anfälle von Nierenkolik, schon seit etwa 10 Jahren, Blutungen, Eiter im Urin und einer, wenn auch nicht erheblichen, doch deutlichen Volumszunahme der rechten Niere zu dem Schluss, dass es sich um eine Steinniere handeln müsste. Dem Patienten wurde damals der probatorische Lendenschnitt vorgeschlagen, doch ging er nicht darauf ein, weil sich sein Zustand besserte. Aehnliche Anfälle blieben aber nicht aus. Schliesslich kam es vor etwa sechs Wochen zu einem sehr heftigen Anfall, bei welchem die Erscheinungen der Occlusion des Ureters im Vordergrunde standen. Der Patient fieberte, hatte einen ausserordentlich beschleunigten Puls, klagte über quälenden Schmerz in der rechten Nierengegend, wo man wegen der starken Spannung des Abdomens nur undeutlich eine Geschwulst fühlen konnte. Wiederholt waren Frösteln, selbst stärkere Fröste und starke Schweisse dagewesen.

Der Lendenschnitt ergab zunächst verschiedene Eiterheerde in der Niere, nach Eröffnung des Nierenbeckens aber eine sehr heftige Blutung. Der eingeführte Finger beförderte mehrere weiche, succulente Gewebstücke heraus, welche gestielt, polypenartig aufgesessen hatten. Die Blutung war dabei so stark, dass nach Tamponade von weiterem Vorgehen bei dem ohnehin reducirten Zustand des Patienten Abstand genommen werden musste. Im Laufe der nächsten Woche traten wiederholt kleine Nachblutungen auf, welche zu einem radicalen Eingriff drängten. Derselbe wurde am 13. October ausgeführt und lieferte nach Resection der letzten, ziemlich stark entwickelten Rippe

dieses Präparat, welches sie hier sehen. Mikroskopisch handelt es sich, wie es scheint um ein sehr gefässreiches Leyomyom. Der Tumor, bei seiner Entfernung fast kindskopfgross, hatte hoch oben einen kolbigen Fortsatz gegen die Wirbelsäule, dessen Entwicklung äusserst mühsam war. Sie sehen, dass an einzelnen Stellen weiche Geschwulstfortsätze polypenartig in das Nierenbecken hineingewachsen sind. Vermuthlich hatte die Ablösung einer solchen Masse und ihre Festkeilung im Ureter den letzten heftigen Anfall veranlasst. Der Ureter zeigte sich etwa 5 Zoll vom Nierenbecken entfernt unwegsam, auch gegenüber späteren Sondirungsversuchen innerhalb der ersten Woche nach der Operation. Ursprünglich handelte es sich in diesem Falle vermuthlich um ein Myxom, welches eine myxomatöse Degeneration erfahren hat. An verschiedenen Stellen lässt sich Myxom-Gewebe nachweisen. Die polypösen Massen aus dem Nierenbecken machten mikroskopisch den Eindruck der gewöhnlichen Nasenpolypen.

Auf die verschiedenen Geschwulstarten, welche in der Niere und von ihrer Kapsel ausgehend vorkommen, möchte ich nicht eingehen. Die gutartigen Geschwülste werden, sobald sie Beschwerden oder Funktionsstörungen veranlassen, zweifellos die Indication zur radicalen Entfernung geben. In seltenen Fällen ist es möglich gewesen, kleinere circumscripte Geschwülste aus der Niere mit Erhaltung des Organs zu exstirpiren. In Bezug auf die Genese der Nierengeschwülste ist ein interessanter Beitrag von GRAWITZ geliefert worden (Chirurgen-Congress 1884), welcher das häufige Vorkommen von verirrten Nebennieren-Strumen, wie er sie nennt, in den verschiedenen Schichten der Niere nachgewiesen hat.

3. **Hydronephrose.** Man beobachtet Fälle dieses Leidens, in denen der Umfang der Geschwulst wechselt, also gelegentlich Entleerungen stattfinden, die Beschwerden im Ganzen gering sind und die Patienten sich einer leidlichen Gesundheit erfreuen, selbst wenn beide Nieren ergriffen sind. In der Regel machen die Hydronephrosen erst dann Beschwerden, wenn sie in höherem Grade raumbeschränkend wirken und auch dann erst sind sie Gegenstand chirurgischer Behandlung.

Inwieweit der Katheterismus des Nierenbeckens nach KELLY in Baltimore als therapeutisches Hilfsmittel einen Werth hat, muss weitere Erfahrung entscheiden. Diagnostisch ist dieses Verfahren jedenfalls von hohem Werth, da es gestattet, den Urin beider Nieren gesondert aufzufangen und sich damit ein sicheres Urtheil über die Beschaffenheit der zweiten Niere zu verschaffen.\* Auch die Ureteroplastie nach FENGER und die Einnähung des Ureters an einem abhän-

---

\* Anmerkung. Neuerdings führt KELLY Cystoskopie und Katheterismus der Ureteren beim Weibe nach Dilation der Urethra in der Beckenhochlage aus. Hierbei entfaltet sich die Blase, und ihre Oberfläche kann bequem bei reflectirtem Licht übersehen werden. Auch die Ureteren-Oeffnungen kann man einstellen und die Ureteren katheterisiren; ein vortreffliches Verfahren.

gigen Punkte des Sackes nach KUESTER sind werthvolle Massnahmen in konservativem Sinne. Die Punktion ist ein rein palliatives Verfahren. In Fällen, in denen die andere Niere gesund ist, ist die Exstirpation der Geschwulst angezeigt. Anderenfalls wird man es mit der Anlegung einer Nierenbeckenfistel bewenden lassen müssen.

Paranephrische Cysten, Echinococcen müssen gleichfalls nach chirurgischen Grundsätzen behandelt werden, sobald sie Beschwerden verursachen.

4. Lageveränderungen. Wandernieren geben nur dann die Indication zu chirurgischen Eingriffen, wenn es nicht gelingt, durch zweckmässige Bandagen, tonisirende Behandlung, Mastkuren, die Beschwerden zu mildern.

In solchen Fällen ist die Nierenfixation indicirt, eine einfache und gefahrlose Operation. Gleichwohl habe ich dieselbe in den zahlreichen Fällen von Wandernieren, welche ich zu sehen Gelegenheit hatte, nur zweimal auszuführen Gelegenheit gehabt. Die meisten Patienten entschliessen sich wegen der durchschnittlichen Erträglichkeit des Leidens schwer dazu. Heftige und ernste Zufälle können veranlasst werden durch eine Stieldrehung der Niere. Fühlbarer Tumor, Fieber, selbst Schüttelfrost, Erbrechen. In einem derartigen Falle, welchen ich beobachtet habe, trat spontane Besserung ein.

5. Nierensteine. Die Fälle von Nephrolithiasis, in denen die Patienten trotz gelegentlicher Entwicklung grosser Steine ein höheres Alter erreichen, sind nicht so gar selten. Man hat hie und da bei Todesfällen aus anderer Ursache Nierensteine gefunden, welche intra vitam gar keine oder sehr geringe Beschwerden verursacht hatten. Seinerzeit hat Dr. WEBER in dieser Gesellschaft einen kolossalen Nierenstein demonstrirt, welcher dieser Kategorie angehört. Andererseits sind auch Spontanheilungen, so lange die Concermente nicht zu gross sind, nichts Aussergewöhnliches. Ich verfüge über eine Anzahl von Beobachtungen, welche dies illustriren könnten. Auch ein geschätztes Mitglied dieser Gesellschaft gehört unter diese Kategorie. In seinem Falle hatte der Abgang eines über bohngrossen Oxalsteines den Schwund aller Beschwerden zur Folge. Man kann daher nicht sagen, dass das Nierensteinleiden eo ipso einen chirurgischen Eingriff indicirt, sondern es kommt dabei auf das Mass des Leidens respective auf die consecutiven Störungen an. Den Letzteren soll man für alle Fälle keine bedenkliche Entwicklung gestatten, um so mehr, als bekanntermassen die Disposition für Steinbildung nicht selten beiden Nieren eigen ist und die entzündlichen Veränderungen sich leicht bei längerem Bestande auch auf die andere Niere erstrecken können. Glatte, fest liegende Steine, machen begreiflicherweise meistens weniger Beschwerden, als rauhe und kleine bewegliche, welche sich leicht verschieben und einkeilen. Für die Indication kommt in Betracht, dass die Nephrolithotomie, bei relativ gut erhaltener Niere ausgeführt, eine sehr gute durchschnittliche Prognose giebt. Auf diesem Gebiet hat die moderne konservative Chirurgie in



der That viele schöne Erfolge aufzuweisen. Unter Umständen kann durch das Steinleiden in der Complication mit Pyonephrose eine solche Degeneration des Organs gegeben sein, dass dessen Entfernung für die Herstellung unerlässlich ist. In solchen Fällen ist die Gewissheit über den Zustand der anderen Nieren höchst wünschenswerth. Von den vielerlei Vorschlägen zu diesem Behuf würde ich, falls die Cystoskopie kein positives Resultat ergiebt, beim Weibe die Katheterisirung des Nierenbeckens nach KELLY, beim Manne den probatorischen Lumbarschnitt der anderen Seite für die besten Verfahren halten. Ich habe einmal nach dem Vorschlage von JVERSEN vom hohen Blasenschnitt aus den Katheterismus der Ureteren ausgeführt, finde aber, dass dies Verfahren nicht weniger eingreifend, namentlich auch unbequem für die Nachbehandlung ist, als der Nierenbeckenschnitt. Dass unter Umständen auch die Naht des Nierenbeckens eine prima Heilung erzielt, habe ich selbst erfahren. Zudem bietet die Inspektion der Niere doch einen Vorthail, welcher bei der Katheterisirung von der Blase aus entfällt. Aus dem Vortrage des Collegen WEBER in der vorigen Sitzung haben Sie schon ersehen, dass es Fälle geben kann, in denen bei vorgeschrittener Nierenerkrankung Complicationen (Herz- und Lungen-Leiden) einen chirurgischen Eingriff verbieten und durch eine rationelle Therapie die Kranken doch bei erträglichem Wohlbefinden erhalten werden können.

Ich habe die Nephrolithotomie sechs Mal an vier Patienten, bei zweien also doppelseitig, ausgeführt. Drei von diesen Patienten sind genesen und leben meines Wissens noch. In dem vierten Falle handelte es sich um kolossale verzweigte Steine in beiden Nieren, welche Sie hier sehen. Trotz dem beide Nieren vereitert waren, hatte die Pat. in einer langen Reihe von Jahren, während welcher, nach den gelegentlich auftretenden Schmerzen zu urtheilen, das Leiden bereits bestanden hatte, im Ganzen sehr wenig gelitten. Die acute Vereiterung der ausgedehnten Nierensäcke brachte sie in meine Beobachtung. Sie überstand die Operation auf der einen Seite relativ gut, erlag aber wenige Tage nach der Operation auf der anderen Seite einer schweren Urosepsis. Auf dieser Seite erwies sich die Steinniere als verjaucht.

Dass ich in mehreren Fällen in der Erwartung, den Symptomen nach Stein zu finden, den probatorischen Nierenschnitt nach dieser Richtung mit negativem Resultat gemacht habe, will ich nicht unerwähnt lassen.

Ich verweise bei dieser Gelegenheit auf einen sehr interessanten Artikel von HENRY MORRIS (Brit. Med. Journ., 1892), welcher in nicht weniger als 28 Fällen von Nephrolithotomie keinen Stein fand. Aus diesem Aufsatz ist zu ersehen, wie mannigfache Erkrankungen zu Fehlschlüssen auf Steinkrankheit führen können. In der Mehrzahl der Fälle aber deckte die Operation krankhafte Zustände auf, welche der chirurgischen Therapie gegenüber sich als sehr dankbar erwiesen, und man kann dem Verfasser nur beipflichten, wenn er der Probeincision, einer an sich ja ungefährlichen Operation, möglichst weite Grenzen zieht. Ein absolut sicheres Symptom für Nephrolithiasis

haben wir eben nicht, ausser wenn es gelingt, den Stein zu fühlen, entweder durch die Palpation an einem weichen Crepitus, wie mir das einmal gelang, oder vermitteltst der Acupunctur-Nadel. Selbst der frühere Abgang von Steinen hat nur relativen Werth. Es kann sich um Folgezustände mit den gleichen oder ähnlichen Symptomen handeln.

Die Technik der Nephrolithotomie gehört nicht in den Rahmen unserer Betrachtungen.

#### 6. Die Eiterungsprocesse in der Niere und in ihrer Umgebung.

Von diesen möchte ich zunächst *a)* die tuberculösen Erkrankungen gesondert betrachten. Den neueren Untersuchungsmethoden und der ausgedehnteren chirurgischen Auffassung im Gebiet der Nierenkrankheiten war es vorbehalten, das relativ häufige Vorkommen tuberculöser Affectionen der Nieren nachzuweisen, und zwar hat man im Wesentlichen zwei Formen derselben zu unterscheiden. In annähernd zwei Dritteln der Fälle handelt es sich um eine Urogenital-Tuberculose, welche secundär von Heerden in anderen Körpergegenden entstanden ist. Besonders Knochenheerde scheinen nach HEIBERG häufig die primäre Ursache abzugeben. Diese Urogenitaltuberculose fängt meist in den Nieren an und schreitet abwärts.

In einem Drittel der Fälle handelt es sich um eine primäre Urogenitaltuberculose. Diese fängt meist peripher an und schreitet von der Prostata oder Blase aus aufwärts. In einer geringen Minorität aber ist, wie ISRAEL und STEINTHAL nachgewiesen haben, der primäre Angriffspunkt dieser Form der Tuberculose in einer Niere gelegen.

Es wird Ihnen sofort einleuchten, dass im Ganzen nur wenige Fälle von Nierentuberculose einer wirksamen chirurgischen Therapie zugänglich sein werden, denn meistens werden so erhebliche Complicationen, innerhalb des Urogenital-Apparats oder ausserhalb, vorliegen, dass wir auf keine durchgreifenden Erfolge rechnen können. Zudem wird die Diagnose meist relativ spät gemacht und in manchen Fällen der günstige Zeitpunkt versäumt. Der Nachweis von Tuberkelbacillen, welcher die Natur des Leidens ausser Frage stellt, gelingt erfahrungsmässig in manchen Fällen trotz wiederholten Suchens nicht. Das Auftreten von Blut, Eiter, Faserstoffklümpchen ist auch anderen Erkrankungen eigen. Koliken und Retentionszustände beruhen auf mechanischen Ursachen verschiedener Art. Um so wünschenswerther ist es, in verdächtigen und zweifelhaften Fällen durch fortgesetzte Beobachtung und wiederholte Untersuchung möglichst die Diagnose festzustellen, eventuell, wenn erforderlich, durch eine Probeincision. So lange keine schwereren Complicationen vorhanden sind, erweist sich die Nierentuberculose erfolgreichen chirurgischen Eingriffen durchaus zugänglich und, obwohl bis jetzt die Zahl der Fälle keine grosse ist, in denen es gelang, isolirte tuberculöse Nierenheerde mit Erhaltung des Organs zu operiren, sind dieselben doch ermunternd und beweisend genug, um hier einer rationellen Localtherapie in mög-

lichst frühem Stadium das Wort zu reden. MORRIS erwähnt einen Fall, in welchem nach Auskratzung und Jodoformtamponade einiger Heerde Heilung eintrat, und die Zahl der Nephrotomieen, welche in geeigneten Fällen von Nierentuberculose anscheinend zur völligen Genesung geführt haben, ist eine recht bedeutende. Zu betonen ist die Rathsamkeit einer zweckmässigen Allgemeinbehandlung. Es scheint, dass hier das auch von Dr. WEBER empfohlene Kreosot am Platze ist. Ebenso Guajacol, welches ja auch gegen chirurgische Tuberculose als wirksam angepriesen worden ist.

Ich selber habe in zwei Fällen von vorgeschrittener Nierentuberculose die Nephrectomie gemacht, in dem zweiten Falle nach vorausgeschickter Nephrotomie. Beide Patienten erlagen in der 3ten, resp. 4ten Woche. Es erwies sich, dass der tuberculöse Process in anderen Theilen des Urogenital-Apparates bereits zu weit vorgeschritten war, um eine Erholung des Patienten zu gestatten. In dem letzten Falle bestand auch Lungentuberculose. Eine Probepunction der einen Niere ergab Eiter, welcher reichlich Tuberkelbacillen enthielt. Die Nephrotomie erwies das Organ ausgiebig zerstört. Iodoformbehandlung erwies sich als erfolglos. Unter dem starken Eiterverlust und hektischen Fieber kam Patient mehr herunter. Da der nur durch die Blase abgesonderte Urin erheblich besser war, also auf einen besseren Zustand der anderen Niere hinwies, wurde etwa 14 Tage später die Nephrectomie ausgeführt und dieser Eingriff relativ gut vertragen. Die Wunde zeigte indessen fast gar kein Reparationsvermögen. Patient bekam dazu eine Thrombose des Beines der anderen Seite und starb etwa 3—4 Wochen nach der Nephrectomie an zunehmender Entkräftung.

Demonstration des Präparates,

b. die nicht tuberculösen Eiterungen der Niere.

Hier sind klinisch zwei Formen zu unterscheiden. Erstens die typische Pyonephrose, bei welcher die Niere in der Regel einen grossen buchtigen Eitersack darstellt, in dessen Wand das secernirende Nierengewebe mehr oder weniger zu Grunde gegangen ist. Eine Anzahl dieser Fälle sind in Vereiterung übergegangene Hydronephrosen. Ich habe mehrere Fälle beobachtet, in denen diese Genese wahrscheinlich war und einen, in dem ich eine Reihe von Jahren vorher durch eine Probepunction die Hydronephrose festgestellt hatte.

In der zweiten Form entwickelt sich die Eiterniere anscheinend aus disseminirten Abscessen in dem Nierengewebe selber, welche confluirten, so dass schliesslich das ganze Organ von einer grossen Anzahl oft von einander abgeschlossener Eitercysten zusammengesetzt scheint. Nicht selten liegen als causales Moment periphere Schädigungen zu Grunde, nicht selten die Complication mit Stein.

In diesen Fällen ist von besonderer Wichtigkeit wieder die Feststellung des Zustandes der anderen Niere und die Cystoscopy unter Umständen ein besonders werthvolles diagnostisches Hilfsmittel.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit die Frage berühren, inwieweit die Betheiligung der anderen Niere eine Contraindication gegen die

Nephrectomie bildet. Nach meiner klinischen Erfahrung lässt sich hier eine absolute Contraindication nicht aufstellen. Es kommt lediglich darauf an, ob die vorwiegend erkrankte Seite überhaupt noch eine Bedeutung als Urin secernirendes Organ hat oder nur mehr als schädigende Zugabe auf den Organismus wirkt. Ist letzteres der Fall, so wird theoretisch gedacht der Patient ohne diese Niere sich jedenfalls unter besseren Lebensbedingungen befinden und praktisch kommt es nur darauf an, ob er im Stande ist, die hierzu nothwendige Operation durchzumachen. Im Allgemeinen wird eine vorausgeschickte Nephrectomie als Voract der Nephrectomie von Vortheil sein. Die letztere kann durch die Abnahme des Volumens der Niere technisch erleichtert und durch eine Besserung des Allgemeinbefindens des Patienten weniger gefährlich gemacht werden. In zweien meiner Fälle sah ich sogar nach der Nephrectomie Heilung eintreten. Ob dieselbe von Bestand gewesen, weiss ich nicht. Der eine davon contraindicirte wegen nachweislicher erheblicher Betheiligung der anderen Seite die Radical-Operation. Drei weitere Patienten behielten Fisteln zurück. Zwei von ihnen gehen ihrer Beschäftigung nach. Die sehr geringe eiterige Secretion beeinträchtigt ihr Befinden so gut wie gar nicht. In dem dritten Falle trat mehrere Jahre später unter den Erscheinungen des Hydrops und Anasarca der Tod ein. Hier war auch die andere Niere befallen.

In 11 Fällen wurde die Nephrectomie ausgeführt. Neun dieser Patienten sind noch am Leben und ganz gesund oder insoweit, als es die Erkrankung der anderen Niere gestattet. In den beiden anderen Fällen, den beiden ersten, welche ich operirt habe, war der Tod Folge der Operation. In dem ersten, anlässlich des Fehlers einer functionirenden zweiten Niere, in dem anderen in Folge an septischer Peritonitis durch Infection nach Anreissen des Peritoneums während der Operation. In Ganzen ergibt mir die Nephrectomie eine Casuistik von 4 Todesfällen auf 16 Operationen, also eine Mortalität von 25 Proc. Es darf aber betont werden, dass die Fälle von Tuberculose, welche mehr verzweifelte Versuche der Lebensverlängerung waren, nicht eigentlich in Folge der Operation gestorben sind.

Jedenfalls mögen Sie aus diesen Daten die Ueberzeugung gewinnen, dass die heutige Nieren-Chirurgie uns Mittel in die Hand giebt, manches Menschenleben zu erhalten, welches man vor zwanzig Jahren für rettungslos verloren angesehen hätte.

Die parinephrischen Eiterungen gehören ausnahmslos in die Domäne der Chirurgie. Auch sie bieten practisch manche Varianten, doch ist es nicht nöthig, hier vom Standpunkte der Therapie aus näher darauf einzugehen.

7. Zum Schluss möchte ich kurz die sogenannte Neuralgie der Nieren berühren. Man beobachtet Fälle, in denen anfallsweise sehr heftige Schmerzen auftreten, welche meistens von einer Niere gegen die Genitalien oder den Oberschenkel hin ausstrahlen. Der Urin enthält dabei meist Spuren von Eiweiss und Blut, gelegentlich ist letzteres

etwas reichlicher vorhanden. Erheblichere krankhafte Veränderungen des Parenchyms fehlen dabei. In einer Anzahl der Fälle scheint eine gewisse Nachgiebigkeit und Rigidität der Kapsel die Ursache für die Beschwerden abzugeben, indem nämlich bei Volumszunahme des Organs durch vermehrte Blutfülle eine Raumbeschränkung eintritt. MORRIS führt mehrere Fälle an, in denen das perinephrische Gewebe verdickt und adhärent war und eine ausgiebige Lösung desselben die Beschwerden beseitigte. TIFFANY excidirte eine Narbe (vielleicht gummosen Ursprungs) und erreichte Besserung.

Ich selber habe einmal in der Erwartung einen Stein zu finden, eine solche Niere bloßgelegt, fand sie aber anscheinend ganz gesund und keinen Stein enthaltend. Die Anfälle blieben sechs Monate lang aus. Dann traten sie wieder auf. Der Patient ist seitdem, (es war das vor 6 oder 7 Jahren) über 60 Jahre alt geworden, ohne in seinem Allgemeinzustande eine merkliche Verschlechterung aufzuweisen. Er gab an, einmal eine reichliche Blutung gehabt zu haben. Blasensymptome fehlten bei ihm ganz.

Ich glaube hiemit, meine Herren die wesentlichsten Punkte berührt zu haben, an denen die chirurgische Therapie der Nieren einzusetzen hat resp. sich mit der inneren Behandlung berührt. Selbstverständlich konnte dies nur cursorisch geschehen und Sie haben gewiss auch nicht erwartet, eine eingehende und gelehrte Abhandlung über ein so grosses Thema bei dieser Gelegenheit zu hören. Sollte Ihnen aber in dem Gesagten hie und da ein Wink für die Praxis annehmbar erscheinen, so würde ich den Zweck dieses Beitrages zu unserer Discussion erreicht sehen.

Die Beifügung meiner persönlichen Erfahrungen mögen Sie meinem Bestreben zu gute halten, dem Stoff damit eine etwas lebhaftere Behandlung angedeihen zu lassen.

## II.

## Ueber die Grenzen der medicinischen und chirurgischen Behandlung bei Nierenkrankheiten.\*

Von

Dr. WILLY MEYER.

New York.

Herr Präsident und meine Herren!

Nach der erschöpfenden und interessanten und mehr den Kapiteln der speziellen Chirurgie folgenden Besprechung des vorliegenden Themas seitens des Kollegen LANGE möchte ich mir gestatten, die Frage, soweit ich dies vermag, vom, ich möchte sagen, allgemein-chirurgischen Standpunkte aus zu beleuchten.

Gar Mancher unter uns, der heute zum zweiten Male hier erschienen ist, um beizuwohnen oder theilzunehmen an der „Discussion über die Grenzen der medicinischen und chirurgischen Behandlung bei Nierenkrankheiten“, hat sich gewiss gefragt: welcher Nutzen kann mir eigentlich erwachsen aus der Besprechung eines so enorm grossen, so ausserordentlich schwierigen Themas, einer Besprechung, die doch aus natürlichen Gründen nur eine kurze Spanne Zeit in Anspruch nehmen kann? Sicherlich ist eine solche Frage zum Theil berechtigt. Und doch glaube ich, kann der Nutzen für die leidende Menschheit indirekt ein grosser sein. Denn nothgedrungen muss sich die Discussion über die Frage: Wo ist die Grenze, wo ist die „Grenzlinie“ zu ziehen zwischen medicinischer und chirurgischer Behandlung bei Nierenkrankheiten? zuspitzen zu der grundlegenden Frage: „Welche“ Krankheit besteht in dem gegebenen Falle, wo ich entscheiden soll, ob die Hilfsmittel der inneren Medizin oder das Messer des Chirurgen am schnellsten Besserung oder gar Heilung bringen kann, und „wo“ besteht die Krankheit? Liegt überhaupt eine Nierenkrankheit vor, und wenn, sind beide Nieren erkrankt oder nur eine, und dann, welche? Es muss sich also, vom allgemein chirurgischen Standpunkte aus gesehen, die uns zur Discussion gestellte Frage mit Einem Worte zuspitzen zu der: „der Möglichkeit einer exacten Diagnose“. Wissen wir in dem speciellen Falle, um was es sich handelt, und können wir es auch nur mit einem gewissen Grade von Wahrscheinlichkeit bestimmen, so wird die Entscheidung meist nicht schwer fallen, welchem Gebiete der Medizin die Behandlung des Leidens zuzuweisen ist.†)

Machen wir uns zunächst klar, welche gröberen objektiven Krankheitssymptome uns zunächst dabei leiten werden. Nothgedrungen ist es nächst der Quantität des gelassenen Urins (Residualharn bei Pros-

\* Vorgetragen als Theil der Discussion über obiges Thema in der Sitzung der Deutschen medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 6. November 1893.

†) Ich sehe im Folgenden ab von der Diagnose der Wanderniere und der seltenen Nephralgie.

tata-Hypertrophie!) vor Allem „mikroskopisch“ die Farbe und Durchsichtigkeit des gelassenen Harns: Derselbe ist ungetrübt klar, oder er ist getrübt, das heisst blutig oder schleim-eiterhaltig oder beides zugleich.

Dass die chronische Nierenentzündung (die sog. Bright'sche Nieren-erkrankung), dass die nervöse und diabetische Polyurie, dass die Phosphaturie, die harnsaure Diathese (allgemein gesprochen), etc., in das Gebiet der inneren Medicin gehören, ist seit Alters her bekannt und wird ewig so bleiben. In allen diesen Fällen ist der frisch gelassene Harn gewöhnlich klar. Ist er getrübt, so hat uns die Chemie und Physik wohlbekannte Hilfsmittel gegeben, um zu entdecken, ob wir ihn klar machen können. Man wird demgemäss nicht fehl gehen, wenn man im Allgemeinen den Satz aufstellt: Es tritt die Entscheidung der Frage, welchem Gebiete ist die Behandlung einer vorliegenden Krankheit des uropoëtischen Systems zuzuweisen, an den Doktor in allen den Fällen heran, in welchen der frischgelassene Harn „nicht klar“ ist, respektive nicht klar gemacht werden kann.

Und wenn er nun getrübt ist? Können wir in der grösseren Zahl von einschlägigen Krankheitsfällen eine ganz exacte Diagnose stellen?

Nur 5 Jahre zurück war es um die Aufklärung eines solchen Falles meist schlecht bestellt.

Sicherlich lieferte (und liefert uns noch heute) die genaue chemische und mikroskopische Harnanalyse den werthvollsten Aufschluss. Häufig gelingt es bei Blasenkrankheiten, incl. Prostata, mit dem Katheterismus, der einfachen Rektalpalpation und der bimanuellen Untersuchung, den Sitz des Leidens und das Leiden selbst genau zu bestimmen. Aber bei Nierenerkrankungen! Wer und was gab uns eine „bestimmte“ Antwort auf die schon oben gestellten Fragen: Sind die Nieren im chirurgischen Sinne (Blut, Schleim-Eiter im Harn) erkrankt, sind es beide oder nur eine, und dann welche?

Mit einem Schlage ist hier Licht geworden, seitdem Nitze sein Cystoskop zu allgemeinem Gebrauche fertig stellte und in den Handel brachte. Wo man sich früher in vielen Fällen nach gewissenhafter Erschöpfung aller zu Gebote stehenden Hilfsmittel als ehrlicher Arzt sagen musste; „Ich weiss nicht, wo ich das Uebel lokalisiren soll,“ da hat das Cystoskop Licht gebracht. Es hat im wahrsten Sinne des Wortes eine helle Leuchte getragen in dieses früher so dunkle Gebiet der Erkrankungen der Harnwege. Unsere Diagnosen sind in den allermeisten Fällen vom einfachen, unsicheren Errathen auf eine feste, wissenschaftliche, exacte Basis gestellt. Was wir gesehen haben, das wissen wir. Nicht umsonst haben die von der Chirurgie allmählich abgezweigten Specialfächer, die Augen- und Ohrenheilkunde, die Rhinologie, Laryngologie, etc., in den letzten Decennien so enorme Fortschritte gemacht. Die Spiegeluntersuchung hat unserem Gesichtssinne den Eintritt verschafft. Dasselbe hat die Cystoskopie für die Blasen-Nierenkrankheiten mit sich gebracht. Kollege Lange hat der durch die Cystoskopie angebahnten Fortschritte heute Abend schon

mehrfach rühmend gedacht. Ich darf es und möchte es wiederholen : „Das Cystoskop ermöglicht uns in den allermeisten Fällen, mit Hilfe sämtlicher früher bekannten und geübten Untersuchungsmethoden des vorliegenden Krankheitsgebiets, sowohl die Natur der Krankheit festzustellen als auch sie zu lokalisiren.“

Fürchten Sie nicht, Herr Präsident und meine Herren, dass ich Ihnen heute Abend einen längeren Vortrag über den bekannten und längst anerkannten Werth der Cystoskopie zu geben beabsichtige. Ich möchte nur noch einmal betonen und an ein paar Beispielen zu erläutern versuchen, dass wir mit ihrer Hilfe heute in der That in den Stand gesetzt sind, auch die scheinbar dunkelsten Fälle aufzuklären.

Dass heutzutage der gewissenhafte Arzt in jedem Falle einer spontanen, schmerzlosen, und auch der mit Schmerzen einhergehenden Hämaturie, vor Allem aber bei einer sogenannten „symptomlosen,“ rekurrirenden, sich die Mühe geben wird, baldmöglichst die Quelle der Blutung festzustellen oder feststellen zu lassen, darf wohl angenommen werden. Selbst wenn der Arzt nachlässig genug wäre, es zu verabsäumen : der durch das Blut geängstigte Patient lässt ihm gewöhnlich keine Ruhe. Er wünscht einen sicheren Bescheid. Dass wir das mit Hilfe der Cystoskopie in der grösseren Mehrzahl der Fälle auch wirklich leisten können, ist bekannt. Besonders ermöglicht bei Verdacht auf renalen Ursprung die Besichtigung des Blaseninnern *während* der Blutung häufig eine sofortige Lokalisation des Leidens. Man sieht eben aus einer der beiden Ureteren-Oeffnungen das Blut im Wirbel absatzweise hervorströmen und hat dann eine ganz bestimmte Anzahl Krankheiten, zwischen denen man die Differential-Diagnose stellen muss. Das Resultat der übrigen Untersuchungsmethoden der Krankheitsgeschichte etc. wird Letzteres dann fast stets ermöglichen. Aber auch in den blutfreien Intervallen ausgeführt, sagt uns die Cystoskopie : Die Blase inclusive Prostata ist frei, also müssen die Nieren die Ursache der Hämorrhagie sein. Deuten nicht schon Schmerzen oder gar Koliken auf die betreffende Seite hin, so wird die cystoskopische Untersuchung bei der nächst folgenden Hämaturie höchst wahrscheinlich Licht schaffen. Natürlich kann das Blut von Blase und Niere zugleich herkommen. Das findet sich besonders bei Tuberkulose, ab und zu auch bei schon metastasirenden, malignen Tumoren des uropoëtischen Systems. Doch solche Fälle sind Ausnahmen.

Anders steht es häufig um den Patienten, wenn der Harn nur Schleim oder Eiter oder Beides zugleich enthält. Der Name „Blasenkatarrh“ ist überall bekannt und wirkt beruhigend auf den Kranken. Wie viele werden Jahre lang unter dieser Diagnose behandelt, dauernd kränkelnd, manchmal so lange, bis das Leiden auch mit Hilfe des Messers unheilbar geworden. Eine frühzeitig gestellte genaue Diagnose hätte dem Kranken vielleicht Besserung oder gar Heilung gebracht.

Gestatten Sie mir, meine Herren, statt vieler Worte, Ihnen ein paar Beispiele dieser Art hier vorzuführen.



Fall 1. Eine 36jährige, ziemlich korpulente, verheirathete Dame aus St. Louis, hat seit mehr als einem Jahre heftigste, anfallsweise auftretende Schmerzen in der linken Lumbalgegend. Dieselben sind manchmal so stark, dass sie Konzert oder Theater verlassen und sich daheim niederlegen muss. Lokale warme Applikationen bringen dann meist allmähliche Besserung. Patientin ist sicherlich nicht hysterisch; sie übertreibt nicht. Sieben Kollegen, hüben und drüben, sind konsultirt worden. Drei konstatariren eine Wanderniere, vier nicht. Die Kranke ist niemals in Narkose untersucht. Nachdem sie unter Aether gebracht, gelingt es mir nach sorgfältigster Palpation nicht, eine Wanderniere nachzuweisen. Die linke Niere ist nicht zu fühlen. Uterus in normaler Stellung, Ovarien beweglich, nicht vergrössert. Das Resultat meiner Untersuchung ist entschieden negativ. Aber der sehr leicht getrübe Harn enthält Tuberkel-Bacillen in grosser Menge. Und das Cystoskop zeigt die Blase absolut intakt, keine diffuse Hyperämie, wie wir dieselbe so häufig bei beginnender Blasen-tuberkulose sehen, keine Ulceration. Beide Nieren arbeiten; ob der Urin von einer Seite mehr getrübt herabsteigt als von der anderen, ist nicht zu erkennen. Doch der immer wiederkehrende, stets nur einseitige Schmerz darf hier bestimmend leiten. Wir diagnosticiren: „Tuberkulose der linken Niere, eventuell Ulcerationen (stricturirend?) im Verlaufe des Ureter.“ Es ist entschieden eine Früh-Diagnose beginnender descendirender Tuberkulose des uropoëtischen Systems.

Die Behandlung des Falles gehört den Chirurgen. Nur die baldmöglichst ausgeführte und selbstredend hier auch vorgeschlagene Nephrektomie, eventuell mit hinzugefügter Exstirpation des Ureter, kann die Patientin retten. Zu meinem grossen Bedauern ist mein Rath bislang nicht angenommen.

2. Eine verheirathete Dame von auswärts war seit 4 Jahren leidend. Harn mit Eiter zu Zeiten überladen. Ausserordentlich häufiges Bedürfniss Wasser zu lassen. Viele Schmerzen in linker Lumbalgegend. Letzthin kam sie unter die Obhut eines sehr tüchtigen inneren Klinikers hiesiger Stadt, der nach kurzer Behandlung zu der Ansicht gelangte, es möchte eventuell auf chirurgischem Wege mehr zu leisten sein. Patientin war allmählig sehr herunter gekommen, bettlägerig, äusserst anämisch. Harnanalyse ergab viel Eiter und Schleim, Blasen- und Nierenelemente, Blut in mässiger Menge, keine Gonokokken, keine Tuberkelbacillen. Linke Niere nicht zu fühlen, doch Schmerz bei Druck auf die betreffende Lumbalgegend und im Verlaufe des Ureter. Der untere Pol der rechten Niere palpibar. Frage: Woher kommt der Eiter; sind Blase und Nieren in eitriger Entzündung oder nur die Nieren, und wenn dies, beide? oder nur die linke? Cystoskopie mit Irrigations-Cystoskop unter Cocain: Die ganze linke Hälfte der Blase klein-hämorrhagisch gesprenkelt, sonst röthlich-gelb; linker Ureterenwulst fehlt, die retrahirte Uterenöffnung liegt in einem flachen Geschwür. Bei sorgsamster minutenlanger Besichtigung derselben entleert sich kein Flüssigkeitswirbel; wurde jetzt bimanuell die linke

Nierengegend gedrückt, so sah man deutlich eine ganz kleine, stark mit Eiter untermischte Flüssigkeitsmenge hervorschiessen. Dieses Phänomen wurde zu wiederholten Malen mit absoluter Sicherheit konstatiert. Bei Betrachtung der rechten, sehr deutlichen Ureterenöffnung, gewahrte man in langen Intervallen einen mehr als minutenlangen, trüben Flüssigkeitswirbel. Diagnose: „Schrumpfungszustand der linken Niere, ihr Werth für die Harnabsonderung nahezu gleich Null. Rechte Niere, wahrscheinlich vikariirend, vergrössert, jedoch ausgesprochene Pyelitis, resp. Pyelo-Nephritis, auf dieser Seite; hämorrhagische Cystitis.“ Obleich keine Tuberkelbacillen bei sorgfältig wiederholtem Suchen gefunden waren, sprach ich nach meiner cystoskopischen Erfahrung den Verdacht auf Tuberkulose aus und rieth von einer Operation ab. Der Fall war schon zu weit vorgeschritten. Die Exstirpation der linken, schwer erkrankten und geschrumpften Niere hätte vielleicht vorübergehende Erleichterung, sicherlich aber keine Heilung gebracht und an und für sich schon das Leben der Patientin eventuell direkt gefährdet.

Der Fall gehörte nach meiner Ansicht in die Behandlung der inneren Medicin.\*)

Gestatten Sie mir, Herr Präsident und meine Herren, noch über einen dritten charakteristischen Fall von Pyurie kurz zu berichten.

Fall 3. Kräftiger Mann. Vor 28 Jahren Gonorrhoe. Hereditär nicht belastet. Keine luetische Infektion. Klagt seit langer Zeit über schlecht riechenden und abwechselnd stark Eiter führenden Harn. Das Leiden besteht angeblich in seinen Anfängen seit der Zeit der ersten gonorrhoeischen Infektion. Er hat unter der Diagnose „Blasenkatarrh“ die meisten grösseren Badeorte Deutschlands besucht, alle nur erdenklichen Mineralwasser getrunken: stets nur vorübergehender oder überhaupt kein Erfolg. Vor zwei Jahren erklärt ihm ein Kollege in Wildungen, er habe Nierenbeckenkatarrh; auf welcher Seite, oder ob auf beiden, wurde nicht bestimmt, denn Patient hatte niemals und hat auch bis heute nicht die geringste Empfindlichkeit in einer der beiden Lumbalgegenden. Der jahrelangen, nutzlosen ärztlichen Behandlung überdrüssig, kurirt er sich nun selber mit früher erlernten Blasenirrigationen, u. s. w. Letzthin jedoch verschlimmert sich das Leiden, besonders der Geruch des Harns. Ein Kollege von Philadelphia schickt ihn mir zu. Die Harnanalyse deutet auf Betheiligung der Nieren. Cystoskopie: Blase zeigt Symptome alten Katarrhs. Linke Ureterenöffnung absolut normal. Es entleert sich aus ihr crystallarer Harn. Rechte Ureterenöffnung dunkel-purpurroth. Aus ihr sprüht stossweise, Vulkanausbrüchen ähnlich, eine Garbe von grösseren und kleineren Schleim-Eiter-Flocken, gemischt mit Harn, hervor. Zwischen beiden Ureterenöffnungen drei kleine (etwa erbsengrosse) scharfrandige Geschwüre mit gelb belegtem Grunde, ein eben solches,

\*) Drei Monate später sind Tuberkelbacillen in grosser Zahl gefunden worden.

etwas grösseres, auf der linken Seitenwand der Blase. Das cystoskopische Gesamtbild ist eines der schönsten und klarsten, die ich je innerhalb der letzten sechs Jahre in meiner cystoskopischen Praxis gesehen. Diagnose: „Rechtsseitige Pyonephrose. Isolierte Blasengeschwüre. (Catarrhus vesicae chronicus ulcerativus). Linke Niere gesund.“ Wollte der Mann geheilt werden, so gab es nur *einen* Weg: Operation. Und zwar Incision oder wahrscheinlich Exstirpation der rechten Niere.

Die Behandlung des Falles gehörte einzig und allein der Chirurgie.

Ich könnte, meine Herren, noch eine ganze Anzahl interessanter einschlägiger Fälle mittheilen, in denen es mit unseren heutigen Hilfsmitteln gelang, eine exacte Diagnose des Leidens zu stellen und, darauf fussend, abzuwägen oder zu bestimmen, welche Art der Behandlung für den Kranken am Besten sei. \*) Manchmal deutete die mikroskopische Harnanalyse nur auf Blasenkatarrh, und das Cystoskop wies mit Sicherheit gleichzeitig bestehenden Katarrh eines oder beider Nierenbecken nach.

Natürlich wird die Cystoskopie nicht in jedem einzelnen Falle Aufklärung schaffen können. Ich bin der Letzte, der sich das verhehlt. Es gibt ja eine bestimmte Klasse von Fällen, speciell beim Manne, wo die Methode überhaupt nicht anwendbar ist. Doch diese Klasse von Fällen ist so verschwindend klein, und mit Hülfe verbesserter Instrumente sind die Schwierigkeiten ihrer Untersuchung in solchem Masse zu verringern, respektive zu beseitigen, dass sie dem Werthe der Methode als solcher in keinem Falle Eintrag thun kann.

Es muss auch hervorgehoben werden, dass ein gewisser Grad von Trübsein des Harns, d. h. von Schleim-, Eiter- oder Blutbeimischung nothwendig ist, um dasselbe unserem Gesichtssinne bei dem Hindurchschauen durch das Cystoskop erkenntlich zu machen. Gerade für diese Fälle ist die Katheterisation der Ureteren von allergrösster Wichtigkeit. Wie schon von Dr. LANGE heute Abend hervorgehoben, hat neuerdings Howard Kelly vom John Hopkins Hospital in Baltimore diesen Gegenstand nach der bekannten grundlegenden Methode Pawlik's in verbesserter Form mit vielem Glücke wieder aufgenommen. Dass die Methode auf diesem Wege nur bei der Frau anwendbar ist, auch manchmal nicht zum Ziele führt, ist kein Grund, sie nicht zu schätzen und zu üben. Dass aber die Cystoskopie berufen ist, die Katheterisation der Ureteren sowohl bei der Frau als auch beim Manne, und wohl meist ohne Allgemeinnarkose, zu ermöglichen, unterliegt nach meiner Ansicht keiner Frage. Schon hat man von Berlin aus gehört, dass Nitze neben seinem Irrigations-, seinem Operations- und Photographirecystoskop auch ein solches für jenen Zweck konstru-

---

\*) Dass in allen, therapeutisch in das Gebiet der Chirurgie gehörigen Fällen, speciell während der Nachbehandlungszeit, die vielen trefflichen Mittel der inneren Medicin häufig mit Vortheil Verwendung finden werden, ist selbstverständlich.

irt hat. (In meinem Aufsätze über Cystoskopie im Morrow'schen Handbuche habe ich angegeben, wie nach meiner Ansicht ein solches Instrument nach Nitze's Prinzip konstruirt sein könnte.) Vergessen wir nicht, dass die Cystoskopie in ihrem neueren Gewande erst fünf Jahre alt ist! Die nahe Zukunft muss und wird sie weiter und weiter entwickeln zu immer grösserer Vollkommenheit. Ist aber die Katheterisation der Ureteren ohne besondere Schwierigkeit mit Hülfe der Cystoskopie auch beim Manne auszuführen, so sollte sie auch in den meisten Fällen von chirurgischer Nierenerkrankung ausgeführt werden. Stets wird sie das Resultat der cystoskopischen Diagnose erweitern und ergänzen. Bis dies erreicht ist, darf uns der Gedanke trösten, auf den Kollege LANGE vorhin schon nachdrücklich hinwies, dass bei doppelseitiger, renaler Erkrankung nach Einschnitt, mehr noch nach Exstirpation der einen besonders erkrankten Niere, die andere sich nicht selten erheblich bessert. Jedenfalls würde ich mich niemals scheuen, bei schwerer Erkrankung einer Niere die Exstirpation derselben auszuführen (falls der einfache Einschnitt oder ihre Ausräumung (Stein, kommunizierende Abscesse) keine Heilung erhoffen lässt), wenn ich vorher gesehen habe, dass eine zweite „arbeitende und nicht sichtbar schwererkrankte“ vorhanden ist. Nur bei Tuberkulose soll man auch dabei vorsichtig sein.

Soll ich zum Schlusse versuchen, meine Ansicht über den vorliegenden Gegenstand in wenigen Worten zusammenzufassen, so würde ich sagen :

Allgemein bindende Regeln über die Grenzen von medicinischer und chirurgischer Behandlung bei Nierenkrankheiten lassen sich nicht aufstellen. Wir müssen streng individualisiren. Doch möge der praktische Arzt es sich zur Pflicht machen, in jedem nicht absolut sonnenklaren Falle von „sichtbarer“ Erkrankung des uropoëtischen Systems die Diagnose präcisiren zu lassen. Möge er zur Erreichung dieses für seinen Patienten so überaus wichtigen Zieles, falls ihm die Mittel zum Zweck nicht selbst zu Gebote stehen, mit dem Chirurgen Hand in Hand gehen, wie er dies zum Segen so vieler Kranken mit Rücksicht auf die Appendicitis innerhalb der letzten Jahre zu thun sich gewöhnt hat. Dann glaube ich, Herr Präsident und meine Herren, wird es bei fortschreitender und für die allernächste Zukunft schon zu erwartender Verbesserung und weiterer Ausbildung unserer Untersuchungsmethoden, in der grössten Mehrzahl dieser Fälle nicht allzu schwer fallen, bezüglich der Behandlung die Grenze zu ziehen: was des inneren Mediciners, was des Chirurgen ist.

## III.

## Erster Jahresbericht der geburtshülflichen Poliklinik der N. Y. Post-Graduate Medical School.\*

Von

Dr. C. A. Von RAMDOHR.

Prof. der Geburtshülfe N. Y. Post.-Grad. Med. School and Hospital, etc.

Herr Vorsitzender und meine Herren!

Vor etwa 19 Monaten wurden der Post-Graduate Medical School von einer wohlthätigen Dame genügende Mittel zur Verfügung gestellt, um eine geburtshülfliche Poliklinik in's Leben zu rufen und wurde mir die Einrichtung und Leitung derselben damals definitiv übertragen.

In 543 East 13th Str., einem der dichtest bevölkerten Tenement-Haus Districte, wurden 8 Zimmer gemiethet und so eingerichtet, dass sowohl gründliche Desinfection der Practicanten z. B. durch Vollbad, wie auch Sterilisation der Instrumente, Untersuchung der Schwangeren und deren Urin und Scheidesekrete im Gebäude durchgeführt werden kann. Die übrigen Zimmer werden als Schlafzimmer für die 2 Hausärzte und etwaige cursirende Aerzte gebraucht.

Wenn sich eine Schwangere meldet, so wird zuerst eine gründliche Anamnese aufgenommen.

Hierauf folgt eine objective Untersuchung sämmtlicher Organe, darauf äusserliche Schwangerschafts-Untersuchung mit äusserer Beckenmessung—sit venia verbo!—und zuletzt innere Untersuchung und innere Beckenabschätzung. Zu gleicher Zeit wird seit Beginn des zweiten Jahres das Vaginalsecret auf Streptococcen geprüft. Eine chemische und mikroskopische Untersuchung des Urins endet die Voruntersuchung.

Die etwas sehr umständliche Krankengeschichte halte ich aus zwei Gründen für nothwendig. Wenn ein Herr mehrere derartige Protocolle detaillirt aufgenommen hat, so prägen sich die Hauptpunkte für spätere Anwendung in der Privat-Praxis bedeutend besser ein, und zweitens hält es die Herren Practikanten beschäftigt.

Den ersten Gang zu einer Kreissenden macht der Practicant stets in Begleitung eines Hausarztes, der ihn speciell bei seiner Desinfection überwacht.

Ich erlaube mir, Ihnen die Regeln, welche durchzuführen sind, verbatim wieder zu geben.

### Regeln für Hausärzte und Practicanten:

1. *Reinigung der Hände.* Die Hände sind fünf Minuten lang mit grüner Seife und warmem Wasser gründlich zu bürsten, speciell die

\*) Vortrag gehalten vor der deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Fingerspitzen und die Nagelränder. Dann reinigt man die Nägel mit einem Nagelreiniger und bürstet abermals tüchtig. Hierauf wird die Seife mit reinem Wasser abgespült, und die Hände 5 Minuten lang in Sublimatlösung (1 pro mille) getaucht.

Vor einer jeden Vaginaluntersuchung soll die Hand nochmals in die antiseptische Lösung getaucht werden. Lubricantien werden nicht gebraucht.

2. *Vorbereitung der Patientin.* Ehe eine Vaginaluntersuchung vorgenommen wird, sind die äusseren Genitalien und die Schenkel der Frau mit warmem Wasser und grüner Seife gründlich abzubürsten, dann mit reinem Wasser abzuspülen und mit einer Sublimatlösung (1 pro mille) abzuwaschen.

Irrigationen werden weder vor noch auch nach der Geburt ohne besonderen Grund vorgenommen.

3. Vaginaluntersuchungen sollen so selten als möglich gemacht werden, ausser wenn es das Interesse der Wöchnerin erheischt, jedenfalls nur alle  $1\frac{1}{2}$  bis 2 Stunden.

4. Es soll desshalb eine gründliche äusserliche Untersuchung des Abdomens vor der Geburt gemacht werden.

5. Vor Jedem Eingriffe müssen Blase und Rectum entleert werden.

6. An der *Nabelschnur* darf nie gezogen werden. Dieselbe wird erst dann unterbunden, wenn sie aufgehört hat, zu pulsiren, wenn nicht besondere Indikationen für rasches Abnabeln vorliegen.

7. Wenn nicht besondere Gründe da sind, soll der Finger nach der Geburt nicht in den Genitalkanal eingeführt werden.

8. Wenn keine Blutung existirt, soll die Placenta nicht vor einer halben Stunde exprimirt werden.

9. Die *Eihäute* sollen in einen Strang zusammengedreht werden und in der Richtung der Axe des Beckeneingangs soll der Zug an denselben stattfinden, sobald keine Wehe da ist.

Wenn die Eihäute abreißen, so soll man die Reste erst am zweiten Tage durch eine heisse Douche zu entfernen suchen. Falls sie dann nicht entleert werden, desinfizire man sich und entferne sie manuell.

10. Wenn *Blutverlust* eintritt, ehe noch die Nachgeburt entfernt ist, so soll sofort der CRÉDÉ'sche Handgriff angewendet und dann eine subkutane Ergotin-Injektion gemacht werden. Wenn die Blutung anhält, so muss der Uterus fortwährend geknetet und eine heisse Douche in den Uterus gegeben werden. Steht die Blutung immer noch nicht, so tamponire man die Uterushöhle mit Jodoform-Gaze und schicke um Assistenz. (Zur Bekämpfung der akuten Anämie ist die Anwendung der Salzlösung nicht zu vergessen.)

11. Ehe man geht, inspizire man den Damm.

12. Alle Dammrisse müssen sofort vernäht und soll nach dem Hausarzte geschickt werden.

13. Der Damm soll während der Geburt völlig in Ruhe gelassen und nicht berührt werden. Durch Druck auf den Kopf verhindere man, dass derselbe zu schnell durchtritt. Das Hinterhaupt muss sich erst

gut entwickeln, ehe man Stirn und Gesicht über den Damm herausgleiten lässt.

14. Die Leibbinde wird nicht angelegt, um Blutung zu verhüten, sondern um die erschlaffte Bauchwand zu unterstützen. Sie soll gut anliegen, aber nicht kneifen.

15. Wenn der vorliegende Theil zwei Stunden lang bei guten Wesen keinen Fortschritt macht, soll die Geburt unter Assistenz beendet werden.

16. Das Kind muss auf Malformationen untersucht werden und der Nabel darf nicht bluten, wenn man Mutter und Kind verlässt.

17. Um Ophthalmia neonatorum zu verhüten, werden in jedes Auge des Kindes einige Tropfen einer 1 Proc. Arg. nitr. Lösung eingeträufelt.

18. Ehe ein Eingriff vorgenommen wird, soll eine Einspritzung in den Genitalkanal gemacht werden; ebenso nachdem instrumentelle oder manuelle Eingriffe vorgenommen worden sind. Zu denselben wird eine 3 Proc. Carbol- oder 1 Proc. Creolin-Lösung benutzt.

N. B. — Sublimat wird niemals in den Geburtswegen angewendet!

Durch möglichste Vermeidung von Vaginal-Untersuchungen (durchschnittlich wurde jede Frau 4 Mal während der Geburt touchirt) und durch strengste Durchführung des Principes, dass operative Eingriffe nur im Interesse von Mutter oder Kind gestattet sind, haben wir mit Erfolg Polypragmasie verhindert.

Nur wenn der foetale Herzschlag um 40 Schläge in der Minute von dem anfänglich gehörten differiert, oder wenn derselbe unter 110 oder über 180 gefunden wird; wenn bei nicht hörbarem Herzschlag bei Kopflagen Meconium sich zeigt; nur wenn ein eingestellter Theil bei guten Wehen während 2 Stunden absolut keine Fortschritte macht, halten wir eine Beschleunigung der Geburt durch den Arzt, im Interesse des Kindes für gerechtfertigt. Ausgenommen sind natürlich Vorfälle der Nabelschnur oder der Hand, respective abnorme Lage des Kindes oder der Placenta.

Für die Mutter gelten uns mit Ausschluss der offenbaren Dyslocien eine während der Geburt eingetretene Temperatur von über 101° F. oder ein constanter Puls von über 120 als Zeichen, dass Gefahr im Verzuge ist.

Chloroform wird nur bei Operationen, Secale nur bei Nachblutungen und dann subcutan gegeben.

Auf die Nachgeburt ward im Anfang eine halbe (jetzt eine ganze Stunde) gewartet, bis dieselbe durch den Crédé'schen Handgriff exprimirt wird. Der Damm wird nicht gestützt, dagegen wird die vordere Commissur gut über das Hinterhaupt gezogen, um den natürlichen Mechanismus beim Durchtreten möglichst zu unterstützen. Dammrisse, auch die kleinsten werden sofort vereinigt. Der Garrigues'sche Occlusiv-Verband wird stets gebraucht.

CRÉDÉ's Verfahren zur Vermeidung der Blenorrhöe wurde stets mit bestem Erfolge angewandt und nur 3 Mal von 1—2 tägiger Conjunctivitis gefolgt.

Die Wöchnerin wird 8 Tage lang unter Beobachtung gehalten.

Wenn Sie nun bedenken, dass alle unsere Patientinnen den *ärmsten* Klassen angehören, dass die Geburt immer ohne Wärterin, gewöhnlich nur unter Anwesenheit einer Nachbarin und des Arztes vor sich ging, dass die Pflege minimal war und nur minimal sein konnte, dass mein ältester Hausarzt nur 7 Monate Dienst hatte, dass von den 23 Practicanten, ob alt oder jung, doch nur sehr wenige den Begriff Aseptis vorher gründlich verstanden; wenn Sie ferner die Gewohnheiten, den Schmutz, das Elend und die Armuth bei den meisten unserer Wöchnerinnen bedenken, so brauche ich uns nicht wegen des in einigen Fällen eingetretenen Resorptions-Fiebers zu entschuldigen.

Diese sind von den gewissenhaften Herren unter die Diagnose Septicaemie (4) und Saprämie (2) gebracht worden. Keiner dieser Fieberfälle dauerte länger als zwei Tage und sank trotz oder wegen der sofort eingeleiteten Bittersalzkur. Gestorben ist uns keine unserer im ersten Jahre entbundenen 209 Wöchnerinnen und bis jetzt auch noch keine im zweiten Jahre, so dass wir auf eine Reihe von über 400 Geburten ohne jedweden Todesfall wohl mit einigem Stolze zurückblicken dürfen. Ein detaillirter Bericht folgt hier:

Es wurden in dem Jahre vom 23. November 1891 bis 23. November 1892 in allem 209 Frauen entbunden, von denen 32 Primiparae und 177 Multiparae waren. Kopflagen waren 183: 123 I. Schädellagen, 53 II. Schädellagen, 2 I. Gesichtslagen, 5 nicht diagnosticirt. Fusslagen 5 und nur 2 Querlagen (bei der einzigen Zwillingsgeburt); bei 19 fehlen die Angaben.

Von operativen Eingriffen wurden gemacht, 13 Zangengeburt, 3 Wendungen und 5 Episiotomien; Dammrisse kamen 23 und Einrisse in den Cervix 3 zur Beobachtung. Leichte Blutungen traten in 9 Fällen auf. Einmal musste die Jodformgaze-Tamponade angewendet werden. Todt geboren wurden 7 Kinder und 7 starben kurz nach der Geburt.

Es hatten sich im Ganzen 293 Frauen zur Entbindung gemeldet; von 49 wurde nichts wieder gehört, 7 verweigerten die vorherige genaue Untersuchung und wurden deshalb abgewiesen; 11 wurden wegen interessanter Krankheiten transferirt und 17 erwarteten am Schlusse des Jahres noch ihre Entbindung.

Warum gerade ich Ihnen, meine Herren, die Sie zumeist Aerzte sind, die allgemeine Praxis betreiben, diese Statistik zum ersten Male mittheile, ist leicht zu verstehen: Ich wollte Ihnen diese ausgezeichneten Resultate vorführen, weil sie nicht durch „Hospital-Behandlung“, nicht durch geschulte Wartung und Pflege, nicht von berühmten Geburtshelfern erzielt worden sind, sondern deren Erreichung meiner Meinung nach einfach auf der Durchführung gründlicher Asepsis und auf der Enthaltung von allen Eingriffen — ausser wenn dieselbe stricte indicirt sind — beruhen.

105 7th Str., New York.



## IV.

## Ueber Trional als Schlafmittel.

Von

Dr. LEO STIEGLITZ,

Nervenarzt am Mt. Sinai Hospital Dispensary und Privatdozent an der  
N. Y. Polyklinik.

Trotzdem unser Arzneischatz nichts weniger als arm an Schlafmitteln ist, sind wir immer noch nicht im Besitze eines in jeder Beziehung zufriedenstellenden Mittels dieser Art. Bald ist es die Unsicherheit in der Wirkung, bald sind es unangenehme Neben- oder Nachwirkungen, die Gefahren der Angewöhnung u. s. w., die wir an den betreffenden Mitteln auszusetzen haben. Eines unserer besten Schlafmittel, wenigstens was die Sicherheit der Wirkung anbetrifft, ist das von BAUMANN und KAST im Jahre 1888 eingeführte Sulfonal.

Dieselben Forscher haben nun im Jahre 1890 zwei weitere, dem Sulfonal nah verwandte Körper dargestellt, das Trional und das Tetronal, welche die schlafmachenden Eigenschaften des ersten in noch höherem Grade besitzen sollten, wie das zuerst entdeckte Sulfonal. Sie unterscheiden sich chemisch von letzterem durch die Aufnahme von drei, resp. vier Aethylgruppen an Stelle der zwei im Sulfonal enthaltenen. —

Tetronal hat den von ihm gehegten Erwartungen nicht entsprochen.

Dagegen liegen über das Trional so überaus günstige Berichte vor, dass ich mich veranlasst fühlte, die Wirksamkeit desselben zu prüfen.

BARTH und RUMPEL (*Deutsche Med. Wochenschr.*, 1890, No. 32) haben das Mittel zuerst im Hamburger Krankenhause angewandt; die günstigen Resultate, die sie mit demselben erzielten, wurden sodann von SCHULTZE in Bonn (*Therap. Monatshefte*, Oct. 1891), von SCHAEFER (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1892, No. 29), BOETTIGER (*Ibid.*, 1892, No. 42), BRIE (*Neurol. Centralbl.*, 1892, No. 24), HAMMERSCHLAG (*Berlin, G. Schade*, 1893), RAMONDI ed A. MARIOTTINI (*Atti della R. Acad. de Fisiocritici, Serie IV.*, Vol. IV., Siena, 1892), MATTISON (*Med. News*, 1893), pp. 487–489) und W. KRAUSS (*N. Y. Med. Journal*, 1893, p. 443) bestätigt.

Meine eigenen in der Privatpraxis und an der Nervenabtheilung des Mt. Sinai Hospital-Dispensarys an 58 Kranken gemachten Erfahrungen stimmen mit denen der genannten Autoren durchaus überein. Während die bisherigen Beobachtungen über die Wirksamkeit des Mittels fast ausschliesslich an Geisteskranken gemacht wurden, habe ich dasselbe bei den verschiedenartigsten Krankheitszuständen, die mit Schlaflosigkeit einhergingen, in Anwendung gebracht. Wie zu erwarten gewesen, kam ich im Ganzen mit kleineren Dosen aus als es bei Geisteskranken nothwendig gefunden worden. Während MATTISON z. B. empfiehlt, bei Frauen mit 2,0 g., bei Männern mit 2,0–3,0 g. gleich anzufangen, genügte bei der Mehrzahl meiner Kranken 1,0 g., nur ver-

hältnissmässig selten war ein zweites oder gar ein drittes Gramm nothwendig, um Schlaf herbeizuführen.

Das Trional ist, wie das Sulfonyl, ein weisses krystallinisches Pulver, das sich schwer in Wasser von Zimmertemperatur, leichter dagegen in heissem Wasser löst; in Alkohol und in Aether ist es leicht löslich. Die meisten Autoren haben es daher, wie das Sulfonyl, in warmem Wasser, in Thee, in warmer Milch oder in Wein oder Bier gelöst nehmen lassen. Das Mittel hat in Lösung einen leicht bitteren Geschmack, in der Privatpraxis habe ich es deshalb stets in Gelatinkapseln à 0,5—1,0 (letztere sehr gross) verschrieben, ohne eine Verspätung der Schlafwirkung zu haben. Während letztere beim Sulfonyl bekanntlich erst nach 2—3 Stunden eintritt, erfolgt dieselbe beim Trional binnen 10—30 Minuten. Man lässt das Mittel deshalb am besten entweder eine halbe Stunde vorm oder beim Schlafengehen einnehmen.

Der durch das Trional herbeigeführte Schlaf ist ruhig und erfrischend wie der natürliche Schlaf; die Kranken verfallen in denselben ohne irgend welche unangenehme Nebenerscheinungen, nur vereinzelt wurde mir über Kriebeln in den Gliedern oder das Gefühl des Benommenseins beim Einschlafen geklagt. Um mir über die Wirkungsweise des Trionals, namentlich in einem wachen Zustande, in dem keine Neigung zum Schläfe vorhanden war, klar zu werden, machte ich folgenden Selbstversuch: Um 3 Uhr Nachmittags, 3 Stunden nach einer leichten Mahlzeit, nahm ich 2,0 g. Trional ein und fing an, am Mikrotom Schnitte zum Mikroskopiren anzufertigen. Etwa 20 Minuten später fingen die Glieder mir an, schwer zu werden, bald war es mir jedoch, wie wenn sie mir gar nicht mehr gehörten, es bestanden ein wenig Schwindelgefühl, keine Ataxie, kein Schlafbedürfniss. Nach einer Stunde hatte sich ein Zustand ausgebildet, wie man ihn nach einer durchwachten Nacht erfährt: der Kopf war mir sehr leicht und ein wenig schwindlig, ich hörte und sah deutlich, was um mich vorging, doch war mir alles ferner gerückt, wie wenn es mich nur zur Hälfte angehe, selbst wenn man mich anredete. Es bestand etwas Ataxie, ich stiess oft an und hatte das Gefühl des Schwankens. Eigentliches Schlafbedürfniss bestand nicht, ich hatte jedoch die Empfindung, dass ich mich nur hinzulegen brauchte, um sofort einzuschlafen. Um 8 Uhr etwa ging ich in mein Sprechzimmer, zündete Licht an—und wachte um 4 Uhr morgens in meinen Kleidern auf dem Kanapéé liegend auf, ohne mich erinnern zu können, wie ich dahin gekommen; ich legte mich schlaftrunken in's Bett und wachte erst um 8.15 auf. Am nächsten Tage fühlte ich mich vollkommen wohl.

Unangenehme Nachwirkungen bei Patienten habe ich nur drei mal beobachtet: in zwei Fällen hielten Schmerzen die Kranken trotz 2,0 Trional wach und am nächsten Tage klagten dieselben über Schwindel und Uebelkeit—diese Erscheinungen blieben aus, sobald dem Trional  $\frac{1}{2}$  gr. Morphinum beigegeben wurde. Eine dritte Patientin (Mitralsuffici-

cienz) schlief gut auf 1,0 g, klagte am nächsten Tage jedoch über Schwindel.

Es wäre nicht möglich, die Krankheitszustände, in denen ich das Trional prüfte, hier in einige wenigen Gruppen eintheilen zu wollen, da dieselben zu verschiedener Art gewesen. Es wird genügen, die wichtigeren Krankheitsformen nacheinander anzuführen und die bei denselben gemachten Erfahrungen kurz anzudeuten.

Bei der einfachen Agrypnie, bei welcher die Schlaflosigkeit die Hauptklage der Kranken bildete und die zum grösseren Theile auf cerebraler Neurasthenie, vielfach aber auch auf verkehrter Lebensweise mit Abgewöhnung des Schlafens beruht, muss man zwei verschiedene Zustände unterscheiden: jenen, bei dem die Kranken nicht einschlafen können und jenen, bei dem der Schlaf nur 2—3 Stunden währt und die Patienten den Rest der Nacht sich schlaflos umherwälzen. Bei den Kranken der ersten Kategorie wirkt das Trional entschieden günstiger wie bei denen der zweiten; 1,0 g Trional eine halbe Stunde vorm Schlafengehen verschafft jenen einen ruhigen, 6—9-stündigen, erfrischenden Schlaf; den Patienten dieser Art pflege ich zwei Kapseln à 0,5 eine halbe Stunde vorm Schlafengehen zu verordnen; schlafen sie nicht alsbald ein, so genügen 1—2 weitere Kapseln, sie einzuschläfern. — Giebt man dagegen den Kranken der zweiten Kategorie 1,0—2,0 Trional vorm Schlafengehen, so verlängert dasselbe ihren Schlaf nur in etwa der Hälfte der Fälle; in den anderen Fällen thut man besser daran, die Patienten erst beim Erwachen in der Nacht 1,0—2,0 Trional einnehmen zu lassen, wozu sich Kapseln besonders eignen.

Der Schlaflosigkeit der Neurastheniker nahe steht die Agrypnie, der man so häufig bei Hysterischen begegnet, namentlich während oder kurz vor der Zeit der Periode. In diesen Fällen genügen meistens 1,0, um Schlaf herbeizuführen. Einen Fall dieser Art möchte ich kurz anführen, weil er die Wirksamkeit des Trional gut veranschaulicht:

Mrs. C., 27 Jahre alt, seit 4 Jahren verheirathet, kinderlos, stammt von begabter, aber neuropathisch beanlagter Familie. Hysterisch mit Hemianalgesie, Schmerzpunkten, Globus; Vaginismus, Dysmenorrhoea; leidet an heftigen gastrischen Krisen unabhängig von der Periode, in welcher sie kolossale Mengen von Gas aufstösst; Anfälle von Schlaflosigkeit, während welcher sie thatsächlich kein Auge schliesst. Bei dem ersten Anfalle, dem ich beiwohnte, blieben 3,0 Chloralhydrat ohne jede Wirkung; bei einem zweiten hatte ich mit 2,0 Sulfonal ebensowenig Erfolg. Dagegen führt 1,0 Trional binnen 15—20 Minuten regelmässig einen 5—7-stündigen Schlaf herbei.

Bei fieberhaften Erkrankungen (Typhus, Grippe, Phlegmone, Parametritis, acuter Bronchitis) habe ich das Mittel nur in 8 Fällen angewandt; waren Schmerzen vorhanden, so wirkte das Mittel erst in Verbindung mit Antifebrin (0,25) oder Morphin (0,008—0,01). Ausserdem wurde das Trional in einzelnen Fällen von Alkoholismus, Epilepsie, Basedow'scher Krankheit, Melancholie, Ischias, Trigemimusneuralgie,

Chorea mit gutem Erfolge angewandt; auf die choreatische Unruhe und auf die epileptischen Anfälle übte es keine Wirkung.

Unter den 58 Fällen sah ich die Schlafwirkung nur viermal ausbleiben — zweimal hielten Schmerzen, ein anderes Mal ein quälender Husten die Kranken wach; in einem Falle von circulärem Irresein im maniakalischen Stadium vermochte das Trional den 2—3stündigen Schlaf der Patientin nur wenig zu verlängern. Von anderen Autoren hatte SCHULTZE Erfolg in 75 Prozent, seiner Fälle, SCHAEFER in 80 Prozent, MATTISON in 90 Prozent, und BOETTIGER in 98 Prozent.

Auf Grund der bisher veröffentlichten Beobachtungen und meiner eigenen Erfahrungen mit dem Mittel möchte ich das Trional als ein für die Bedürfnisse der Praxis besonders geeignetes Schlafmittel empfehlen; in der Sicherheit und Schnelligkeit der Wirkung, in der Leichtigkeit der Darreichung, in dem Freisein von unangenehmen Nebenwirkungen lässt es entschieden weniger zu wünschen übrig als die bisher gebräuchlichen Schlafmittel. Der jetzt geringe Unterschied im Preise gegenüber dem Sulfonal wird ausgeglichen durch die geringere Quantität von Trional, die zur Schlafwirkung nothwendig ist.

---

## REFERATE.

---

### Chirurgie.—Referirt von Dr. FRANZ TOREK.

Ueber Enteroplexie. Von Dr. Adalbert Ramaugé, Buenos Ayres.  
(Wiener Med. Presse, 15. Oct. 1893.)

Enteroplexie ist ein Verfahren, zwei resecirte Darmenden mit einander zu vereinigen mittelst eines kleinen Apparates, der als Enteroplex bezeichnet wird. Beim Gebrauch dieses Apparates wird keine Naht angewandt und daher die Dauer des Eingriffes bedeutend verkürzt. Der Enteroplex wird aus Aluminium angefertigt und besteht aus zwei Ringen, an deren beiden innerem Rande sich eine Feder- vorrichtung befindet, die es ermöglicht, dass die beiden Ringe, in Juxtaposition gebracht, zwischen einander in einer absolut unbeweglichen Stellung fixirt werden können, wobei zwischen beiden ein Raum von 1 Mm. zurückbleibt, in welchem die zu vereinigenden Darmenden Platz finden. Es werden drei verschiedene Grössen construirt. Die Anwendung des Apparates ist folgende: Zuerst werden die Ringe in die Darmenden eingeführt. Dann werden die Darmwände über die Ränder umgestülpt und mit vier Fäden, welche vorher in kleine am Apparat angebrachte Löcher eingeführt wurden, fixirt. Hierauf Annäherung und Coaptirung der beiden Ringe. Da der Raum zwischen beiden Ringen nur 1 Mm. beträgt und die Darmwände auch 1 Mm. dick sind, so können die beiden Darmenden nicht nebeneinander liegen, ohne comprimirt zu werden. Diese Compression soll jedoch nothwendig sein und führt zur Abstossung der mit dem Enteroplex zusammengefassten Gewebe. Ehe die Abstossung sich bewerkstelligt, sollen sich aussen genügend starke Adhäsionen gebildet haben.

Es folgen jetzt die Krankengeschichten dreier Schweine, an denen die Enteroplexie mit Erfolg angewandt worden ist. Die Sektion zeigte vollkommene Vernarbung der Wunden.

**Enterorrhaphy; its History, Technique and Present Status. Von N. Senn, M. D. (Journ. of the Am. Med. Ass'n., Aug. 12, 1893.)**

Fast die Hälfte dieser reich illustrierten Arbeit ist den alten und ältesten Methoden gewidmet. Für diesen Theil wird der Leser auf das Original verwiesen. Die neueren Methoden beginnen mit dem von LEMBERT aufgestellten Princip, dass Serosa mit Serosa vereinigt werden muss. Die Technik der allbekannten LEMBERT'schen Naht wird beschrieben und eine Reihe von Modifikationen derselben: JOBERT's, durch die ganze Dicke der Darmwand; BREIDENBACH's, mit dem Knoten an der Innenseite; DUPUYTREN's fortlaufende LEMBERT-Naht; GÉLY's, bei welcher ein Faden mit zwei Nadeln armirt ist und die beiden Enden sich vor jedem Einstich schnürschuhähnlich kreuzen. — (Hier sind Fig. 24 und Fig. 26 verstellt, indem LEMBERT's Naht als JOBERT's bezeichnet ist und umgekehrt.)—Dann folgen eine Reihe von Invaginationsmethoden der Darmenden. JOBERT krepelte das untere Ende ein, führte durch das obere Ende, an zwei sich gegenüberliegenden Punkten, je einen Faden, welcher, durch das untere Ende ausgestochen, das obere Ende wie ein Zügel anzieht und invaginirt. AMUSSAT invagirierte die Darmenden über einem hohlen Holzcyliner, der in der Mitte ringsum mit einer Grube versehen war. Ein paar Nähte erhielten die Invagination und über der Grube wurde ein Faden um den Darm gezogen. Dieser Faden schnitt durch den Darm, gelangte in das Lumen, und ging zusammen mit dem Holzcyliner ab. CHOISE bediente sich desselben Verfahrens mit dem Unterschiede, dass er anstatt Holz ein Stück Trachea gebrauchte. BÉCLARD invagirierte und constringierte ebenfalls, jedoch ohne den Gebrauch irgend eines Cylinders im Darmlumen. Zunächst werden einige Versuche beschrieben, durch mechanische Vorrichtungen die Naht zu ersetzen. DENANS schob in jedes Ende einen Metallring. Zur Verbindung diente ein metallenes cylindrisches Band von grösserem Durchmesser, das längs geschlitzt war, so dass es mittelst einer Zange zusammengedrückt und in die beiden erstgenannten Ringe eingeschoben werden konnte. Die Ringe mit den eingekrepelten Darmenden wurden nun fest an einander geschoben und das Verbindungsband hält dieselben vermöge seiner Elasticität fest. Wenn die Ränder sich durch den Druck abgestossen hatten, so lagen die Ringe frei im Darm. Andere, jedoch nicht bessere, mechanische Vorrichtungen wurden von BAUDENS, HENROZ, BERANGER-FERAUD und BOBRICK verfertigt, diejenige von HENROZ war sogar entschieden ein Rückschritt, da er die Darmenden auskrepelte und so Mucosa mit Mucosa verband.

Die neuen Methoden der Darmvereinigung datiren von der Einführung des aseptischen Nähmaterials. CZERNY fügte zur Lember-Naht noch eine Mucosa-Naht hinzu; GUSSENBAUER bediente sich einer Achtertour-Naht, um diese beiden Nähte durch eine zu ersetzen; WÖFLER verlegte die Knöpfe der Czerny'schen Naht in das Darmlumen; BISHOP machte eine Art Schusterstich von der Mucosa-Seite aus; GREIG SMITH modifizierte die Appolito'sche Naht. CUSHING's rechtwinklige fortlaufende Naht wird angelegt, indem die Nadel stets parallel der Wundfläche durch den Darm ein- und ausgestochen wird und von der einen Seite zur anderen hin und zurück geführt wird. HALSTEAD legt besonderen Werth darauf, dass einige von den festen, submucösen Fasern in der Naht mit einbegriffen werden. KUMMER rescirte ein Stück Mucosa an beiden Darmenden vor Anlegung der Naht. Eine Methode von CONNELL ist darauf bedacht, die Naht mit so wenig Stichen als möglich anzulegen. Die Darmenden werden aufgebäumt, so dass ihre Achsen parallel zu liegen kommen; dann wird die Nadel, beginnend am Mesenterial-Ansatz, durch die ganze Dicke der beiden

an einander liegenden Darmwandungen hin und zurückgeführt, wie die Illustration sehr deutlich zeigt; ist man mit diesem Theil der Naht fertig, so werden die Därme in ihre natürliche Apposition gebracht, und der noch offene Theil wird durch eine Naht geschlossen, die sich von der Cushing'schen nur dadurch unterscheidet, dass sie durch die ganze Dicke des Darmes geführt wird. Ist man jetzt am Mesenterialansatz wieder angelangt, so zieht man die Naht stramm und schürzt den Knoten. MAUNSELL's Suture ist interessant. Dieser macht eine Längsincision in das grössere Darmstück, etwa 1 Zoll vom durchschnittenen Ende entfernt. Jetzt werden die beiden Darmenden mittelst zweier Nähte, welche durch die ganze Dicke der Darmwand geführt werden, mit einander vereinigt. Die eine Naht ist am Mesenterial-Ansatz, die andere vis-a-vis. Die lang gelassenen Enden werden in den Darm und durch den Längsschnitt wieder herausgeführt. Durch Zug an diesen Fäden wird der Darm invaginirt und durch den Längsschnitt herausgezogen. Nun lassen sich sehr schnell die Nähte anlegen, indem man mit einem Stich, der durch 4 Wandungen geführt wird, gleich 2 Nähte anlegen kann. Dann wird die temporäre Invagination wieder reducirt und der Längsschnitt vernäht. Die Nähte werden mit WÖFLER's Mischung von Alcohol, Glycerin, und Colophonium bestrichen und mit Iodoform bestreut. HARRIS invaginirt das obere Ende in das untere, nachdem er von letzterem die Mucosa abgekratzt hat, und befestigt dasselbe in einer speziellen Weise. Nach dem Autor ist dies ein Rückschritt, weil hier nicht Serosa mit Serosa vereinigt wird. SENN hat die Jobert'sche Invaginations-Methode dahin verändert, dass er Catgut statt Seide nimmt und das Intussusceptum mit einem weichen Gummiring füttert. NEUBER bediente sich eines Stahlcylinders aus entkalktem Knochen mit einer tiefen Grube in der Mitte. Auf dieser Grube kamen die Nähte zu liegen und über den Nähten wurde, wie oben bei AMUSSAT, ein Catgut-Faden um den Darm geschlungen. MURPHY's Knopf ist eine Modification des Denan'schen Verfahrens. Die Ränder der beiden Darmenden werden durch den Knopf zusammengepresst bis sich Gangrän einstellt und den Knopf befreit. Es werden keine Nähte angelegt. Nach SENN sollten die Methoden der Darmvereinerung, bei denen Gangrän verursacht wird, sämmtlich verworfen werden. RAMAUGE's Enteroplexie ist im vorigen Referat beschrieben. Der Enteroplex gibt ein grösseres Lumen als MURPHY's Knopf, hat aber sonst dieselben Nachtheile.

Seitliche Anastomose würde von SENN mittelst entkalkten Knochenplatten hergestellt. Andere empfehlen anderes Material: ABBE und MATAS gebrauchten Catgut-Ringe, BROKAW segmentirte Gummiringe, ROBINSON rohes Leder und segmentirte Gummiplatten, DAVIS Catgut-Matten, STAMM Knorpel-Platten, SHRIVELY und SIMONSON Gelatin-Platten, DAWBARN Kartoffel-Platten, und v. BARACZ Rüben. LITTLEWOOD braucht die Knochenplatten mit einem Verbindungsrohr; WILLY SACHS und MAYO ROBSON haben ähnliche Modificationen der Senn'schen Platten construirt. Die Catgut-Ringe sind schon wieder aufgegeben worden; von den übrigen Mitteln giebt SENN immer noch seinen Knochenplatten den Vorzug.

**Management of Damaged Intestine in Strangulated Hernia.** Von H. Horace Grant, M. D. (N. Y. Med. Journ., July 29th, 1893.)

Auf Grund einer traurigen Erfahrung warnt G. vor der Reposition des Darmes bei strangulirten Hernien, wenn dessen Integrität auch nur einigermassen zweifelhaft erscheint. Seines Patienten Hernie war seit 4 Tagen strangulirt. Der Bruch enthielt Colon, Appendix, und Klappe, welche stark verfärbt waren, sich aber unter Anwendung heisser Tücher in einer Stunde scheinbar völlig erholt hatten. Die

Autopsie zeigte jedoch zwei gangränöse Stellen. G. folgert hieraus, dass man von der Wiederherstellung der Circulation in den oberflächlichen Theilen nicht auf Integrität der tieferen schliessen dürfe. Er stellt folgende Regeln auf: 1. Zweifelhaften Darm lasse man draussen, bis man sich völlig von seiner Integrität überzeugt hat, — 2 bis 3 Tage, wenn nöthig. 2. Ist die Darmschlinge sicher gangränös, so resequire man, wenn die Umgebung dafür günstig ist und der Patient nicht zu schwach. 3. Ist die Umgebung nicht günstig, oder keine erfahrene Hilfe zu haben, so schneide man das gangränöse Gewebe fort, reinige das Feld sorgfältig, und nähe den gesunden Darm in die Wunde ein, um dann nach 2 bis 3 Wochen die Darmfistel zu schliessen.

**Zur Casuistik der Darm-Invagination.** Von Dr. med. J. Vierhuff.  
(St. Petersburger Med. Wochenschrift, No. 41, 1893.)

Wenn auch die Fälle von Darm-Invagination im frühesten Kindesalter nicht so sehr selten sind, so konnte V. in der Literatur der letzten 20 Jahre bei Erwachsenen nur die erstaunlich kleine Zahl von 15 Fällen verzeichnet finden. Er selbst hat einen Fall von Ileocoecalinvagination bei einem 29 Jahre alten Pat. beobachtet, der mit Ausstossung des Intussusceptum und Ausgang in Genesung endete. Pat. erkrankte an Purpura haemorrhagica mit schmerzhafter Schwellung fast sämtlicher Gelenke. Vier Tage später stellten sich heftige Leibschermerzen ein; längliche, sehr schmerzhaft Intumescenz in der Ileocoecalgegend. Im weiteren Verlauf stellten sich Singultus, Erbrechen, totale Obstipation ein, und da der Pat. zu Zeiten äusserst collabirt war, wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Perforationsperitonitis gestellt. Am vierzehnten Tage nach Beginn der Darmerscheinungen fand eine gute Ausleerung statt, und am sechzehnten Tage kam der Darmsequester zum Vorschein. Derselbe war 40 Cm. lang und bestand aus Ileum, einem Stückchen Coecum, und dem Proc. vermiformis. Im weiteren Verlauf stellte sich eine Embolie der Lunge nebst Lungenabscess ein, der nach Verlauf von zwei Wochen wieder ausheilte. V. ist der Meinung, dass die Purpura zur Entstehung der Darminvagination Veranlassung gegeben habe, indem in Folge von Haemorrhagien ein Darmabschnitt erschlaffte und dann das oberhalb gelegene, sich normal bewegende Darmstück in die durch Paralyse erweiterte Darmstrecke eingetrieben wurde. Der Lungenabscess erklärt sich durch septische Infection, erzeugt durch Aufnahme von Elementen der Brandjauche an der geschwürigen Abstossungsstelle.

## AUGENHEILKUNDE.

Referirt von Dr. A. SCHAPRINGER.

**1. Die Indicationsgrenzen der Cataractdiscission.** Von A. MOOREN (Düsseldorf). (Deutsche medic. Wochenschr., 7. Sept. 1893.)

In früherer Zeit hat MOOREN bei Cataracta zonularis immer die Iridectomie verrichtet; er hat diese Methode jedoch gänzlich verlassen und übt nur noch die künstliche Reifung mit nachfolgender Extraction. Selbst eine Reihe von Fällen, welche er früher iridectomirt hatte, ist von ihm nachträglich der Reifung unterworfen worden. Der sich an diese nachträgliche Extraction anschliessende Nachstaar wurde jedoch nicht extrahirt, sondern einfach linear von oben nach unten mit dem Extractionsmesserchen discidirt, wie M. überhaupt Discissionen jeder Art nicht mittelst der Discissionsnadel, sondern mittelst des v. Graefe'schen schmalen Extractionsmesserchens ausführt. So besonders auch, wenn

er die Discission zum Zweck der raschern Reifung eines langsam maturirenden Alterstaars vollführt.

Seitdem FUKALA sein, in einer Reihe von Fällen mit gutem Erfolge gekröntes Verfahren zur Beseitigung hochgradiger Kurzsichtigkeit durch Ausschaltung der normalen Krystalllinse bekannt gegeben, hat M. zehn derartige Fälle in derselben Weise und ebenfalls mit aufmunterndem Folge operirt. Unter diesen Fällen gab es nur einen, der das 20. Lebensjahr erreicht hatte, doch würde M. keinen Augenblick anstehen, gegebenen Falls auf jeder Altersstufe zu operiren.

Gegenwärtig wendet M. als Nachstaaroperation nur mehr die Discission an. Ist die einfache Spaltung der Kapsel nicht ausreichend, das erstrebte Ziel zu erreichen, dann wird der Eingriff mit dem Erlöschen der reactiven Röthe nach einigen Tagen in querer Richtung wiederholt.

Die Iridotomie ist von M. niemals nach den Vorschriften de WEECKER's mit dem von ihm geschaffenen, so äussert complicirten Instrumentelapparate, sondern vom ersten bis zum letzten Falle mit dem schmalen Graefe'schen Extractionsmesserchen ausgeführt. Die Spitze des äusserst schmalen Instrumentes wird durch die Hornhaut in die Iris eingeführt, und die Iris in sägeartigen Zügen in einem Umfange erweitert, wie es den Anforderungen des gegebenen Falles entspricht. Es kann vorkommen, sagt M., dass tief desorganisirte Augen, die sich bereits der Grenze der Phthisis bulbi nähern, sich nach verrichteter Iridotomie erholen, wobei nicht ausgeschlossen ist, dass die Operation zwei- selbst dreimal in längeren Zwischenräumen wieder ausgeführt werden muss, bevor das Resultat als völlig gesichert angesehen werden darf.

## 2. Kuhpocken am Auge. Von W. H. SEARLES in Oshkosh (Wisc.) (The American Journal of Ophthalmology, June, 1893.)

Die Ueberschrift „Artificial Eyeshell“, unter welcher dieser seltene Fall beschrieben wird, lässt den Leser alles andere eher erwarten, als das, was den Hauptinhalt der Mittheilung von S. bildet. Dazu kommt noch, dass diese Mittheilung unter der Rubrik „Correspondence“ untergebracht ist, was voraussichtlich zur Folge haben wird, dass die referirenden Journale dieselbe gänzlich unbeachtet lassen.

Ein Farmer stellt sich mit entzündetem rechten Auge vor. Nach zweitägiger Beobachtungszeit erlauben die wohlentwickelten charakteristischen Efflorescenzen die Diagnose auf Kuhpockenerkrankung des Auges zu stellen. Die Pusteln sitzen an den freien Lidrändern, auf der cutanen Oberfläche des oberen Lids, ferner aber auch dicht gedrängt auf der Schleimhautfläche beider Lider und des Augapfels. Cornea frei. Um Verwachsung der Lider mit dem Bulbus zu hintertreiben, liess S. eine zweckmässig geformte Platte (eye shell) aus Hartgummi anfertigen und im Bindehautsack tragen. Die Platte wurde zweimal täglich zum Zweck der Reinigung entfernt. Nach zehn Tagen konnte sie fortgelassen werden. Resultat vollkommen befriedigend.

(Ueber die Infectionsquelle findet sich keine Angabe. Da es sich um einen Farmer handelte, so wird man wohl zunächst an das Euter einer an Pocken erkrankten Kuh denken.—Ref.)

## 3. On Tropa-Cocaine, the Local Anaesthetic. By ADOLF ALT. (St. Louis.) The American Journal of Ophthalmology, June, 1893.)

Das aus der schmalblättrigen Cocapflanze der Insel Java gewonnene Tropa-Cocaine ist nach den Untersuchungen von CHADBOURNE, SCHWEIGGER, SILEX und anderen ein Localanästheticum, dessen Wirkung derjenigen des Cocains im Ganzen und Grossen ähnlich ist, sich



aber in gewissen Einzelheiten, insbesondere was die Wirkung auf die Herzaction betrifft, vortheilhaft unterscheiden soll. Verf. gebrauchte in einer Reihe von Fällen ein ihm von den Mallinckrodt Chemical Works zur Verfügung gestelltes Quantum dieser neuen Droge, welche er in dreiprocentiger Lösung gebrauchte. Das Einträufeln derselben in den Bindehautsack erzeugt ausgeprägte Reizerscheinungen, gelegentlich auch Schmerzgefühl. In einer Reihe von Fällen war schon eine halbe Minute nach der Einträufelung vollständige Unempfindlichkeit der Conjunctiva und Cornea zu constatiren, in anderen Fällen dauerte es eine Minute und zuweilen auch etwas länger. Zur Unterdrückung des Schmerzes bei Anwendung von Causticis scheidet Tropa-Cocain besser zu wirken als Cocain. Dagegen liess die Wirkung der neuen Droge bei Tenotomie der Augenmuskeln, Iridectomie und Staarextraction vieles zu wünschen übrig. Zieht man nach diesen Resultaten noch den hohen Preis (fünf Dollars pro Gramm) in Betracht, so sind die Aussichten, dass das Cocain durch das Tropa-Cocain verdrängt werde, sehr gering.

#### 4. Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten. Von C. Ziem in Danzig. (Monatsschr. f. Ohrenheilk., Nr. 8 und 9, 1893.)

Z. behauptet, dass man annehmen könne, dass etwa zwei Drittel aller Augenkrankheiten von Nasenleiden ausgehen oder durch das Vorhandensein letzterer in ihrer Entwicklung begünstigt werden. Nasenkrankheiten pflanzen sich auf das Auge fort längs der Continuität, längs der Contiguität, längs der Blut- und Lymphgefäße oder längs der Nerven. Längs der Continuität fortgeleitet sind vor Allem die Krankheiten der Thränenwege, Thränenträufeln und catarrhalisch-eitriges Erkrankungen des Thränenschlauchs. Ob es ein sogenanntes nervöses oder reflectorisches Thränenträufeln bei Nasenkrankheiten gibt, hält Z. für sehr fraglich. Sollte die Rhinoscopie einen positiven Befund nicht ergeben, so darf das Vorhandensein eines Nasenleidens doch nicht ohne Weiteres in Abrede gestellt werden. Es muss dann auch noch die Probeausspülung der Nase mittelst der Druckpumpe und lauer, Iprocentiger Salzlösung vorgenommen werden. Eine solche Durchspülung zeigt oft das Vorhandensein von Eiter an, der bei vorderer und hinterer Rhinoscopie nicht zu entdecken gewesen war. In vielen Fällen wird frisches oder selbst etwas älteres Thränenträufeln, ohne jede Sondeneur, schon allein durch einige Tage oder Wochen fortgesetzte Durchspülungen der Nasenhöhle oder auch der Oberkieferhöhle mit Salzwasser geheilt. Bei Eiterung des Thränensacks oder Fistelbildung in demselben geht eine Erkrankung der Nase höchst wahrscheinlich immer voraus. Eine von der Bindehaut aus bedingte Eiterung des Thränensacks gehört zu den grössten Seltenheiten, wenn sie überhaupt jemals vorkommt. Bei eitrigem Catarrh des Thränensacks hat Z. eine primäre Eiterung der Nase bisher niemals vermisst. Mit Recht weist Z. darauf hin, dass unter solchen Umständen Cauterisationen der angeschwollenen Nasenschleimhaut nicht ein passendes Heilverfahren darstellen und man sich also nicht zu wundern braucht, wenn solche Cauterisationen einen fördernden Einfluss auf die Heilung des Thränenleidens nicht erkennen lassen.

Von radicaler Einfachheit sind Z.'s Ansichten über das Wesen und die durch das letztere geforderte Behandlungsweise der Scrophulose. „Was ist Scrophulose? Langwierige, in der üblichen Weise auch mittelst des famosen Leberthrans nicht zu heilende Augenentzündungen hat man für scrophulöse erklärt in einer Zeit, wo es eine Rhinologie noch nicht gegeben hat. Die Scrophulose geht in der Naseneiterung auf: alle Symptome der Scrophulose sind nur Wirkungen eines der

Nase entstammenden Eiters, der entweder längs der Continuität auf den Thränenkanal, das Mittelohr, den Rachen und Kehlkopf, auf den Naseneingang und die Lippen übergeht, oder auf dem Wege der Metastase in den übrigen Körper, in die Lymphdrüsen besonders des Halses, in die Haut der Wange und des Kopfes, in die Knochen und Gelenke verschleppt wird.“

Auch Trachom der Bindehaut ist mit einer primären Eiterung der Nase sehr oft verbunden, die bei einfacher Inspection allerdings nicht immer nachweisbar ist. Bei einer Reihe von Trachomkranken aus Verf. Praxis, auch bei solchen, die mit Excision der Uebergangsfalten anderwärts schon behandelt waren, fanden sich Eiterungen der Kieferhöhle z. Th. hohen Grades vor, bei mehreren in Verbindung mit Nasenpolypen, bei anderen „wahrscheinlich“ eine Eiterung auch der Stirnhöhle. Auf Erkrankung der Stirnhöhle ist vielleicht auch der von ED. MEYER u. a. A. öfters beobachtete fieberhafte Zustand und das Auftreten von Kopfschmerzen beim Ausbruche von Trachom zu beziehen. Zahllose Fälle von Leucom der Hornhaut die zu schwerer Sehstörung und Verminderung der Erwerbsfähigkeit Veranlassung geben, können nach Z. durch frühzeitige Behandlung von Naseneiterungen verhütet, den Bewohnern von Trachomländern, besonders von Egypten, grosser Nutzen so geleistet werden.

In manchen Fällen von frischer oder älterer, zum Theil für rheumatisch angesehenener Iritis bringt die örtliche Behandlung des Auges durch Atropin, Kataplasmen und dergl. erst bei regelmässiger Entleerung von Eiter aus der Nasenhöhle Heilung. Die operative Behandlung des Glaucoms, des „Priapismus des Ciliarplexus“, durch Sclerotomy oder Iridectomy sollte erst dann vorgenommen werden, wenn das Vorhandensein einer die Ausgleichung der Störung verhindernden Anschwellung der Nasen- oder Kieferhöhle ausgeschlossen ist.

Das Auftreten von sympathischer Ophthalmie erklärt sich nach Z. so, dass in Folge der durch das Trauma veranlassten Erection der Corona ciliaris eine synergische Erection auch der zweiten Corona ciliaris stattfindet (sympathische Reizung), welche, wenn andauernd, in eine richtige Entzündung übergehen kann, sofern nämlich Entzündungserreger oder Infectionsträger in der Nachbarschaft, besonders in der Nase oder ihren Nebenhöhlen vorhanden sind. Diese Theorie schliesst sich also an die Theorie SCHMIDT-RIMPLEY's an, doch legt letzterer Autor Werth auf das Vorhandensein von Infectionsträgern im Körper überhaupt, was aber den sympathischen Process nach Z. aber weniger gut verständlich macht und nicht in demselben Maasse zu positiven therapeutischen Folgerungen führt, wie die von ZIEM dargestellte Anschauung.

Durch anhaltende Nahearbeit sind bekanntlich durchaus nicht alle Fälle von Kurzsichtigkeit zu erklären. Es giebt Personen mit hochgradiger Myopie, die niemals viel gelesen oder geschrieben haben, z. B. Landleute, die nur mit starken Concavgläsern bewaffnet beim Pflügen sich zurecht finden können und bei welchen man kein anderes Moment für ihre Kurzsichtigkeit findet, als hochgradigen, langjährigen Schnupfen, der dann zu dem stärksten, oftmals wiederholten Schnauben und hierbei zu vielfacher Congestion zu dem Uvealtractus Veranlassung giebt. Eine weitere Störung der Refraction bei chronisch obstruirenden Nasenleiden, nämlich Astigmatismus, kommt so zu Stande, dass durch Verstopfung einer Nasenhälfte bei jungen Thieren Asymmetrie des Schädels und der Orbita erzielt wird (Versuche von ZIEM) und in deren Gefolge Meridianassymmetrie des Auges.

Bei den ihm zur Beobachtung gekommenen Fällen von Altersstaar hat Z. eine chronische Eiterung der Nase fast immer gefunden. Den Schluss des sehr anregenden Artikels bilden die Hinweise der Abhän-

gigkeit gewisser krankhafter Zustände der Sehnerven, des Zellgewebes der Orbita, der Augenmuskulatur, der TENON'schen Kapsel und der Lider von Krankheiten der Nase und deren Nebenhöhlen, auf welche in diesem Referate nicht des Nähern eingegangen werden kann.

##### 5. Indirect Massage of the Lens for the Artificial Ripening of Cataract.

By Edward Jackson, Philadelphia. (N. Y. Medical Journal, October 28th, 1893.)

Verf. theilt eine Reihe von Fällen mit, bei welchen er die Maturation unreifer Staare nach der von THOMAS R. POOLEY (New York) modificirten FOERSTER'schen Methode anstrebte. Die POOLEY'sche Modification besteht in der Weglassung der Iridectomy. Bei zwei Individuen von 15 bez. 33 Jahren, den jugendlichsten der ganzen Reihe, blieb das Vorgehen ohne allen Erfolg, hatte aber bei den übrigen fünf Individuen im Alter von 51 bis 64 Jahren die gewünschte Wirkung. Verf. ist geneigt, der POOLEY'schen Modification einen höhern Werth beizulegen, als dem ursprünglichen FOERSTER'schen Verfahren, jedenfalls für eigentliche Altersstaare mit grossem Kern. In keinem einzigen seiner Fälle waren nach Ausführung der Operation irgend welche Zeichen von Iritis zu beobachten.

##### 6. A Case of Sympathetic Neuritis after Evisceration of the Eyeball

By F. C. Hotz, Chicago. (The Journal of the American Medical Association, October 21st. 1893.)

Im Jahre 1887 berichtete CROSS zwei Fälle von Exenteration des Augapfels mit Einführung einer MULES'schen Glaskugel, welche von sympathischer Entzündung des andern Auges gefolgt wurde. Es wurde von den Parteigängern der Exenteration behauptet, dass dieser üble Ausgang auf Rechnung der Einsetzung des „künstlichen Glaskörpers“ zu schreiben sei. Nun theilt aber H. einen Fall von Exenteration ohne nachfolgende Einführung der MULES'schen Kugel mit, bei welchem 17 Tage nach der Operation eine sympathische Neuritis optica auftrat, sich aber bald wieder gab. Nach H. verdient die Exenteration nicht an Stelle der Enucleation eingeführt zu werden, schon wegen der so häufig zu beobachtenden sehr heftigen Reaction und des langsamen Heilungsverlaufs.

##### 7. Posterior Sclerotomy as an Immediate Preliminary to some Operations for Glaucoma. Ry H. Gifford, Omaha. (The Journal of the Amer. Med. Asso., October 28th, 1893.)

Ist der intraoculäre Druck ein sehr hoher, dann ist die Ausführung der Iridectomy mit gewissen Gefahren verknüpft: 1.) kann die Iris leicht vor das Messer gerathen oder die Incision wegen Enge der Vorderkammer unregelmässig ausfallen; 2.) besteht Gefahr der Ruptur der Zonula und in Folge dessen von Glaskörpervorfall und Subluxation der Krystalllinse; 3.) verzögerte Wundheilung; 4.) Ausbleiben der Wiederanfüllung der Vorderkammer; 5.) Ausbleiben der Herabsetzung des Augendrucks, und 6.) Berstung von Netzhaut- oder Chorioidalgefässen. Um diesen Gefahren zuvorzukommen, empfiehlt G. wenige Minuten vor Ausführung der Glaucom-Iridectomy eine schmale Incision im Bereiche der vordern Scleralzone auszuführen. Die Länge der Incision soll  $\frac{1}{8}$  Zoll betragen; sie soll in möglichst langsamem Tempo ausgeführt werden und man soll einige Minuten verstreichen lassen, ehe man zur Ausführung der Iridectomy schreitet, damit das intraoculare Gefässsystem Zeit habe, sich an die veränderten Druck-

verhältnisse zu accommodiren. Wie Verf. erst nachträglich erfuhr, hat schon PRIESTLEY SMITH ebenfalls die Scleralpunctur unter den angegebenen Verhältnissen empfohlen.

**8. A Case of Persistent Spasm of the Accommodation, Relieved Temporarily by Tenotomy of the External Recti.** By ALBERT R. BAKER, Cleveland, O. (The Journal of the Amer. Med. Asso., Oct. 28, 1893.)

Die lehrreiche Krankengeschichte ist nicht gut im Referat wiederzugeben. Es sei hier nur der Schluss des höchst treffenden Commentars des Verf. ausgeführt. Er sagt, dass er in Fällen von Asthenopie zunnächst etwa vorhandene Refractionsfehler corrigirt. Wird dadurch die Asthenopie nicht behoben, so greift er zu Prismen und systematischen Muskelübungen. Tenotomie schlägt er blos dann vor, wenn durch Prismengebrauch, systematische Muskelgymnastik oder Ausschaltung des einen Auges Erleichterung irgend welcher Art erzielt wird. Wird durch die eben genannten Mittel keine Besserung der subjectiven Beschwerden hervorgebracht, dann erwartet er kein Heil von der Tenotomie, weil unter solchen Umständen die Augenbeschwerden wohl nur den Ausdruck einer allgemeinen Neurose darstellen.

Als Curiosum sei noch angeführt, dass nach Verf. in Cleveland ganze Hospitäler mit Patienten angefüllt sind, die sich in Folge einer gegenwärtig dort grassirenden Mode das Rectum, die Vagina, die Urethra, ja sogar den Nabel von sogenannten „official surgeons“ dehnen lassen.

### Gynäcologie.

Referirt von Dr. BRETTAUER.

**Ueber Scheinrecidive nach der vaginalen Totalexstirpation des Uterus.**  
Von Dr. H. Schönheimer. (Centrbl. f. Gyn. 1893, No. 37.)

Zwei von L. LANDAU wegen Plattenepithelkrebs der Portio 4, resp. 2½ Monate zuvor operirte Kranke, zeigten im Scheidengrunde pilzartig aufsitzende Wucherungen, von Haselnussgrösse und tiefrother Farbe. Natürlich war der erste Gedanke an Recidiv des Carcinomes, jedoch die mikroskopische Untersuchung ergab ganz überraschende Resultate in beiden Fällen, die sich mit der Annahme eines Recidivs nicht in Einklang bringen liessen. In der Mitte dieser abgetragenen Wucherungen fand sich junges Granulationsgewebe, fibrilläres Bindegewebe und Züge glatter Muskelfasern. Die Oberfläche war bedeckt mit einschichtigem Cylinderepithel, drüsenartig, bald in Haufen, bald einzeln gefaltet, ein Bild, das an die papilläre Form der Erosionen erinnert.

Den sichersten Beweis, dass es sich nicht um Recidiv handelte, lieferte kurz darauf der Zufall, indem bei einer Frau, bei der der Uterus wegen Myom entfernt wurde, dieselben Wucherungen mit demselben mikroskopischen Befunde beobachtet wurden. Erst bei der nächsten Totalexstirpation fand Verf. für diesen sonderbaren Befund eine Befriedigende Erklärung. Bei Offenlassen der Scheidenwunde heilen die beiden Tubenstümpfe in dieselbe ein; bei der spätern Contraction der Narbe wird die Schleimhaut mehr und mehr nach aussen umgestülpt, während die äusseren Theile der Tubenwand sich zurückziehen.

Es lässt sich aus diesen 3 Fällen wohl sicher die Nothwendigkeit ersehen, bei der Exstirpation des Uterus auch die Adnexe zu entfernen, ein Verfahren, das heute wohl allgemein geübt wird.

**Erysipel und Gonorrhoe.** Von Dr. ALEXANDER SCHMIDT. (Centrbl. f. Gyn. 1893, No. 39.)

Es ist schon längere Zeit bekannt, und namentlich neuerdings durch Versuche erwiesen, dass Neubildungen, speziell Carcinome, durch Rothlauf merklich beeinflusst werden; dass aber dem Erysipel eine heilsame Wirkung auch bei Gonorrhoe zukomme, war bis jetzt noch nicht beobachtet. Verf. bemerkte bei einem 3jährigen Mädchen, das er wegen akuter Gonorrhoe der Vulva in Behandlung hatte, am dritten Tage am linken Oberschenkel und der Hinterbacke ein typisches Erysipel, das jedoch gegen die Vulva durch eine ca. 2 Finger breite gesunde Hautpartie abgegrenzt war. Gleichzeitig war die Temperatur auf 39·8 gestiegen, dagegen das vordem reichliche, massenhaft Gonococcen enthaltende eitrige Sekret in der Schamspalte verschwunden. Das Erysipel verbreitete sich in den nächsten Tagen über die ganze untere Extremität und war nach einer Woche abgelaufen. Die entzündlichen Erscheinungen in der Vulva und Harnröhre waren am zweiten Tage schon zurückgegangen und sind nicht recidivirt.

Mit Rücksicht auf die oft ausserordentlich lange Dauer der Gonorrhoe kleiner Mädchen und der noch öftern Erfolglosigkeit jeder eingeschlagenen Therapie, ist dieser Fall jedenfalls von besonderem Interesse; macht er doch den Eindruck, als ob Gonorrhoe und Erysipel nicht gleichzeitig bestehen könnten. Therapeutisch wäre es wohl zu gewagt, irgend welche Folgerungen aus dieser Beobachtung zu ziehen, so lange wir noch eines spezifischen Heilmittels gegen Rothlauf entbehren.

„Zur retroperitonealen Stielversorgung bei Myotomie nach Chrobak.“  
Von Prof. Dr. Rosthorn. (Wien. Klin. Wehnschr., 1893, No. 41 und 42.)

Die Resultate, die CHROBAC selbst mit der von ihm angegebenen Modification der Myomoperation erreicht, sind vor Kurzem im Centrbl. f. Gyn., 1893, No. 20, veröffentlicht. Wir ersehen daraus, dass von 38 Operirten zwei Fälle letal endigten; ein Erfolg, der sich gewiss würdig den idealen Statistiken von BRENNER und ZWEIFEL anreihet.

Als weiteren Beweis der Vorzüglichkeit dieser retroperitonealen Methode theilt uns nun R. seine Resultate mit, die sogar die mit extraperitonealer Stielversorgung übertreffen. Es sind 30 an der Prager Klinik innerhalb von zwei Jahren operirte Fälle, von denen einer an Embolie der Pulmonalarterie zu Grunde ging; allerdings fand sich daselbst auch eine circumscribte Pelveo-peritonitis suppurativa. Verf. giebt in extenso alle Krankengeschichten wieder, doch kann es nicht in dem Rahmen dieses Referates liegen, auf dieselben des Näheren einzugehen. Einzelne vom Verf. betonte Punkte mögen hier Erwähnung finden. Was die angewandte Technik betrifft, so erscheint es wichtig, dass die dem Stumpf zunächst liegende Naht der Platten der Ligamente auch noch denselben mitfasse, dass die Vernähung der Bauchfelllappen eine exacte, und dass endlich der versenkte Stumpf ein möglichst kleiner sei.

Die Gebärmutterhöhle wurde immer mit dem Thermokauter eröffnet, die Cervix immer mittelst Jodoformdocht drainirt; bei Ausschälung von intraligamentär entwickelten und tief in den Douglas reichenden Tumoren wurde noch separat durch das hintere Scheidengewölbe drainirt.

Leicht lässt es sich erklären, dass ein an solch' ausgezeichnete Erfolge gewöhnter Operateur sich bezüglich der Indikation zur Operation nicht in dem eigentlich engen Felde der meisten Gynaecologen bewege, sondern die Grenzen desselben nach eigenem Ermessen verschiebe und, wie die Thatsachen beweisen, nicht mit Unrecht.

## Allerlei.

**Dr. A. Jacobi**, Vorsitzender des Amerikanischen National-Komités des in Rom im Jahre 1894 stattzufindenden **Internationalen Medicinischen Kongresses**, theilt uns mit, dass Letzterer definitiv vom 29 März bis zum 5. April abgehalten werden wird.

Wie der „**Wratsch**“ erfährt, soll die Russische Regierung die Genehmigung ertheilt haben, den **nächsten XII. internationalen medicinischen Congress** nach Russland einzuladen.

Die „**Berl. klin. Woch.**“ theilt mit, dass an **Dr. A. Jacobi** (New York) der ehrenhafte Ruf ergangen ist, die durch den Austritt von Prof. **HENOCH** vacant gewordene Stelle des Directors der pädiatrischen Klinik in der Berliner Charité und ord. Professors der Kinderheilkunde zu übernehmen. Nach einer späteren Meldung der „**N. Y. Staats-Zeitung**“ soll jedoch **Dr. Jacobi** diesen Ruf nicht angenommen haben.

In der **Präsidentenbotschaft**, mit deren Verlesung die Legislaturperiode des **LIII. Kongresses** in Washington am 4. dieses Monats eröffnet wurde, heisst es unter Anderem: „Die Mahnungen der letzten zwei Jahre und die klar bewiesene Gefahr der Einschleppung ansteckender Krankheiten aus fremdländischen Häfen hat der Frage einer **nationalen Quarantäne** erneuertes Interesse verliehen. Um die Gesundheit unserer Bürger zu schützen, sei ein System nothwendig, das allgemeiner und harmonischer sein müsse, als das gegenwärtige, ein System, das überall direkt und prompt eingreift, das fortwährend Vorsichtsmassregeln gegen die Einschleppung von Krankheiten in Anwendung bringt, und das trotzdem die Rechte und Pflichten localer Behörden berücksichtigt.“

Am 4. d. M. verschied in Harleurere Surrey (England), der berühmte Naturforscher, Professor **John Tyndall**. Bei der gerichtlichen Untersuchung über die Ursache seines plötzlichen Todes hat sich herausgestellt, dass eine übergrosse Dose von Chloral seinem Leben ein vorschnelles Ende gemacht hat. Der Arzt, der den Verstorbenen behandelt hat, sagte, derselbe habe seit langer Zeit an acuter Schlaflosigkeit, Verdauungsbeschwerden und Rheumatismus gelitten und zur Linderung der Qualen, die er auszustehen hatte, häufig Chloral genommen.—**TYNDALL** hatte u. A. zu Anfang der siebziger Jahre die Ver. Staaten als Vorleser besucht und wurde hier überall enthusiastisch aufgenommen. Mit den durch seine Vorlesungen in Amerika erzielten Einnahmen errichtete er Stipendien für Studierende der Naturwissenschaften an den Colleges und Universities in den Ver. Staaten.

Einem Schlaganfall erlag in Halle a. S. am 21. Nov. der Gynäcolog **R. Kaltenbach**, Professor an der dortigen Universität und Director der geburtshilflich-gynäcologischen Klinik. **KALTENBACH** war am 14. Mai 1842 geboren.

Am 30. Nov. wurde in Bamberg eine Gedenkfeier veranstaltet zu Ehren von **Johann Lukas Schönlein**, dem grossen Arzt und Forscher auf dem Gebiete der Heilkunde, der am 30. Nov. 1793 in Bamberg geboren war und nach langjähriger ruhmreicher Thätigkeit in Würzburg, Zürich und Berlin, in seiner Vaterstadt gestorben ist. Der feierlichen Bekränzung des den Bamberger Marktplatz schmückenden Denkmals des Verstorbenen folgte die vom Vorstand der königl. Bibliothek in Bamberg, **Dr. Friedrich Leitschuh**, gehaltene Festrede, in welcher das Leben und Wirken von Bamberg's grossem Sohne in meisterhaften Zügen geschildert ward. Der Feier wohnten zahlreiche frühere Schüler **SCHÖNLEIN'S** von Würzburg und Berlin her bei. Ein Festmahl,

an dem sich die meisten von ausserhalb gekommenen Gäste betheiligten, bildete den Abschluss der Feier, die durch die Gegenwart von drei Enkeln des Gefeierten eine besondere Weihe erhielt.

In einzelnen Bezirken Preussens müssen nach einem diesjährigen Erlass die eintretenden Apothekerlehrlinge vom Kreissphysikus auf Farbenblindheit untersucht werden.

Die neue französische Gesetzgebung über die Organisation der medicinischen Studien enthält folgende Bestimmungen betreffend die **Ausübung der ärztlichen Praxis in Frankreich.** Art. 1. Aerzte im Besitz eines fremden Diploms, welche das französische Doctordiplom zu erlangen wünschen, können ganz oder theilweise von den Einschreibungen und theilweise von den für diesen Grad erforderlichen Prüfungen dispensirt werden. Art. 2. In keinem Falle können mehr als drei Fächer erlassen werden. Art. 3. Examenerslass wird vom Unterrichtsminister auf Vorschlag der Facultät und des vortragenden Rathes beim Unterrichtsministerium ertheilt.

Dr. Lagneau hat der Pariser medicinischen Academie einen Bericht über das Aussterben der Einwohner von Paris erstattet. Es werden jährlich gegen 600,000 Kinder in Paris geboren, deren wahrscheinliche Lebensdauer nur 28,05 Jahre beträgt. Die letzte Volkszählung ergab für Paris 2,424,703 Einwohner. Nach Lagneau's Berechnung würde nun, falls nicht durch Zuzug aus der Provinz Ersatz stattfindet, die Bevölkerungszahl von Paris nach einer Generation nur 1,698,679, nach der zweiten Generation 1,190,100, nach der dritten 833,720 und nach der vierten Generation nur 140,700 Einwohner betragen. Als Hauptursachen des Aussterbens der Pariser Bevölkerung sieht L. die grosse Kindersterblichkeit (im ersten Lebensjahre) und die Tuberculose an.  
(Brit. Med. Journ.)

### Therapeutische Notizen.

Ueber antagonistische Ausgleichung der Nebenwirkung einiger Arzneimittel.—a) Schilling (Nürnberg) hat in No. 3 des Aertzl. Intelligenzbl. vom Jahre 1883 zuerst darauf hingewiesen, dass die Erscheinungen von Hyperämie im Gehirn und Gehörorgane beim Gebrauch von Salicylpräparaten durch gleichzeitige Darreichung von Mutterkorn aufgehoben werden. Umgekehrt hat derselbe die Erfahrung gemacht, dass das Natron salicylicum sich als vorzügliches Antidot gegen die Erscheinungen von Mutterkornvergiftung bewährt. Ergoss in den ausgeheberten Magen eines Patienten, der ein Secaleinfluss von 10,0 : 150,0 auf einmal genommen und schwere Vergiftungserscheinungen bekommen hatte, 4 g. Natrium salicylicum, in 100 g. Wasser gelöst, ein und sah darauf die Vergiftungserscheinungen in ganz kurzer Zeit verschwinden. Schilling erklärt diese Wirkung dahin, dass die durch das Mutterkorn leer gewordenen Arterien des Gehirns, des Herzens etc. durch die eine Gefässhyperämie erzeugende Salicylsäure wieder reichlicher mit Blut versorgt würden. (b) Von Schilling wurde in No. 52 des Jahrganges 1885 der Münchener medicin. Wochenschr. das Amylnitrit als Antidot bei Cocainintoxication empfohlen. In gleicher Weise wie oben hat derselbe festgestellt, dass umgekehrt das Cocain ein vorzügliches Gegenmittel bei Amylnitritvergiftung ist. Eine subcutane Injection von 1 g. einer fünfprocentigen Cocainlösung vermochte die schweren Erscheinungen einer Amylnitritvergiftung in ganz kurzer Zeit zum Verschwinden zu bringen. Es soll das gefässverengende Cocain die vom Amylnitrit erweiterten Blutgefässe des Kopfes schnell constringiren und damit die Erscheinungen der Amylnitritvergiftung

beseitigen. (c) Der bekannten Thatsache, dass das Chloroform ungünstig auf das Herz einwirkt, suchte Schilling in einer Reihe von Fällen dadurch zu begegnen, dass er bei Leuten mit Klappenfehlern, Fettherz, Myocarditis etc. vor der Chloroformnarkose zur Regulirung der ungenügenden Herzaction prophylaktisch Digitalis gab; nach seinen Erfahrungen haben die betreffenden Patienten die oft lange dauernde Narkose stets vorzüglich überstanden. — Schilling empfiehlt also Salicyl bei acutem Ergotismus, Cocain bei Amylnitritvergiftung, so wie Digitalis als Präservativ bei der Chloroformnarkose von Personen mit Herzaffectationen. (Deutsche med. Woch.)

MORNUCCI hat, wie der „Farmacista Italiano“ berichtet, die Frage einer möglichst vollständigen Sterilisirung der zu hypodermatischen Zwecken verwendeten Lösungen von Heilmitteln einem angehenden Studium unterzogen und gefunden, dass sich in allen von ihm bisher untersuchten Lösungen (Strychnin, Kurare, Eserin, Morphinum, Chinin, Atropin) Mikroorganismen entwickeln können. Die Sterilisirung mittelst Hitze ändert nicht die Wirksamkeit des Strychnins und Chinins, dagegen wohl diejenige des Morphins, Atropins und Eserins, so dass diese Lösungen, wenn sie auf diesem Wege sterilisirt wurden, in grösseren Dosen injicirt werden müssen. A. empfiehlt die Sterilisirung der Spritze. Bei Atropin und Eserin rät er anstatt Wärme einen Zusatz von  $\frac{1}{10}$  Sublimat, welches, ohne die Wirksamkeit zu beeinträchtigen, die Lösungen vollkommen steril macht. Für Morphinum kennt er noch keine sichere Sterilisirungsmethode, ohne die therapeutische Wirksamkeit zu beeinträchtigen.

### Büchertisch.

**Annual of the Universal Medical Sciences.** A Yearly Report of the Progress of the General Sanitary Sciences Throughout the World. Edited by Charles E. SAJOUS, M. D. Vol. I.—V., 1893. The F. A. Davis Co., publishers, Philadelphia, New York, Chicago and London.

Dieser soeben erschienene Jahresbericht über die Fortschritte der Medicin zeichnet sich ganz besonders durch seine Vollständigkeit und Gründlichkeit aus. Es ist selbstverständlich, dass in diesem SAJOUS'schen Werk ganz besonders die amerikanische Litteratur Berücksichtigung findet; die transatlantischen Arbeiten sind aber ebenso gründlich und vollzählig besprochen worden. Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche und mit vielen trefflichen Zeichnungen versehen. Wir können unseren Lesern diese SAJOUS'schen Jahresberichte aufs wärmste empfehlen.

**Lehmann's medicin. Hand-Atlanten. Band V.:** Atlas der Hautkrankheiten mit 90 farbigen und 17 schwarzen Abbildungen, herausgegeben von Dr. KARL KOPP, München, 1893. Verlag von J. F. Lehmann. (Durch Westermann & Co. zu beziehen. (Preis: gebunden, 10 Mark.)

Die moderne Dermatologie hat in den letzten Jahren eine hohe Entwicklung gefunden, und jeder Arzt fühlt das Bedürfniss, die in den Lehrbüchern meisterhaft geschilderten Krankheitsbilder der Dermatosen durch gute bildliche Darstellungen ergänzt zu sehen. Dieser kleine Atlas enthält nun eine ausführliche Sammlung von Chromatafeln der wichtigsten Dermatosen und ist mit einem kurzen beschreibenden Text versehen. Die Bilder sind als vorzüglich gelungen und die Beschreibung als eine sehr gute zu betrachten, und können wir das Buch aufs beste empfehlen. E.



**Diagnostik der Harnkrankheiten. Zehn Vorlesungen zur Einführung in die Pathologie der Harnwege. Von Dr. C. POSNER. (Berlin 1894, Aug. Hirschwald.**

Nach einem Ueberblick über die Beziehungen der Harnleiden zum Gesamtorganismus, in dem besonders die auf Sepsis beruhenden und oft so dunklen Krankheitsbilder der sog. „Harnvergiftung“ in übersichtlichen und treffenden Zügen abgehandelt sind, werden die Harnröhrenausflüsse besprochen, wobei P. die spontane von Orificium ext. erscheinenden und der Urethra ant. entstammenden von den mechanisch erhältlichen Secreten unterscheidet, die der hinteren Urethra angehören. Besonderer Werth wird auf die mikroskop. Untersuchung der Secrete gelegt, die in den Stand setzt, die auf spezifische Infection beruhenden Ausflüsse von den hellen, glasigen, namentlich wohl aus den LITRE'schen und COWPER'schen Drüsen herstammenden Secreten zu unterscheiden, welche die damit Behafteten so sehr ängstigen und auch oft den Aerzten Spermatorrhee vortäuschen. Für die eitrigen Secrete ist der Nachweis des Gonococcus unerlässlich, für dessen Culturverfahren allerdings bis jetzt nur ein negativer Beweis — der Gonococcus wächst nur auf Blutserum, Serumagar, Blutagar — gegeben ist. (Bemerket sei hier, dass unter POSNER's Leitung unausgesetzte Züchtungsversuche gemacht werden, die schliesslich wohl zu positiven Resultaten führen dürften.) Besonderes Interesse beansprucht die Deutung der aus der Prostrata und deren Anhangsgebilden gewonnenen Secrete. Die Schilderung dieser Krankheitsbilder und besonders der hiermit verbundenen Neurosen, die inductive Art, die Secrete durch chem. und mikroskop. Untersuchung für die Diagnose zu verwerthen, ist durchaus originell und zum Theil POSNER's Verdienst. (In neuester Zeit sind auf P.'s Veranlassung vom Ref. weitere Untersuchungen dieser durch die sog. Expression der Prostata und ihrer Anhangsgebilde gewonnenen Secrete gemacht worden, welche an anderer Stelle veröffentlicht sind und die Diagnose der chron. Urethritis post. resp. die Frage, wann dieselbe thatsächlich erloschen sei, sicherer zu gestalten versprechen.)

Das 3. Kapitel behandelt die Störungen der Harnentleerung. Hier sei auf die Mahnung, die er nicht oft und dringend genug in seinen Vorlesungen hervorheben kann, die überfüllte Blase der Prostatiker vorsichtig und allmählich zu entleeren, aufmerksam gemacht. Die Unterlassung dieser Vorsichtsmaßregel resp. die Sucht, dem Patienten die grossen Harnmengen, deren er sich nicht bewusst war, ad oculos zu demonstiren, führt zu den unangenehmsten Collapszuständen und hat selbst schon den Tod verursacht.

Die beiden folgenden Capitel (4 u. 5) beschäftigen sich mit der chemisch. und mikroskop. Harnuntersuchung. Die Thatsache, dass, abgesehen von den leicht kenntlichen Nierenzellen von keinerlei Zellform mit auch nur annähernder Bestimmtheit deren Abstammung erschlossen werden kann, wird besonders betont (S. 61). Auch die Entscheidung, ob bei Pyurie, der Eiter renalen oder vericalen Ursprunges sei, ist bisher nicht ermöglicht. Hier dient als einziger und entscheidender diagnostischer Behelf das Kystoskop, das uns darüber aufklären kann, ob die Blase gesund sei (in welchem Falle die Niere den Eiter liefern muss) und uns selbst die Möglichkeit an die Hand gibt, festzustellen, welcher Urether den Eiter austreten lässt. Dasselbe gilt von der Haematurie, sei sie vesical oder renal, für die mehr als für alle anderen Erkrankungen eine recht frühzeitige Kystoskopie gefordert wird. Für die Deutung der Bakterien des Harns wird zur Erzielung feinerer Unterschiede das Culturverfahren als unerlässlich betrachtet.

In dem folgenden (6) „Inspection und Palpation“ betitelten Capitel interessirt besonders die Nierenpalpation. Hier sind die diagnostischen und speziell die differentiell-diagnostischen Symptome klar geschildert und wer sich die oft unüberwindlichen und mehr als gewöhnliche Technik beanspruchenden Schwierigkeiten in der palpatorischen Deutung etwaiger Nierenaffectionen klar vor Augen führen will, lese die wenigen Seiten, auf denen Alles zusammengefasst ist, was durch mühsamste Forschung in den letzten Jahrzehnten zur Aufhellung dieser complicirten und schwankenden Krankheitsbilder eruirt worden ist. Auch hier wird die Kystoskopie als diejenige Untersuchungsmethode hervorgehoben, die berufen ist, dieses dunkle Gebiet aufzuhehlen. Die Bedenken P.'s gegen die bimanuelle Untersuchung (der rechte Zeigefinger im Rectum, die linke Hand über der Symphyse) können wir wenigstens in dem Grade nicht theilen, vorausgesetzt dass man lege artis und mit der durch die anatomischen Verhältnisse bedingten Vorsicht verfährt. Dagegen stimmen wir P. in der dringenden Empfehlung der Rectalpalpation bei allen Blasenleiden bei. Die Erkenntniss einer Reihe von dunklen und oft missdeuteten Symptomencomplexen, die ihren Ursprung in chronischen Erkrankungen der Prostata haben, wird oft in ihren geringen anatomischen Abweichungen nur durch diesen Untersuchungsmodus ermöglicht.

Die folgenden Capitel (7 und 8) behandeln die Untersuchung der Harnröhre, und zwar die Sonden- und endoskopische Untersuchung. Als wichtigstes und erstes diagnostisches Mittel zur Feststellung intraurethraler Affectionen bedient sich P. der Knopfsonde. Sehr wichtig erscheint uns die Möglichkeit, mit ihr die Länge der Harnröhre festzustellen, deren Bestimmung für die pars posterior oft von entscheidendem diagnostischem Werthe ist. Noch wichtiger erscheint es uns, durch sie eine Deviation ev. auch eine Senkrechtstellung der pars post. festzustellen. In Fällen von Prostatahypertrophie, wo die Drüse sich weniger nach dem Rectum als nach der Urethra hin vorwölbt, bietet eine solche lege artis vorgenommene Sondenuntersuchung die einzigen diagnostischen Anhaltspunkte und giebt den richtigen Weg für die einzuführenden starren Instrumente an. In Fällen hochgradigster Strikturen führt das auf S. 93 ff. angegebene Verfahren, wie sich Ref. auf der Posner'schen Poliklinik überzeugte, oft zu überraschend günstigen Erfolgen.

Was nun die im folgenden Capitel (8) abgehandelte Endoskopie betrifft, so theilt Ref. vollkommen den ziemlich abweisenden und pessimistischen Standpunkt P.'s ihm gegenüber, der ja, wie Ref. persönlich wahrnahm, von Nirzze noch viel weiter getrieben wird; es steht jedoch fest, dass, soviel die Kystoskopie gehalten hat und für die Zukunft noch verspricht, die Endoskopie der Urethra wenig thatsächlichen Nutzen uns bis jetzt gebracht hat. Den einzigen diagnostischen Werth würde nach P. die Endoskopie für ganz circumskripte Erkrankungen der Schleimhaut und ev. Neubildungen haben. Auch muss die Anschauung P.'s, dass der durch die endoskop. Untersuchung der hinteren Harnröhre ev. erzielte Nutzen in gar keinem Verhältnisse zu dem nicht unerheblichen Reiz stünde, als zutreffend aufgefasst werden.

Geradezu klassisch ist die Schilderung der im folgenden Capitel (9) besprochenen Kathetrisirung der Blase und der hierbei in Betracht kommenden Instrumente. Die Einführung der starren Instrumente ist durch die von P. befürwortete Methode erleichtert und bietet, wenn man die hierbei in Betracht kommenden anatom. Verhältnisse berücksichtigt (Fig. 31) besonders dem Ungeübten so angenehme Vortheile, dass, wer sie hat üben sehen und sie selbst geübt hat, mit P. darin übereinstimmen wird, dass sie eine „unvergleichliche Sicherheit und Bequemlichkeit“ bietet und den in chirurgischen Lehrbüchern bisher

geschilderten Touren (Tour du ventre, tour de maître) unbedingt vorzuziehen ist. Den humanen und von jedem ev. Reizzustande bedingenden Eingriffe scheuenden Anschauungen P.'s entspricht seine einschränkende Indicationsstellung der Steinsonde gegenüber (zu diagnost. Zwecken), der er die Kystoskopie, wo immer sie ausgeführt werden kann, unbedingt vorzieht.

Das letzte (10) Capitel endlich beschäftigt sich mit der Untersuchung der Blase, die für P. mit der Kystoskopie identisch ist. Kurz und übersichtlich sind diejenigen Thatsachen, die bis heute als feststehend aufzufassen sind, zusammengestellt, so dass man auf wenigen Seiten über das auf diesem Gebiete Massgebende orientirt wird. Berücksichtigt wird dabei nur das Untersuchungskystoskop, das Irrigationskystoskop nur flüchtig gestreift, während des neuerdings von NITZE wesentlich verbesserten Operationskystoskops nicht Erwähnung gethan wird. Die ganze Schilderung aber ist von dem enormen Werthe der Kystoskopie für die Diagnostik der Blasen und eventuell auch Nierenbecken resp. Nierenaffectionen durchdrungen. Der Satz: „Der Diagnostik der chirurgischen Nierenkrankheit wird aus der kystoskopischen Methodik eine grosse und bedeutungsvolle Zukunft erwachsen“ ist heute als unbedingt berechtigt aufzufassen. Deswegen ist auch die Forderung P.'s, die Erweiterung der (weiblichen) Urethra im Zeitalter der Kystoskopie sei unbedingt verwerflich, zu billigen. Auch der zu diagnostischen Zwecken bisher geübte THOMPSON'sche mediane Schnitt ist durch die Kystoskopie als unnöthig verdrängt.

Angeschlossen ist eine sehr kurze und werthvolle Symptomatologie der gewöhnlichsten Erkrankungen der Harnwege.

Wer sich schnell und sicher über die bei der Diagnose der Harnwege massgebenden Thatsachen orientiren will, wird das Buch mit grossem Nutzen studiren, und selbst der erfahrene Fachmann wird in denjenigen Capiteln, denen die Originalität und die reiche Erfahrung des Autors aufgeprägt sind, vieles Neue und Wissenswerthe finden. Besonders werthvoll sind die mit grossem Fleiss und seltener Exactheit zumeist nach eigenen Zeichnungen P.'s angefertigten Abbildungen, die selbst den Neuling auf einen Blick zu orientiren vermögen.

Dr. M. KROTOSZYNER,  
San Francisco, Cal.

## Der Tabak und seine Einwirkung auf den menschlichen Organismus.

Eine chemische, physiologische, pathologische Studie. Von Dr. LUDWIG JANKAU. München 1894.

Diese Arbeit entstand auf Grund von Beobachtungen hin, die der Verfasser in seinem Specialfach gesammelt, Beobachtungen nämlich über die Beziehungen des Tabakrauchens zu den Rachen-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. In dieser Schrift ist ein ausgezeichnetes Beispiel gegeben, wie der Specialist dem praktischen Arzt, aber auch den Specialisten anderer Fächer als dem seinigen zu Hülfe kommen kann. Denn welchem practischen Arzt, welchem Specialisten, sei es welches Fach es auch sei, müssen nicht neue Aufschlüsse, neue Beobachtungen über Tabakrauchen von Interesse sein; sei es dass diese Beobachtungen, wie hier von einem Specialisten der Mund-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, sei es dass sie von einem Nervenpathologen, oder von einem Specialisten der Magenkrankheiten, einem Ophthalmologen oder selbst von einem Gynaecologen angestellt worden sind.

In kurzen Zügen, jedes Wort anziehend, gibt uns der Verfasser eine geschichtliche Einleitung über den Tabak, ein kurzer, aber interessanter Beitrag zur Welthistorie und besonders der Culturgeschichte.

Aus dem Inhalt ist besonders hervorzuheben das Capitel über die Hygiene der Tabakarbeiter. Hier werden die hier und da von den Schriftstellern übertrieben geschilderten Gefahren der Beschäftigung mit Tabak in einer der Wahrheit entsprechenden Weise besprochen. Merkwürdig ist die angeführte Thatsache, dass die Morbidität und Mortalität während der letzten Cholera-Epidemie in Hamburg unter den Tabakarbeitern eine auffallend geringe war.

Das Capitel über Chemie und Physiologie des getrockneten (fermentirten) Tabaks gibt alles Wissenswerthe aus der Literatur; daran schliessen sich des Verfassers eigne Experimente an Thieren über die Wirkung des Nicotins im Cigarrenrauch.

Die physiologischen Untersuchungen Dr. JANKAU's verfolgten den Zweck zu zeigen, wie es zu ermöglichen, von der Mundhöhle den dem Organismus schädlichen Stoff zurückzuhalten und das Cigarrenrauchen zu einem unschädlichen zu machen.

Die Versuche, heisst es im Capitel über Pathologie, die man angestellt hat, um auf chemischem Wege die Tabake zu entnikotinisiren und so das Rauchen unschädlich zu machen, haben zu keinen ermunternden Resultaten geführt. Die aus solchem präparirten Tabake hergestellten Cigarren waren geschmacklos, d. h. ausser dem Nicotin waren dem Tabak auch alle aromatischen Substanzen entzogen.

In der Aetiologie der Nervenkrankheiten spielt das Rauchen eine bedeutende Rolle. Von der Neurasthenie angefangen bis zu den schweren organischen Nerven und Gehirnerkrankungen hat man öfters zu starkes Tabakrauchen als ätiologisches Moment angeben können; dieser Thatsache ist in dem Capitel Pathologie ausführlich Rechnung getragen, vor allem aber ist die Darstellung der Affectionen des Halses, der Nase, des Rachens, des Nasenrachenraums und der Ohren beachtenswerth, da hier ein grosses eigenes Material vom Verfasser benutzt worden ist. In 200 Fällen von starken Rauchern, die Verf. untersuchte\*) fand er 74 Fälle mit Veränderungen in der Mundhöhle. Unter diesen 74 konnte bei 22 Fällen die Syphilis als Causa in Betracht kommen, während für die übrigen 52 Fälle nur das Rauchen als schädliche Ursache genannt werden konnte.

Beschrieben ist die Beziehung des durch das Rauchen verursachten Reizes zu Erkrankungen des Rachens und des Nasenrachenraumes, eine Beziehung, die von anderen Autoren abgesprochen wird.

Dr. J. sah bei Rauchern in 12 von 200 Fällen leichte acute Entzündung des Trommelfelles, welche Affection er theilweise auf locale Reizung, theilweise auf Nicotinwirkung zurückführt. Er kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schluss, dass vielleicht dem Tabakrauch eine weit grössere Rolle in der Aetiologie der Ohrenerkrankungen zukommt, als zur Zeit angenommen wird. Er empfiehlt Rauchern Wattebäuschchen in den äusseren Gehörgang zu bringen.

Bei 27 von den 200 untersuchten Fällen konnte Laryngitis chronica constatirt werden. Hier wie in den vorerwähnten Erkrankungsfällen nimmt er das Tabakrauchen als Entstehungsursache an.

Die Fälle die sich einer Therapie unterwarfen, d. h. das Rauchen einstellten, kamen in kürzester Zeit zur Heilung.

Ein Abschnitt ist den Affectionen der Augen und des Magens gewidmet.

---

\*) Zu seinen pathologischen Untersuchungen nahm Dr. J. nur Raucher, die täglich 5 bis 20 Stück Cigarren rauchten, Raucher, die keineswegs über besondere Beschwerden in Folge des Rauchens klagten und auch sonst von Symptomen, die auf irgendwelche Organerkrankungen hinweisen konnten, frei waren.

Die in Folge des directen Reizes entstehende Augenaffection ist die Conjunctivitis. Dr. J. fand unter 200 untersuchten Fällen 13, die an Conjunctivitis litten. 9 Fälle betrafen dunkle Augen, vier Fälle blaue oder graue Augen. Es stimmt dies mit der grösseren Empfindlichkeit der dunklen Augen überein. Verf. untersuchte während eines Winters 25 Fälle, theils Kellnerinnen, theils Buffetdamen, die sich lange in raucherfüllten Räumen aufhalten mussten, und konnte bei fast allen eine doppelseitige, theilweise hochgradige Conjunctivitis constatiren. Es waren hauptsächlich die mit dunklen Augen, die sehr vom Tabakrauch belästigt werden. Am wenigsten werden Diejenigen, welche Brillen tragen, durch Rauch belästigt.

Eingehend ist die Tabakamblyopie abgehandelt.

Da die Magenaffectionen in Folge des Tabak- und Cigarrenrauchens bis jetzt noch keine besondere Beachtung gefunden haben, so sind auch hier die von Dr. JANKAU mitgetheilten Beobachtungen und Untersuchungen an 200 Fällen von Werth.

Die Hauptklage der 200 Fälle war die Pyrosis. Fast  $\frac{3}{4}$  der Fälle klagte über Sodbrennen. Die Einen (37) wollten Sodbrennen mehr bei nüchternem Magen gehabt haben, bei 65 Fällen soll es sich hauptsächlich nach dem Essen beim Rauchen eingestellt haben, während die übrigen 42 angaben, es nänge von der Cigarre ab, die sie rauchen. Untersucht wurden auch die Wirkung des Rauchens auf den Appetit und die abführende Wirkung des Cigarrenrauchens.

Bei 102 Fällen trat Verstopfung ein, sobald das Rauchen auch nur kurze Zeit ausgesetzt wurde. 35 gaben an, Stuhlgang zu haben, wenn sie nach dem Frühstück rauchten; sonst nicht, oder doch nur sehr festen Stuhl unter Beschwerden. Sieben Fälle berichteten über Diarrhoen, die sie im Anschluss an sehr starkes Rauchen bekommen. Bei 14 Fällen — es waren neuropathisch belastete Individuen — zeigte sich nach dem Rauchen Druck in der Magengegend. Dr. J. glaubt, dass diese Empfindlichkeit des Magens eines der ersten Symptome einer allgemeinen Neurasthenie sei.

Bei den 200 Fällen zeigte in 159 das Tabakrauchen einen Einfluss auf das Nervensystem, 79 zeigten eine deutliche Zunahme der Herzaction. Vier Fälle durften schon zur Tachycardie gezählt werden.

Die Frage, ob Tabakrauchen dem Organismus schädlich wird, obgleich auch günstige Wirkungen des Rauchens in Betracht gezogen werden, bejaht.

Verfasser fragt, warum sollte es nicht möglich sein, den Nutzen, den uns die Verbreitung dieses Genussmittels für Handel, Landbau und Gewerbe gebracht, ohne den Schaden, die günstige Wirkung auf den menschlichen Organismus ohne die Schädlichkeiten uns zu erhalten?

Er construirte eine Cigarre die etwa 2 cm. von der Spitze einen, den ganzen Wickel und Umblatt umfassenden sterilisirten Wattestreifen trägt. — Die Erfolge mit dieser Cigarre waren gute. — Die physiologischen Untersuchungen, die im Original ausführlich mitgetheilt werden, zeigen, dass die schädlichen Stoffe auf der Watte zurückbleiben. Untersucht man den Rauch, der durch die Watte zum Munde kam, so war er nur Träger von aromatischen Stoffen ohne Gift. Thierversuche mit diesem condensirten Rauch fielen vollständig negativ aus.

Dr. A. ROSE.

## Personalien.

VERZOGEN:

Dr. J. ROSENBERG nach 109 E. 71. St.

Dr. LEO G. GOLDBERG nach 213 Henry St.

## SITZUNGSBERICHTE.

## Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

17 West 43. Strasse.—Sitzung vom 5. Juni 1893.—Präsident: Dr. J. W. GLEITSMANN.

Dr. Sarah Welt stellt ein 16 Monate altes Kind mit Milztumor vor: Beckie Radus, 16 Monate alt, hier geboren, wurde anfangs Juni auf die Kinderabtheilung des Mount Sinai Dispensary gebracht und wurde dabei von der Mutter folgende Anamnese erhoben: Pat. ist hereditär nicht belastet und wurde bis zum 14. Monate gestillt. Bald nach ihrer Geburt litt sie häufig an Krämpfen und am Ende des ersten Jahres während einiger Wochen an Magen- und Darmkatarrh; bald darauf soll sie während einiger Tage an Intermittens gelitten haben, welches jedoch nach Verabreichung einer Flasche Medizin wegblieb. Die ersten Zähne erschienen Ende des achten Monats. In den letzten zwei Wochen soll Pat. appetitlos und unruhig gewesen sein und zuweilen auch gehustet haben.

Status praesens: Blasses und schlecht genährtes Mädchen mit normaler Temperatur, kann weder gehen noch ohne Hülfe stehen. Neben mässiger Anschwellung der axillaren und inguinalen Lymphdrüsen bemerkt man rachitische Auftreibungen der Rippenknorpel und Epiphysen. Die Organe des Thorax sind normal. Die Untersuchung des Abdomens ergibt eine stark vergrösserte und sehr leicht bewegliche Milz, welche mit ihrem untern Ende fast an die crista ilei, mit ihrem vordern Rande nahezu an die linea alba reicht; hebt man den vordern Rand empor, so kann die innere Hälfte abgetastet werden. Auch die Leber ist vergrössert und ragt mit ihrem untern Rande drei Finger breit über den rechten Rippenbogen.

Bei der Untersuchung des Blutes, die Dr. Garrigues jun. die Güte hatte, vorzunehmen, fand sich das relative Verhältniss zwischen rothen und weissen Blutkörperchen nicht wesentlich verändert. Die Anzahl der rothen Blutkörperchen in Cmm. beträgt 4 320,000, der Haemoglobingehalt aber nur 41 Prozent.

Rücksichtlich der Diagnose liegt es wohl am nächsten, bei den ziemlich ausgesprochenen Symptomen an Rachitis zu denken. Gegen Leukaemie spricht das Ergebnis der Blutuntersuchung.

Da nach den allerdings nicht ganz zuverlässigen Angaben der Mutter das Kind an Malaria gelitten haben soll, so wird wohl vorerst die Anwendung von Chinin am Platze sein. Sonst eine antirachitische Behandlung.

Discussion: Dr. Torek fragt, ob das Blut auf Malariaparasiten untersucht worden sei. — Dr. Welt verneint dies, doch soll das Kind früher jeden zweiten Tag sich schlechter befunden haben. — Dr. Torek; Man hätte in dem vorliegenden Falle die Differential-Diagnose zwischen Malaria, Rachitis und Pseudoleukaemie zu ziehen. Eine Untersuchung auf Malaria-Plasmodien würde in Betreff der ersteren Diagnose von Wichtigkeit sein. Pseudoleukaemie dürfe man nicht ausser Acht lassen, da bei dieser Krankheit nur geringe Veränderungen des Blutes vorhanden sind, vielleicht sogar Verminderung der Zahl der Leucocyten. Die Drüsenorgane hingegen sind vergrössert. — Dr. Weber hat Fälle von Pseudoleukaemie gesehen, die mit dem vorliegenden Falle nicht übereinstimmen. — Dr. Welt macht darauf aufmerksam, dass Rachitis und Pseudoleukaemie bisweilen ganz graduell in einander übergehen. Der vorliegende Fall sei ohne Zweifel rachitisch und stehe vielleicht auf der Grenzlinie zwischen diesen beiden Krankheiten.

Das Protokoll der Mai-Sitzung wird verlesen und angenommen.

Es folgt der Vortrag Dr. L. Heitzmann's: „Ueber die Fortschritte der Bakteriologie in den letzten Jahren.“ (Abgedruckt in der Med. Monatschrift.)

Discussion: Adler hat sich seit drei Jahren mit der parasitären Natur des Carcinoms beschäftigt. Es handelt sich um zwei fundamentale Fragen: 1) Giebt es überhaupt Protozoen in den Carcinomen? Es kommt viel auf die Methode der Untersuchung an. Die Präparate müssen frisch sein. Manche haben nur Pikrinsäure gebraucht, andere nur andere Präparate. Ferner gehört viel Selbstkritik dazu, dass man nicht alles Fremde als Protozoen ansieht. Manche sogenannte Protozoen sind nur Zellverklumpungen, Chromatin-

absprengungen, Einschachtelungen, Degeneration der Epithelzellen. Alle diese und ihre Uebergänge kann man verfolgen. Jedoch ein Rest bleibt übrig, den man als Protozoen ansehen könnte. Dieselben entsprechen den Mikrosporidien. Damit ist jedoch noch nicht der Beweis geliefert, dass diese wirklich Protozoen sind. Es mögen eigenartige Degenerationen mit sichelförmigen Gebilden sein. 2) Sind diese Dinge mit der Aetiologie des Carcinom zusammenzubringen? Die Koch'schen Regeln seien uns massgebend. Wenigstens muss der Parasit unbedingt constant vorkommen. Diese Constanz fehlt aber absolut beim Carcinom. Ferner müsste man verlangen, dass dieses Protozoon mit dem Wachsthum des Carcinom zusammengehe, jedoch werden diese Gebilde gerade in den ältesten Theilen des Carcinom gefunden, während sie in den neuesten Theilen absolut fehlen. Bis jetzt fehlt jeder Anhaltspunkt für die Annahme, dass die Aetiologie des Carcinom auf Parasiten beruhe. — L. Fischer wundert sich, dass der Vortragende nichts über die bakteriologische Diagnose der Diphtherie erwähnt habe. Die Frage der Immunität sei wichtig und interessant. Pasteur und Koch haben dieselbe Methode der Schutzimpfung gebraucht; Behring ebenfalls. Die Immunisirung sollte sich nicht nur auf Kinder erstrecken, die der Infection ausgesetzt worden sind, sondern auch auf andere. Bakteriologen sollen angestellt werden, die zweifelhafte Fälle von Diphtherie, Cholera und Influenza competent untersuchen. — C. Heitzmann fragt, welche Linse und Vergrößerung für die ausgezeichneten Photographien benutzt wurde? — F. Adler: Zeiss' homogene Immersion mit nahezu 2000facher Vergrößerung. — C. Heitzmann begrüsst mit Freude die photo-mikrographische Darstellung des Netzwerkes im Protoplasma, welches er vor 20 Jahren beschrieben hat. Er hatte das Netz und dessen Knotenpunkte, die Körnchen und den Kern als die lebende oder contractile Materie aufgefasst, weil er diese Bildungen anwachsen und sich bewegen sah. Was man seit Virchow als Einschlüsse der Krebs-Epithelien kennt, ist weiter nichts, als vergrösserte Klümpchen der lebenden Materie. Was man als abgesprengtes Chromatin bezeichnet, ist gleichfalls lebende Materie. Wenn man eine so sinnlose Bezeichnung wie „Chromatin“ fallen liesse, so könnte eine Einigung über die Bedeutung der Einschlüsse leicht erzielt werden. — Schapringler fragt, wie die Untersuchungen sich bei den Metastasen verhalten. — Adler: Gerade so, wie bei den primären Carcinomen, aber nie sind die fremden Gebilde an der Wachstumsgrenze. — Rachel meint, dass die Immunität gegen Diphtherie wohl nur von kurzer Dauer sein kann, da man häufig davon befallen sein kann. — Fischer: Bis jetzt sind die Kinder 6–8 Wochen immun geblieben. — L. Heitzmann im Schlusswort: Da es unmöglich ist, das ganze Feld der Bacteriologie zu erschöpfen, hat er die Diphtherie nicht berührt. Glaubt Dr. Adler, dass die in seinen Photographien gezeigten Einschlüsse Protozoen sind? — Adler enthält sich darüber jeder definitiven Aeusserung.

Abstimmung über die Candidaten resultirt in der Erwählung der Doctoren Solon und Meisch zu Mitgliedern.

Dr. von Ramdohr stellt ein Schema zur Aufzeichnung der Untersuchungen bei Entbindungen und zwei Taschen, welche die bei Entbindungsfällen nöthigen Instrumente und Apparate enthalten, vor.

Vorgeschlagen wurden die Herren: Dr. E. Loewenbein, Leonard Landes, Fred. W. Klein, I. Neumann, A. Spottke. — Schluss und Vertagung.

Dr. FRANZ TOREK, stellvertretender protok. Sekretär.

17 West 43. Str.—Sitzung vom 11. September 1893.—Dr. Rachel präsidiert.

Die Verlesung des Protokolls der Juni-Sitzung wird bis auf Weiteres vertagt. — Dr. Rose verliest die Briefe, welche er von Prof. Pasteur aus Paris und Dr. L. Conrad aus Wiesbaden erhalten hatte, worin dieselben die ihnen zugewiesene Ehre als Ehrenmitglied (Pasteur), resp. correspirendes Mitglied (Conrad) der Deutschen Med. Gesellschaft der Stadt New York mit Dank annehmen.

Vortrag. Dr. Beck: „Empyem und seine Behandlung“ (Abgedruckt in der Med. Monatsschrift.)

Discussion: Dr. F. Lange: Dr. Beck hat wohl den Standpunkt eingenommen, welcher heutzutage für die Behandlung des Empyems seitens der Chirurgen getheilt wird, es müsse jedoch daran erinnert werden, dass nach den vorliegenden Statistiken man von einer so ausschliesslichen Berechtigung der Schnittoperation mit Rippenresektion nicht sprechen könne. Er selber habe

keine Erfahrung über die Bülow'sche Aspirations-Drainage, es habe ihn aber interessirt zu lesen, dass dieselbe für beinahe 90 Procent der leichteren Fälle vollkommen ausreiche: Man könne also nicht den Stab darüber brechen, wie Beck es gethan, und müsse es als fraglich hinstellen, dass die Entfernung der Fibrin-klumpen eine solche *conditio sine qua non* für die Genesung sei, wie Dr. Beck es hingestellt habe. Wahrscheinlich verfallt ein Theil dieser Fibrin-Ausschwitzungen einer fettigen Metamorphose und werde resorbirt oder gehe unter günstigen Bedingungen eine Umwandlung in ein Dauergewebe ein. Er selber habe es sich allerdings auch stets angelegen sein lassen, die manchmal in erstaunlicher Masse anwesenden Fibrinmassen zu entfernen. Dieselben fänden sich gelegentlich in den abhängigen Theilen der Pleurahöhle in mächtigen Klumpen zusammengeballt. In manchen Fällen aber zumal frischeren, sei es ganz unmöglich eine so gründliche Reinigung der Pleura von allen Fibrinniederschlägen zu erreichen, wie es Dr. Beck verlangt. Erstens hafte hierzu die Fibrinschicht zu fest und zweitens sei manchmal die Höhle so gross, dass eine sichere Reinigung in alle Winkel des buckligen Raumes hinein nicht zu erreichen sei. Vor einer Abkratzung der Pleura pulmonalis behufs Entfernung fest anhaftenden Fibrinrasens warne er. Man veranlasse dadurch capilläre Blutungen und hinterlasse eine Wundfläche. Es bleiben also gelegentlich Fibrinniederschläge in grösserer Menge zurück und doch sehe man in solchen Fällen anstandslos Heilung eintreten. Allerdings spülen sich ja während der Nachbehandlung gelöste Theile des Fibrinfilzes aus, aber selten in solcher Menge, wie es dem zurückgelassenen Theil desselben entsprechen dürfte. Dass ferner die grosse Zahl von Fällen, welche nach der Bulan'schen Methode geheilt worden sind, nicht zum Theil diese Fibrinniederschläge in grösserer Menge enthalten haben sollten, ist doch sehr unwahrscheinlich.

Hinsichtlich der Schnittführung, habe er die hinteren abhängigen Partien bevorzugt, wo es die Localisation des Empyems gestatte. Die hintere Axillarlinie oder die Partie noch weiter rückwärts in der Höhe der 8-9ten Rippe sei für ihn in der grössten Mehrzahl der Fälle die bevorzugte Gegend. Aus mechanischen Gründen biete sie Vortheile gegenüber dem Schnitt mehr vorne, wie ihn Dr. Beck empfiehlt. In Fällen von früheren Entzündungen und Adhäsionen müsse man sich wegen des möglichen Hochstandes des Zwerchfells vorsehen. Er rathe stets, schichtweise präparirend vorzugehen. Eine Verletzung des Zwerchfells wird alsdann sicher vermieden werden.

Er habe zweimal grosse nekrotische Lungenstücke aus der Operationswunde entfernt, das eine Mal fast den ganzen unteren Lappen in einem Falle von embolischer Gangrän bei puerperaler Septico-Pyämie, das zweite Mal bei einem Patienten, der lange Zeit vorher an den Erscheinungen der Bronchiectasie gelitten hatte und dann an Pleuropneumonie und Empyem erkrankte. In diesem Falle wurde das Leben erhalten. Der Patient hat sich erstaunlich erholt, trägt aber noch ein Drainrohr in einer ganz minimal secernirenden Fistel.

Er chloroformire seine Kranken fast ausnahmslos. In dem letzt erwähnten Falle habe er die Schleich'sche Cocain-Anaesthesie gebraucht, bis die Eiterhöhle entleert war, sei aber behufs Entfernung einer zweiten Rippe dann zur Chloroform-Narkose übergegangen. Bei Pyopneumothorax müsse man bei der Lagerung des Patienten darauf bedacht sein, dass nicht das gesunde Lungengebiet überschwemmt wird, auch aus dem gleichen Grunde mit Spülungen sehr vorsichtig sein. Er habe mehrere solcher Patienten in sitzender Stellung operiren müssen. Behufs Reinigung der Pleurahöhle brauche er meist Borsalicyl in Körpertemperatur, verbinde und spüle aber so selten als möglich. Der Verband an sich sei allemal eine Schädlichkeit insofern, als dabei die bereits ausgedehnte Lunge zum Theil immer wieder collapsire. Um der Ausdehnung der Lunge bei der Athmung Vorschub zu leisten, lege er eine Schürze von Gummipapier über einen kleinen Jodoformgaze-Verband, so dass letzterer nach allen Seiten hin mindestens einen Zoll weit überragt wird. Darüber komme dann der grosse Deckverband. Das Gummipapier arbeite wie ein Ventil, welches bei der Expiration der Luft den Austritt gestatte, sich aber während der Inspiration fest der Thoraxwand anlege. Solange die Höhle septisch sei, brauche er diesen Verschluss nicht. Mit den grossen Thoracoplastiken wie sie Schede empfohlen, habe er bis jetzt nichts erreicht. Es handelte sich freilich um einen tuberculösen Patienten, welcher allmählich an Erschöpfung zu Grunde ging. Dagegen habe er in grösserer Zahl ausgiebige Rippenresectionen gemacht. Dieselben müssten, um wirksam zu sein, die hintere Convexität der Rippe



inbegreifen. Aufgefallen sei ihm die Behauptung von Dr. Beck, dass er bei seinen Empyemfällen ein sofortiges Einsinken der Rippen beobachtet habe und dass es ihm in dem Falle von Thoracoplastik, in welchem er bezüglich der Methode die Priorität beansprucht, nach der vorderen Trennung sogleich möglich gewesen sei, die Rippen gegen das *cavum Thoracis* hineinzudrücken. Nach seiner eigenen Erfahrung federe nach der Trennung der Rippe das Wirbelsäulenende eher etwas hervor, während das periphere allerdings etwas einsinke. Uebrigens sei die von Dr. Beck angegebene Methode nicht neu, wie aus einer Notiz in den Arbeiten von Schede über Empyem zu ersehen sei. Er selber habe einige der von Schede nach dessen Methode operirten Fälle von Thoracoplastik gesehen. Sie wiesen allerdings groteske Veränderungen des Thorax auf, seien aber doch Triumphe und Meisterstücke der modernen Chirurgie. Interessant war, dass sich in diesen Fällen der kümmerliche Rest von Lungengewebe bis zu einem gewissen Grade wieder entfaltet hatte, vermuthlich in Folge der directiven Wirkung der äusseren Athmungsmuskeln. Der Eingriff sei aber ein ganz gewaltiger. Er selber habe in einem Falle von altem Empyem bei einem Kinde sich so geholfen, dass er die Rippen in grosser Ausdehnung ohne Verletzung der Weichtheile über den resecirten Enden subperiostal herausgeschält habe. Zu diesem Zweck wurde ein Schnitt parallel der Wirbelsäule, ein anderer vorne etwa entsprechend der vorderen Axillarlinie geführt, die einzelnen Rippen vorne und hinten getrennt und nur aus ihren Periosteylindern herausgeschält und mit einer schliesslichen Torsion enternt. Die Operation sei relativ wenig eingreifend und hinterlasse eine bewegliche Thoraxwand, welche sich ausgiebig nach innen drücken lasse. In einem andern Falle habe College W. Meyer auf seinen Rath diese Methode versucht und zwar bei einem Erwachsenen, wo ihm die Schwierigkeiten grösser zu sein schienen. Inwieweit die Methode wirksam sein konnte, lasse er vorläufig dahingestellt. Bei dem Kinde wirkte sie vortrefflich. Dasselbe zum Skelett abgemagert, erholte sich sehr schnell und die Secretion war fast null, als die Patientin sich vor den Ferien zum letzten Mal zeigte. Die höchste der so resecirten Rippen war die dritte. Es gelang sehr gut, dieselben unter dem Schulterblatt her herauszuschälen. Er empfehle dazu Elevatorien mit besonders langer, schlanker Klinge. — Dr. Heitzmann glaubt, die Ursache und Aethiologie stützt sich auf eine infectiöse Basis. Das Wort Klumpen möchte Heitzmann in Fibrin-Klumpen verändert sehen. — Dr. Kiliani glaubt, dass die Bilow'sche Drainage sehr schwierig in Privatpraxis auszuführen ist. — Dr. Cook möchte wissen, ob Dr. Beck in jedem Empyem-Fall bei Kindern Fibrin-Klumpen vorfand. — Dr. Beck: Herr Dr. Cook möchte ich sagen, dass ich diese Klumpen in den meisten Fällen der Empyeme bei Kindern fand. Dr. C. Heitzmann ist Dr. Beck dankbar, dass derselbe ihn aufmerksam machte, dass die Ursache des Empyems auf infectiöser Basis beruht, doch glaubt Beck, dass auch Temperaturwechsel als Aetiologie des Empyems in Betracht zu ziehen sei. Es wundert ihn sehr, dass Dr. Lange die Aspiration günstig beurtheilt; seiner Ansicht nach ist es auf diese Weise unmöglich, auszufinden, ob Fibringerinsel, resp. Klumpen vorhanden sind. Betreffs der Resection bemerkt Dr. Beck, dass er nur bis zur sechsten Rippe resecirt, damit nicht die Leber oder das Peritoneum verletzt würde.

Abstimmung über die Candidaten ergibt deren Aufnahme. — Es folgt der Vortrag von Dr. von Ramdohr: „Erster Jahresbericht der Geburtshilflichen Poliklinik der N. Y. Postgraduate Medical School“. — An der Discussion theilnahmen sich die Herren C. Heitzmann, Beck und Rachel. — Schluss und Vertagung.  
Dr. B. W. STIEFEL.

17 West 43. Str.—Sitzung vom 2. October 1893.—Präsident: J. W. GLEITSMANN.

Vorstellung von Patienten: Dr. Sara Welt stellt folgende zwei Fälle vor: 1) Fall von *Lekamia lianalis*; mikroskopische Präparate des Blutes werden vorgelegt; man bemerkt an denselben eine kolossale Vermehrung der weissen Blutkörperchen; die rothen Blutkörperchen sehen blass aus; sie haben offenbar nicht den normalen Haemoglobingehalt. 2) Patientin mit Diabetes insidius nebst Lähmung des Oculomotorius in allen seinen Zweigen.

Discussion: Dr. Fischer bemerkt, dass er Fall I längere Zeit beobachtet habe, und dass Pat. einen kolossalen Bandwurm gehabt hatte. — Dr. Koller giebt eine Erklärung für die complete Oculomotoriuslähmung und stellt eine gute Prognose.

### Demonstration von Präparaten und Instrumenten.

Dr. von Ramdohr demonstirte eine Wasserniere; die Diagnose war auf eine Ovarialcyste gestellt worden; die Patientin wurde operirt (Laparatomie) und genes. — Dr. Vulpius demonstirte ein neues, von ihm angegebenes Instrument zur Massage der oberen Luftwege, besonders der Nasenschleimhaut.

Discussion: Dr. Freudenthal empfiehlt die Massage für die atrophische Form der Ozaena, entgegen der Ansicht Vulpius', der die Massage vorzugsweise für die hypertrophische Form empfiehlt. Die Massage scheint nach Redner neues Gewebe zu schaffen. — Dr. Gleitsmann hat die Massage versucht und glaubt, dass die Atrophie gerade das Feld für Massage ist. — Dr. Vulpius giebt an, dass er die Massage nicht für hypertrophische Form, sondern für die Schwellungszustände empfohlen habe.

Es folgt dann die angekündigte Discussion über die Grenzen der medicinischen und chirurgischen Behandlung bei Nierenkrankheiten:

Dr. C. Heitzmann: „Pathologie und Aetiologie der Nierenkrankheiten“.

Dr. L. Weber: „Die medizinische Behandlung der Nierenkrankheiten“.

Dr. F. Lange: „Die chirurgische Behandlung der Nierenkrankheiten“.

(Alle drei Vorträge sind in der Med. Monatsschrift abgedruckt worden.)

Es wird der Antrag gestellt und angenommen, das nämliche Thema in der nächsten Sitzung weiter zu discutiren. — Schluss und Vertagung.

Dr. H. GOLDENBERG.

17 West 43. Str. — Sitzung vom 6. November 1893. — Präsident J. W. GLEITSMANN.

Vorstellung von Patienten: Dr. J. Schmitt stellt eine dreijährige Patientin vor, die eine beträchtliche, freie Flüssigkeitsansammlung in der Bauchhöhle aufweist. Da Herz und Niere gesund sind, ausserdem keine allgemeine Wassersucht besteht, kann die Ursache des Ascites nur innerhalb der Bauchhöhle gesucht werden. Eine Krankheit der Leber, ein Tumor in der Bauchhöhle ist nicht nachzuweisen; nur die Milz ist vergrössert. Dr. S. stellt deshalb die Diagnose auf tuberculöse Peritonitis. Dieselbe tritt bekanntlich in verschiedener Form auf. Einmal als Heilerscheinung der acuten miliaren Tuberculosis. Dazu gehörte der Fall nicht. Patientin hat unbedeutende Temperaturerhöhungen; ausserdem fehlen die Zeichen von Lungenerkrankung. Ferner tritt die tuberc. Peritonitis in Verbindung mit entzündlichen Verdickungen und Bildung von Knoten und Störungen auf. Lungen und Pleura können dabei primär afficirt sein oder erst nachträglich mit in den tuberculösen Process hereingezogen werden. Wahrscheinlich handelt es sich um eine primäre tuberculöse Peritonitis mit Infection von Darmkanal aus. Etwaige Drüsenanschwellungen können wegen grosser Spannung der Bauchwandungen nicht durchgeführt werden. Bei der Trostlosigkeit der Prognose ist die bei einer Reihe von Patienten mit Erfolg angeführte Laparotomie auch in diesem Falle mit Recht zu versuchen.

Dr. Carl Beck stellt folgende Fälle vor: 18 Jahre altes Mädchen mit vorzüglicher Anamnese erkrankte vor 1 Jahr aus unbekanntem Anlass an einer Geschwulst im oberen Drittel des Radius. Vor 9 Monaten, als ich Patientin zum ersten Mal zu Gesicht bekam, fand ich einen harten Tumor mit glatter Oberfläche, von der Grösse eines Hühnereis, durchaus cohärent mit dem Radius und das Spatium interosseum ausfüllend. Meine Diagnose war Osteosarkom, wesshalb ich zur sofortigen Exstirpation rieth. Da ihr jedoch anderweitig versprochen worden war, dass durch eine Iodkalikur und Einreibung von grauer Salbe ein Verschwinden der Geschwulst möglich wäre (wahrscheinlich war Lues vermuthet worden), so verstrichen 3 Monate bis sie wieder unter meine Beobachtung kam. Alsdann, vor nunmehr 6 Monaten, hatte der Tumor die Grösse einer Mannesfaust erreicht und hatte auch die Ulna in ihr Bereich gezogen, ferner war derselbe schmerzhaft geworden. Nunmehr wurde die Exstirpation unter Esmarch'scher Constriction ausgeführt. Nachdem der Radius freigelegt war, zeigte es sich, dass derselbe von seinem Hals bis zum untern Drittel vollständig in der Geschwulst aufgegangen und derart erweicht war, dass er sich mit dem scharfen Löffel, ohne Anwendung von Meissel und Säge heraushebeln liess. Von der Ulna, welche 3 Monate früher noch frei gewesen war, musste ein 2 Zoll langes Stück ebenfalls excidirt werden. Trotzdem das Periost nur theilweise geschont werden konnte, füllte sich die enorme Höhle, welche mit Iodoformgaze ausgestopft wurde, innerhalb von 2 Monaten

vollständig aus und beide Knochen regenerirten sich durchaus. Die Funktionsfähigkeit ist auch wunderbarer Weise ganz normal geblieben. Die Geschwulst, welche partikelweise entleert werden musste, war auch vom Pathologen des St. Marks Hospitals als Sarkom nach mikroskopischer Untersuchung bezeichnet worden. Es hatte, soviel ich mich erinnere, Spindel- und Riesenzellen enthalten. In Rücksicht auf die ausserordentlich schlechte Prognose der Sarkome ist die Frühoperation ganz besonders indicirt und ist es deshalb tief zu beklagen, wenn antichirurgische Collegen ihre spezifischen Experimente zu lange ausdehnen. Wenn wirklich ein Zweifel besteht, so sollte man ihn eben durch mikroskopische Untersuchung eines durch Excision oder Harpunirung gewonnenen Geschwulstpartikels zu lösen suchen.

### Sterilisirte Moospappe.

Vor 2 Jahren hatte ich, gelegentlich eines Vortrages über Darmresektion, bereits die Ehre, Ihnen dieses sterilisirte Verbandmoos in Rücksicht auf seine kolossale Absorptionsfähigkeit zu empfehlen. Es saugt 5 mal soviel Flüssigkeit als die hydrophilste Gaze. Kurz darauf kam ich durch Zufall auf die Idee, dasselbe auch als Schiene zu gebrauchen. Wenn man es nämlich nur einen einzigen Moment in Wasser taucht, man es also nicht erst aufquellen lässt, so adaptirt es sich den Contouren des Körpers wie ein Gipsverband. Nur ist es nicht so fest, aber es hat den Vorzug grösster Leichtigkeit und der Absorptionsfähigkeit, eine Eigenschaft, die überall da, wo es sich um Sekretionen handelt, gar nicht zu unterschätzen ist. Man denke z. B. an complicirte Frakturen, als Halskravatte, Schienen für den Unterkiefer, Hand, Fuss und Extremitäten der Kinder ist es resistent genug. Da ein Pfund blos 22 Cents kostet, so erfüllt es wirklich alle Postulate, die man von derartigem Material voraussetzen kann, und es ist zu bedauern, dass solche vorzüglichen Eigenschaften bei uns so wenig gekannt und gewürdigt werden. In Deutschland hat sich besonders die Bardeleben'sche Klinik (Professor Köhler) ein grosses Verdienst durch ihre wiederholte Propaganda hierfür erworben.

### Tuberculose des Peritoneums.

Vor einem Jahre hatte ich bereits das Vergnügen, Ihnen dieses Mädchen, an welchem ich damals eine Laparotomie wegen Tuberculose des Bauchfelles vorgenommen hatte, vorzustellen. Ich dachte das fernere Schicksal der Patientin, über welches wir damals noch im Dunkeln waren, wird Sie gewiss interessieren, wesshalb ich sie bat, sich Ihnen abermals vorzustellen. Wie Sie sehen, ist sie ganz gesund, hat normalen Puls und Temperatur, guten Appetit und keine Schmerzen im Leib mehr. Ich hatte bei der Laparotomie damals das Peritoneum mit Iodoformpulver eingerieben und 3 Mal nachher noch eine Unze 10% Iodoformglycerin in die Bauchhöhle gespritzt. Ferner ist im Winter Leberthran und im Sommer Guajacol gegeben worden. Wie die Heilung zu Stande kam, ist mir selbst ein Räthsel, — dass sie aber zu Stande gekommen ist, lässt sich nicht bestreiten. Ein zweiter Fall, von viel grösserer Ausdehnung, an dem auch der Darm mit Tuberkeln übersät war, den ich im Februar d. J. operirte, und welcher ebenfalls geheilt zu sein scheint, vermochte ich leider nicht zu veranlassen, heute Abend zu kommen. Wie viel das Iodoform hierbei genützt hat, mag ich bei meinen wenigen Versuchen noch nicht zu entscheiden. Der Luftzutritt ist jedenfalls ein sehr gewichtiger Heilungsfaktor und ist es deshalb ja wohl naheliegend, Luftinjektionen zu machen. Immerhin ist es fraglich, ob nicht durch das Iodoform die Heilung eine vollständigere und dauerndere wird. Eine grosse Schwierigkeit bei der Behandlung liegt übrigens darin, dass man vor der Laparotomie sehr selten die Diagnose zu machen im Stande ist, da sich Bacillen zumeist nicht nachweisen lassen. Es ist ja kein Kunststück, den Tuberkelbacillus in den Sputis eines Phthisikers nachzuweisen. Im sogenannten tuberkulösen Urin, in den Drüsen und Gelenken, wird man jedoch oft vergeblich nach ihm fahnden. In der Bauchhöhle liesse sich aspiriren, wenn Flüssigkeit vorhanden ist. Unsere Aspirationskunst ist aber bis dato noch nicht so hochgradig entwickelt, um den Bacillus in die Spritze hineinzulocken, wenn wenig oder gar kein Exsudat besteht. Treten einmal die Symptome mit überwältigender Klarheit hervor, nun, dann ist eine lokale Behandlung auch schwerlich mehr so aussichtsvoll. Ich gestehe offen, dass ich in beiden Fällen nicht im Stande war, vor der Laparotomie eine Diagnose zu machen, trotzdem ich z. B. diesen Fall 6 Wochen

lang vor der Operation nach dem Prinzip des „Erst wäge, dann wage!“ unter Beobachtung hatte. Ich halte es nicht für gerechtfertigt, Probelaaparotomien ohne Weiteres vorzunehmen, wenn auch in vielen Büchern zu lesen ist, dass eine solche heutzutage ein gleichgiltiger Eingriff wäre. Da ich doch von Iodoformglycerin gesprochen habe, so möchte ich erwähnen, dass ich seit den letzten paar Monaten 3 Mal Iodoformglycerin in die Bauchhöhle gegossen habe, nachdem sich Eiter daselbst vorgefunden hatte. Zugleich habe ich allerdings Iodoformgazedrainage angewendet. Ich will daran keine hyperenthusiastischen Hoffnungen knüpfen, es ist eben immerhin merkwürdig, dass meine dergleichen behandelten Fälle (1 Fall von allgemeiner Peritonitis bei Appendicitis und 1 Fall von Darmoperation), welche doch sonst prognostisch sehr gefürchtet sind, alle gesund wurden. Der letzte Fall, in welchem mir bei der Lösung von Adhäsionen eines Pyosalpinx das Malheur passirte, dass der Sack platzte und trotz aller Vorsicht Eiter in die freie Bauchhöhle floss, zeigte schon Tags nach der Operation normale Temperatur. Wir können dem in das Abdomen enttrinnenden Eiter nicht erst naheilen, und es ist kaum anzunehmen, dass wir ihn aus seinen Verstecken mit der rigorosesten Irrigation herauspülen können. Sollte es da nicht denkbar sein, dass der verhängnisvolle Resorptionsprozess des Eiters durch die gleichzeitige *Mitresorption* des Iodoforms eine Abschwächung seiner Virulenz erleidet?

Discussion: Dr. F. Lange fragt, ob die Diagnose mikroskopisch gestellt worden ist; die myelogenen Sarcome geben eine gute Prognose.

### Zwei Fälle von Nephrektomie.

Dr. F. Kammerer demonstriert zwei Patientinnen: Bei der Einen wurde wegen tuberkulöser Erkrankung die Nephrektomie ausgeführt, trotzdem eine leichte Erkrankung der anderen Niere vermuthet war. Der elende Zustand der Patientin liess eine Exstirpation in erster Linie nicht zu und wurde deshalb zur Nephrektomie geschritten, nach welcher Patientin in einigen Monaten um 28 Pfund an Gewicht zunahm. Da aller Urin sich aus der Lendenwunde in den Verband ergoss, was durch längere cystoskopische Beobachtung constatirt wurde, so konnte der aus der Blase stammende Urin auf die gesunde Niere allein bezogen werden und hierbei wurde eben constatirt, dass die fragliche Niere leicht erkrankt war. Die Nephrektomie 6 Monate später bot grosse Schwierigkeiten wegen Miterkrankung des Ureters. Der weitere Verlauf war ein günstiger. Patientin ist vor drei Jahren operirt worden. Sie hat wieder etwas an Gewicht verloren, was wohl auf die gleichzeitig bestehende Lungentuberkulose zu schieben ist. Sie lässt per Tag circa 1200 C. C. Urin, der nur Spuren von Eiweiss enthält. Die zurückgebliebene Niere ist leicht zu palpiren und hat ungefähr doppelte Grösse.

Bei der zweiten Patientin wurde wegen Verletzung des rechten Ureters bei der Exstirpation eines 28-pfündigen Fibroma uteri die Niere exstirpirt. Der Verlauf war ein äusserst günstiger. Auch bei dieser Patientin ist die deutliche Hypertrophie der linken Niere leicht zu constatiren. Patientin lässt normale Mengen Urin von normaler Zusammensetzung. Die Frage, ob wirklich Hypertrophie und Neubildung von Glomerulis in dem restirenden Organ stattfindet, ist für die Praxis ziemlich irrelevant, wenn nur die Nierenfunction in vollständigem Maasse bestehen bleibt. Es ist in letzter Zeit mehrfach gegen die Nierenexstirpation aus dieser Indication gesprochen worden. Die Schwierigkeiten, denen man jedoch häufig bei der Operation solcher Fisteln begegnet, und die ein vielfaches Operiren und zum Mindesten grosse Unbequemlichkeiten für die Patienten nach sich ziehen, rechtfertigen wohl die Nephrektomie.

Was den ersten Fall betrifft, so ist er ein Beweis dafür, dass eine leichte, locale Erkrankung auch der zweiten Niere keine Contra-indication für die Nephrektomie abgibt. Anders scheint sich allerdings die Sache bei diffuser Erkrankung der Nieren zu verhalten, denn, wo gar kein normales Nierengewebe zurückbleibt, da ist die Gefahr einer Versagung der Nierenfunction immer zu gewärtigen. Auch bestanden bei der Patientin schon bei der ersten Operation Lungenveränderungen, die doch wohl die Primäraffection darstellen. Also auch bei der metastatischen Form der Nierentuberkulose und bei doppelseitiger Erkrankung kann zuweilen die Nephrektomie günstig wirken.

Dr. A. SCHAPRINGER stellt zwei Kranke vor: 1) Einen 47-jährigen, an Retinitis diabetica leidenden Mann. Bei diesem Fall wird als besonders interessanter Umstand hervorgehoben, dass die Sehstörung das erste Symptom war,

welches den Kranken veranlasste, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und dass es der Augenspiegelbefund war, welcher die Harnuntersuchung veranlasste und zur Feststellung des Vorhandenseins von Diabetes mellitus führte. Die Netzhautveränderungen sind auf dem linken Auge ausgeprägter und dementsprechend ist die Sehschärfe auf dieser Seite stärker herabgesetzt als auf dem rechten. Die Sehnervenpupille ist in beiden Augen leicht hyperämisch und das Caliber der Netzhautvenen auffallend verbreitert, doch ist der Contour der Sehnervenscheibe vollkommen deutlich. Auf dieses Erhaltenbleiben des Sehnervencontours legt Hirschberg, der sehr lehrreiche Studien über Retinitis diabetica veröffentlicht hat, grosses Gewicht als auf einen Umstand, der die diabetische Netzhautentzündung von der albuminurischen schon beim ersten Anblick unterscheiden hilft. Im mittlern Gebiet des Augenhintergrundes des rechten Auges sieht man eine Anzahl kleiner, krystallähnlich glitzernder Stippen und einige zarte, punktförmige Blutextravasate. Im linken Auge sind die Flecken zahlreicher, meist etwas grösser und weniger glänzend, elfenbeinfarben; stellenweise stehen sie hier dichter beisammen und bilden „wie mit der Laubsäge gezähnelte, gewundene schmale Streifen und Halbringe“ (Hirschberg). Die Anzahl der punktförmigen Blutextravasate ist in diesem Auge auch etwas grösser als im rechten. Die Netzhautperipherie beider Augen ist frei von Veränderungen. Die bei Retinitis albuminurica vorkommenden diffusen Trübungen, welche Theile der grösseren Netzhautgefässe verdecken, fehlen hier gänzlich; ebenso sieht man nirgends grössere oder streifenförmige Blutungen. Die Sehschärfe des rechten Auges beträgt 20/40, diejenige des linken ist schon auf 20/200 gesunken. Das Accommodationsvermögen ist geringer, als dem Alter des Patienten normalerweise entsprechen würde, ein Umstand, der bei Zuckerharnruhr öfters zu constatiren ist. Die Krystalllinse sowie die übrigen brechenden Medien sind vollkommen klar.

Patient giebt an, dass seit etwas über einem Jahre seine Körperkräfte merklich abgenommen haben. Die Störung fing vor etwa zwei Monaten an. Es besteht kein erhöhtes Durstgefühl. Die Menge des in 24 Stunden entleerten Harns soll 4—5 Pints betragen. Nach der von Herrn Dr. MAX EINHORN ausgeführten Harnanalyse enthält der Urin 1 Prozent Zucker und kein Eiweiss.

Mikroskopische Untersuchungen von Augen mit Retinitis diabetica sind bisher noch nicht gemacht worden. Aus dem Spiegelbefund des vorgestellten Falles geht aber jedenfalls hervor, dass die Hauptveränderungen in die äusseren Schichten der Netzhaut zu verlegen sein dürften, und dass voraussichtlich in den inneren Schichten, insbesondere der Nervenfaserschicht, die histologische Untersuchung kaum nennenswerthe Ausbeute verspricht.

An der Discussion über diesen Fall betheiligen sich die Herren Dr. F. LANGE und Dr. HERMANN G. KLOTZ.

Weiter stellt Dr. SCHAPRINGER vor: 2. einen Fall von Lähmung des rechtsseitigen Hals sympathicus in Folge von Retropharyngealabscess bei einem Säugling. Das jetzt neun Monate alte Kind war dem Vortragenden wegen des eigenthümlichen Zustandes seines rechten Auges zugebracht worden, das die Symptome der sogenannten HÖRNER'schen Lähmung darbietet. Das obere Lid hängt herab, bewegt sich aber beim Blick nach oben gleichsinnig mit der Hornhaut. Der Durchmesser der rechten Pupille ist um die Hälfte kleiner als derjenige der linken, reagirt aber prompt auf Licht. Es handelt sich also um Lähmung der Augenweiche des rechten Nervus sympathicus. Unterschiede im Füllungsgrade der Hautgefässe der beiden Gesichtshälften, insbesondere der Ohrmuscheln, sind zur Zeit nicht wahrnehmbar. Nach Angabe der Mutter schwitzt die rechte Gesichtshälfte nicht. Als ätiologisches Moment wird festgestellt, dass das Kind im sechsten Lebensmonat von Retropharyngealabscess befallen wurde, welcher wiederholte Eröffnung vom Munde aus erforderte. Es war damals so elend, dass von kompetenter Seite eine lethale Prognose gestellt wurde. Ganz unerwarteter Weise erholte sich das Kind ziemlich rasch und zeigt sich gegenwärtig im Ganzen recht munter. In der Litteratur werden Halsabscesse als Ursache von Sympathicuslähmung wohl angeführt, doch scheint eine derartige Lähmung als Folge eines Retropharyngealabscesses bei einem Säugling noch nicht beobachtet worden zu sein. (Der Fall findet sich ausführlicher beschrieben im Amer. Journal of Ophthalmology, October 1893.)

Der Präsident, Dr. Gleitsmann, bemerkt, dass man seiner Aufforderung, mehr Patienten vorzustellen, vielfach nachgekommen ist, und dankt den Herren für ihre Theilnahme.

### Demonstration von Präparaten und Instrumenten.

Dr. A. A. Herzfeld demonstriert ein Vaginal-Speculum mit Irrigationsvorrichtung und knüpft dabei folgende Bemerkungen:

„Die Idee der vaginalen Irrigation per specula ging zuerst von Fritsch in Breslau aus, der eine Rinne construirte, eine vordere Vaginalplatte vorstellend, durch welche man eine constante Irrigation bei Operationen am Kamm, hinteren Vaginalwand, Portio u. s. w. haben kann. Ich versuchte nun ein ähnliches Verfahren an einem zweiblättrigen speculum anzubringen, das eventuell in ein Fritsch'ses Rinnenspeculum verwandelt werden könnte. Zu dem Ende liess ich zuerst am Cusko'schen speculum eine Rinnenvorrichtung anbringen. Die Versuche, die ich in dem Mount Sinai Dispensary anstellte, fielen recht zufriedenstellend aus. Darauf liess ich das Rinnenspeculum construire, das in eine Fritsch'se Rinne construiert werden kann. In der Anwendung als zweiblättriges speculum befindet sich links oben am vorderen Vaginalblatt der Hahn, der durch einen Bayonettverschluss befestigt wird. Durch diesen fliesst die Irrigationsflüssigkeit in die vordere, hohle Platte ein und durch eine breite Oeffnung am Ende der vorderen Platte aus. Die Flüssigkeit läuft über das Vaginalgewölbe und Portio auf die hintere Platte, an welcher ein Abflussrohr angebracht ist. Das Schloss des Speculum ist ähnlich dem des Grave'schen speculums, welches das Zerlegen des Instrumentes in das s. g. Simms'sche erlaubt. Durch dieses lässt sich das Fritsch'se Rinnenspeculum herstellen. An dem Schloss der oberen Platte befindet sich noch eine Schraube, durch welche die obere Platte jeder Lage der vorderen Vaginalwand angepasst werden kann. Der Hahn ist so eingerichtet, dass man den Strom der Flüssigkeit vollständig reguliren kann, vom Träufeln bis zum starken Fluss. Der Hahn, der sich in der Lage des zweiblättrigen speculums links an der Seite befindet, befindet sich in der Lage als Fritsch'ses Rinnenspeculum rechts. Die Versuche, die ich mit Herrn Collegen Vineberg anstellte, fielen recht befriedigend aus, und desshalb wollte ich es den Herrn Collegen zur Weiterprüfung empfehlen.“ Es folgt dann der Vortrag von Dr. F. Lange :

### Die chirurgische Behandlung bei Nierenkrankheiten.

(Abgedruckt in dieser Nummer der Med. Monatsschrift.)

Discussion. Dr. Willy Meyer: Die Diagnose ist der Hauptpunkt; durch das Cystoskop sind die Hauptfortschritte gemacht worden. Die Wanderniere gehört nicht hierher; bei Blutungen muss man feststellen, ob die Blutung aus Blase oder Niere, resp. aus welcher — dies ist nur durch die Cystoskopie möglich. Ist Eiter oder Schleim im Urin vorhanden, so werden oft Fehler in der Diagnose gemacht. Meyer meint, dass Sarkomkörperchen nicht eher im Urin erscheinen, als nach Blutungen. Bei einer Pat. mit Eiter im Urin, fand Redner, dass der Urin von der einen Seite trübe war; von der anderen Seite kam zeitweise Eiter; später wurden Tuberkelbacillen gefunden; hier keine Operation anzurathen; der Fall gehört dem Internisten. Bei einer zweiten Patientin war eine Frühdiagnose auf Tuberculose der linken Niere; hier Operation. 3. Fall: Pat. 46 Jahre alt, hatte Eiter im Urin, häufig Schmerzen beim Uriniren. Das Cystoskop ergab: Eiter aus der rechten Niere und klarer Urin aus der linken; er gehörte der Chirurgie. Im Beginn reichen sich die Nierenkrankheiten chirurgisch und medicinisch die Hände; man muss in jedem Falle eine präzise Diagnose machen. — C. Heitzmann hat immer neben jenen Sarkomkörperchen auch Blutkörperchen gefunden. — C. Beck fragt, ob nicht, wenn die Nieren beiderseits tuberculös sind, Theile resecirt werden können, wie dies Israel gethan hat; die Incision hat mehr Werth als Cystoskop. — F. Lange bemerkt, dass er keine Erfahrung hat über die doppelseitige Behandlung der tuberculösen Nieren.

Es folgt dann der Vortrag von Dr. Geo. W. Rachel :

### Rheumatismus bei Kindern.

Discussion: Dr. C. Beck dankt Vorredner für den schönen Vortrag; es giebt jedoch Fälle, wo Rheumatismus angenommen wird und sich später andere Krankheiten herausstellen.

Schluss und Vertagung.

Dr. MAX EINHORN, prot. Sekretär.







